

Zorg met afstand

'Het gezamenlijke leven in de wereld betekent in wezen dat zich tussen hen die haar bewonen een wereld van dingen bevindt, zoals een tafel zich bevindt tussen degenen die er aan hebben plaatsgenomen; als door elk ander intermediair worden mensen door de wereld tegelijkertijd verbonden en gescheiden'

Hannah Arendt, 1985

ISBN 978 90 232 4456 1

Grafische verzorging: Koninklijke Van Gorcum, Assen

Omslagillustratie: Ine Boeijen

Financiering: Dit proefschrift is mogelijk gemaakt door het Erasmus Centrum voor Management Development in de zorg, onderdeel van het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Deze uitgave is medegefinancierd door de Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg (NVZD), Utrecht

Zorg met afstand

Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen

Care with Distance

Governing extensive healthcare organizations

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de rector magnificus, Prof.dr. S.W.J. Lamberts
en volgens besluit van het College voor Promoties

De openbare verdediging zal plaatsvinden
op 6 november 2008 om 13.30 uur
door Anna Maria Vincentina Stoopendaal
geboren te Zeist



Promotiecommissie

Promotoren:

Prof.dr. P.L. Meurs
Prof.dr. M. Noordegraaf

Overige leden:

Prof.dr. R.A. Bal
Prof.dr. A. de Ruijter
Prof.dr. H.P. Kunneman

Inhoud

Voorwoord IX

Hoofdstuk 1 Tussen zorgbestuurders en werkvloeren 1

- 1.1 De kloof 1
- 1.2 Vermeende oorzaken 2
- 1.3 Dubbele opdracht 5
- 1.4 Probleemstelling 7
 - 1.4.1 Doelstelling 8
 - 1.4.2 Vraagstelling 8
- 1.5 Relevantie van het onderzoek 11
- 1.6 Opzet van het onderzoek 11
- 1.7 Opbouw van het boek 12

Hoofdstuk 2 Afstand en zorg 14

- 2.1 Inleiding 14
- 2.2 Zorg 15
 - 2.2.1 Definitie en model 15
 - 2.2.2 Zorgprofessionals 17
 - 2.2.3 Professionele distantie 19
 - 2.2.4 Afstand tussen 'zorgen voor' en 'zorgen dat' 19
- 2.3 Schaalvergroting 20
 - 2.3.1 Groei door fusie 21
 - 2.3.2 Differentiatie 23
- 2.4 Standaardisatie 24
 - 2.4.1 Discretionaire ruimte 26
 - 2.4.2 Controle en kwaliteitsborging 26
- 2.5 Specialisatie 28
 - 2.5.1 Specialiserende zorgbestuurders 29
 - 2.5.2 Professionaliserende zorgbestuurders 31
- 2.6 Sturing 32
 - 2.6.1 New Public Management 33
 - 2.6.2 Bedrijfsmatig sturen in de zorg 34
- 2.7 Tegenbewegingen 35
- 2.8 Besturingsopdracht 38

Hoofdstuk 3 Distantiëring en verbinding 40

- 3.1 Inleiding 40
- 3.2 Begrippen 41
- 3.3 Afstand en betrokkenheid in organisaties 43
 - 3.3.1 Tussen leiders en volgers 44
 - 3.3.2 Leiders op afstand 45
 - 3.3.3 Effectief leiderschap 47
- 3.4 Dynamiek van afstand en betrokkenheid 49
 - 3.4.1 Afstand als verborgen dimensie 50
 - 3.4.2 Tijd en plaats 51
 - 3.4.3 Tegelijkertijd dichtbij en veraf 54
- 3.5 Perspectief: Processen van distantiëring 59
- 3.6 Besturen met afstand 62
 - 3.6.1 Besturen door middel van extensies 62
 - 3.6.2 Besturen door middel van verbindingen 64
 - 3.6.3 Besturen door middel van ontmoetingsplaatsen 65
 - 3.6.4 Besturen door middel van begrenzingen 65
- 3.7 Consequenties voor bestuurders 67

Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet 69

- 4.1 Inleiding 69
- 4.2 Onderzoeksoriëntatie 70
 - 4.2.1 Constructivistisch 70
 - 4.2.2 Etnografische case studies 71
 - 4.2.3 Vervlechting theorie en empirie 72
 - 4.2.4 Afstand en betrokkenheid in onderzoek 73
- 4.3 Onderzoeksfasen 74
 - 4.3.1 Inleiding 74
 - 4.3.2 Verkennende fase 75
 - 4.3.3 Case selectie 76
 - 4.3.4 Toegang en uitvoering 78
- 4.4 Methoden 79
 - 4.4.1 Inleiding 79
 - 4.4.2 Observatie 80
 - 4.4.3 Interviews 81
 - 4.4.4 Documenten 82
 - 4.4.5 Analyse 83
 - 4.4.6 Betrouwbaarheid en validiteit 84
- 4.5 Conclusie 85

Hoofdstuk 5 Groot en wijdverspreid 87

Case studie 1: Zorg en ondersteuning van gehandicapten 87

- 5.1 Inleiding 87
- 5.2 Eenheid en verscheidenheid 88
- 5.3 Ervaren afstand 93
 - 5.3.1 Ruimte en tijd 93
 - 5.3.2 Richtingenstrijd 96
 - 5.3.3 Verschillende denkkaders 100
- 5.4 Bestuurder: Visionair en vrijgespeeld 104
 - 5.4.1 Er naartoe 105
 - 5.4.2 Visie vertalen 107
 - 5.4.3 Verbinden: buiten en binnen, beleid en uitvoering 109
- 5.5 Omgaan met afstand en betrokkenheid 111
 - 5.5.1 Extensies en gezanten 112
 - 5.5.2 Vertalingen 115
 - 5.5.3 Ontmoetingsplaatsen 117
 - 5.5.4 Begrenzungen 118
- 5.6 Conclusie: Elke structuur schept afstand 120

Hoofdstuk 6 Eilanden en koninkrijken 122

Case studie 2: Het ziekenhuis 122

- 6.1 Inleiding 122
- 6.2 Een gekanteld kwaliteitsziekenhuis 123
- 6.3 Ervaren afstand 126
 - 6.3.1 Medische koninkrijken 126
 - 6.3.2 Lagen 128
 - 6.3.3 Eilanden 131
- 6.4 Bestuurder: betrokken buitenstaander 134
 - 6.4.1 Er zijn 135
 - 6.4.2 Verbinden van 'zorgen voor' en 'zorgen dat' 137
 - 6.4.3 'Patients First' 139
 - 6.4.4 Dicht bij het 'product' 141
- 6.5 Omgaan met afstand en betrokkenheid 144
 - 6.5.1 Ontmoetingsplaatsen 145
 - 6.5.2 Verbindingen 146
 - 6.5.3 Extensies: reizende medewerkers 147
 - 6.5.4 Vertalingen 149
 - 6.5.5 Intermediair 151
- 6.6 Conclusie: spel van toenadering en distantiëring 152

Hoofdstuk 7 Vloerbedekking en verzakelijking 154

Case studie 3: Organisatie voor verzorging en verpleging 154

- 7.1 Inleiding 154
- 7.2 'Enigszins divisionair' 155
- 7.3 Ervaren afstand 157
 - 7.3.1 Losstaande instellingen 158
 - 7.3.2 Maar toch homogeen 159
 - 7.3.3 Verzakelijking 161
- 7.4 Bestuurder: 'Enigszins' op afstand 166
 - 7.4.1 Afstand nemen 166
 - 7.4.2 Verbonden denkkaders 168
 - 7.4.3 Nabije leider: voorleven 170
- 7.5 Omgaan met afstand en betrokkenheid 172
 - 7.5.1 Tempo 173
 - 7.5.2 Vertalingen én begrenzingen 175
 - 7.5.3 Ontmoetingsplaatsen 179
 - 7.5.4 Intermediair 180
- 7.6 Conclusie: van oude mensen, de dingen, die voorbij gaan 181

Hoofdstuk 8 Conclusies 183

- 8.1 Inleiding 183
- 8.2 Afstand in soorten en maten 184
- 8.3 Afstand en gelaagdheid 188
- 8.4 Constructiewerk 191
- 8.5 Niet schaal, maar schaarste 194
- 8.6 Sturen met afstand 196
 - 8.6.1 Besturen door middel van extensies 196
 - 8.6.2 Besturen door middel van verbindingen 198
 - 8.6.3 Besturen door middel van ontmoetingsplaatsen 200
 - 8.6.4 Besturen door middel van begrenzingen 201
- 8.7 Bestuurder: verbindende buitenstaander 203
- 8.8 Slotconclusie 206

Literatuur 209**Bijlagen 221****Samenvatting 226****Summary 233****Over de auteur 240**

Voorwoord

Zorg gaat mij aan het hart. In mijn werk als zorgverlener merkte ik dat de organisatie de praktijk ervan in de weg kan zitten. Die organisatie van zorg en zijn specifieke, complexe structuur en cultuur fascineerde mij. Daarom verliet ik de zorg korte tijd om te studeren op het hoe en wat van 'Cultuur, Management en Organisatie', een leergang aan de Universiteit van Utrecht. Mijn docent Jan Boesenkool stimuleerde mij mijn fascinatie vast te houden en te gaan promoveren. Kwalitatief, 'antropologisch', onderzoek doen naar organisaties was een nieuwe liefde, die ik wilde koppelen aan mijn oude liefde 'zorg'.

Pauline Meurs en Mirko Noordegraaf gaven mij die kans, ik kon als onderzoeker mee werken aan het onderzoeksprogramma 'Zorg voor Management', een onderzoek naar Nederlandse zorgbestuurders. Ik vertaalde dat direct in 'Zorg vóór Management', een hardnekkige bias die mij en mijn toegewijde promotoren bloed, zweet en tranen heeft gekost.

De nuancering in mijn denken kreeg vaste grond toen ik mee liep met de drie bestuurders die in dit onderzoek beschreven worden. Zij boden mij plaats aan hun bestuurstafels. Ik maakte hun zoektocht mee in precies dat fenomeen dat ik wilde beschrijven: de afstand tussen bestuur en werkvloer. En zonder de bereidwillige gesprekken met de managers en medewerkers in deze drie organisaties zou dit boek niet dezelfde gelaagdheid hebben gekregen.

Er zijn veel mensen die mijn werken aan dit proefschrift over bergen en door dalen, soms van een afstand en dan weer heel nabij, hebben willen volgen en ondersteunen. Allen die mij met hun interesse en met raad en daad hebben geholpen wil ik bedanken.

Allereerst de bestuurders, managers en medewerkers die mij zonder enig voorbehoud de kans hebben gegeven hun werk te bestuderen en te beschrijven.

Mijn promotoren Pauline Meurs en Mirko Noordegraaf, betrokken én streng, die eigenschappen onderling afwisselend en op de situatie afstemmend. Wij hebben in trouwe en gestage samenwerking dit boek gebracht waar het nu is. De tekortkomingen zijn natuurlijk mijn verantwoordelijkheid.

Roland Bal, Tom van der Grinten, Andries Baart, Roel Steenberg, Jan Terlouw en Ashley Terlouw, jullie wijze woorden in betrokken distantie, gaven mij inspiratie om soms net weer even anders naar mijn onderzoek te kunnen kijken.

Jan Boesenkool, zonder jou was ik niet eens gaan denken over door- gaan in de wetenschap. Ileen Montijn, mijn lieve schrijfcoach, de leesbaar- heid van dit boek is aan jou te danken. Marianne Vijsma, in onze diep- gaande en ‘antropologische’ gesprekken leerde jij me dat je een puzzel niet altijd bij de randjes hoeft te beginnen. Hans Kröber, in een dubbelrol, dank voor je vriendschap en de inspirerende ontmoetingen. Karen Kruijthof, mijn ‘promotiemaatje’, ik zou hier niet gekomen zijn zonder jouw wijze raad, praktische advies en lieve aandacht. Wilma van der Scheer, zonder jouw bemoedigende: ‘go girl’ en opbouwende commentaren had ik het soms bijna opgegeven. De andere ‘promovendames’, Wendy van de Kraan, Isabelle Fabbriotti, Marleen Bekker, Karin Lemmens, Iris Wallenburg, Stans van Egmond, wat heerlijk dat jullie er waren om serieuze en feestelijke zaken te kunnen delen.

Ik ben vereerd deel uit te mogen maken van de inspirerende sectie Health Care Governance aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Onze bijeenkomsten op maandag zetten steeds weer aan tot kritisch nadenken over besturen van zorg en het doen van onderzoek daarnaar. Teun Zuiderent – Jerak, wij ‘delen’ een kamer, maar ook de liefde voor het doen van etnografisch onder- zoek. Kor Grit dank ik voor de veelvuldig en zinvolle ‘empirisch filosofische’ adviezen en commentaren. Gerard Scholten, Maartje Derks en Dung Ngo, dank voor de aandachtige manier waarop jullie mijn lange en vaak nog onsamenvan- gende concepten hebben willen lezen en van belangrijk commentaar hebben voorzien. Marianne Breijer, Petra Verweij en Claire Nefkens, hielpen mij elke keer weer mijn stukken de deur uit te krijgen en de vastgelopen papieren uit het kopieerapparaat te halen.

Ine Boeijen ontwierp het prachtige omslag in een gezellig en creatief proces. Nona Babaian, bij jou kon ik altijd met een gerust hart de kinderen achterlaten, beter konden zij het niet hebben.

Mijn lieve vrienden en vriendinnen, altijd bleven jullie geïnteresseerd vragen wanneer ik nu eens zou gaan promoveren. Eindelijk zullen wij elkaar vaker zien en leuke dingen gaan doen!

Moeder, jij maakt mij altijd weer liefdevol duidelijk waar het nou eigen- lijk om gaat in het leven. Maarten, ik koester mij in jouw oneindige liefde. Lieve kinderen, Cato, Teun en Willemijn, jullie moeder komt nù van haar zolder!

1

Tussen zorgbestuurders en werkvloeren

1.1 De kloof

Intussen belast een nieuwe groeiende korst van gewichtig doenerige managers en bestuurders onze bedrijven, scholen en andere organisaties. Zij ondermijnen het vertrouwen, het vakmanschap en de menselijke waardigheid van de samenleving.

(Geert Mak, inleiding op de Raiffeisenlezing, 2004 in Beroepszeer 2005)

In het maatschappelijke debat wordt sinds enige jaren zware kritiek geuit op zorgbestuurders en zorgmanagers. Zij introduceren, zo luidt een veel geuite klacht, een afstandelijke, cijfermatige cultuur in de zorg, een sector die juist om betrokkenheid vraagt. Bestuurders en managers zijn teveel op afstand om te weten waar het echt over gaat. Aan hun nut wordt getwijfeld en er zijn er in ieder geval, zo luidt de publieke opinie, te veel. Er wordt gesproken over een wildgroei aan duurbetaalde bestuurders en managers die geen vakkennis hebben (Mak, 2004; Van den Brink e.a., 2005). Zij worden ervan beschuldigd vervreemd te zijn van de werkelijkheid van de werkvloer. Zij trekken zich terug in hun kantoren en hebben geen weet van wat zich 'lager' in de organisatie afspeelt.

In de zorgorganisaties zelf wordt ook geklaagd dat de afstand tussen de top en de werkvloer te groot is, dat hier een 'kloof' gaapt. Zo haalde eind 2006 het project 'Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen' (Universiteit Maastricht) de krant en de vakbladen (*ZorgVisie*, september 2006). De projectleider concludeerde op basis van de meting in 364 instellingen uit de acute, chronische en thuiszorg dat de basiszorg in Nederland onvoldoende is. Patiënten lijden aan incontinentie en ondervoeding, en de vermijdbare ellende van 'doorliggen' komt nog te vaak voor. Hoewel dit niet specifiek was onderzocht, stelde de projectleider dat de problemen mogelijk werden veroorzaakt doordat leidinggevenden in de zorg geen verantwoordelijkheid meer dragen voor de kwaliteit

van het primaire proces. ‘De kloof’ tussen de aansturing en de uitvoering van de zorg wordt hier beschouwd als de oorzaak van een ondermaatse kwaliteit van zorg. Betrokkenheid en nabijheid die juist zo nodig zijn in zorg, zouden door deze ‘kloof’ schade oplopen (Kunneman & Slob, 2007). Zorgverleners lijden inmiddels aan ‘beroepszeer’ (Van den Brink e.a., 2005) en patiënten en hun familie klagen over gebrek aan vriendelijkheid en aandacht (Meurs, 2006; Braam, 2005). Een dokter die zelf ziek werd oordeelt eind 2007 in een reportage in de NRC dat de zorg is verzakelijkt, ontmenselijkt en verhard. De door managers ingevoerde efficiency heeft de zorg versneld, maar de patiënt buiten beeld gezet (De Vos, 2007). Het ontstaan van ‘de kloof’ tussen zorgmanagement en zorgprofessionals wordt voornamelijk de managers verweten (Noordgraaf, 2008).

Ook uit onderzoek naar besturingspraktijken in de zorg komt het bestaan van ‘de kloof’ tussen management en zorgprofessionals naar voren (Harrison & Pollitt, 1994; Van Dijk, 1997; Freidson, 2001; Glouberman & Mintzberg, I - II, 2001; Hunter, 2003; Gray & Harrison, 2004; WRR, 2004; Duyvendak e.a., 2006; Meurs, 2006). Het uit elkaar halen van de verantwoordelijkheid voor het beleid (management) en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering (professionals) wordt in het rapport ‘Bewijzen van goede dienstverlening’ van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 2004) echter niet als schuld in de schoenen van de managers geschoven, maar beschouwd als endemisch voor dienstverlenende organisaties en omschreven als ‘boedelscheiding’. Niet alleen het uit elkaar halen van deze verantwoordelijkheden, maar ook de manier waarop de verschillende taken gewaardeerd worden bestendigen ‘de kloof’. Het uitvoeren van management – administratieve – taken wordt hoger gewaardeerd dan het uitvoeren van zorgtaken, waardoor er een ‘veronaanzienlijking’ van de alledaagse zorg ontstaat (Baart, 2004). En wanneer zorgbestuurders en managers zich niet bemoeien met patiënten, zorgverleners en het primaire proces, is – vanwege hun status – de kans groot dat hun gedrag in de lagere échelons wordt nagebootst. Zo zou de afstand tussen bestuurders en werkvloer uitwerken in zorgverlening die steeds minder tijd en aandacht heeft voor de patiënt.

1.2 Vermeende oorzaken

Wij zitten in dit chique gebouw. Medewerkers komen hier bijna niet. Wat dat betreft is er een grote afstand. Wel monitoren wij de locaties en gaan er dan naartoe, maar de vergaderingen zijn hier. We geven de mensen veel autonomie dus we voelen ons ook niet vrij om zomaar naar binnen te lopen. Vroeger was de sociale afstand echter veel groter dan nu.

(Bron: Interview zorgbestuurder GGZ, vooronderzoek Zorg met Afstand)

Het verschil in status, zoals de bestuurder in het citaat aangeeft, dat de afstand tussen bestuurders en zorgverleners veroorzaakt bestaat natuurlijk al veel langer. Een voorbeeld hiervan was de directeur van het kleine revalidatiecentrum waar ik in 1982 mijn eerste baan als ergotherapeut had. Hij kende de medewerkers, want hij stond 's morgens bij de ingang om te kijken wie er op tijd of te laat waren. In zijn kantoor ontving hij heel af en toe zorgverleners zoals ik, zittend aan een verhoogde tafel omdat hij zo lang was, terwijl ik tegenover hem in een laag fauteuiltje plaats moest nemen. Hoewel er toen al gesproken werd van een turbulente omgeving in de gezondheidszorg, leek hij meer tijd aan interne dan aan externe zaken te hoeven besteden. Hij wandelde vaak rond in het gebouw, maar stond ondertussen wel mijlen ver af van de zorgverleners. Die sociale afstand tussen bestuurders en medewerkers is echter niet meer zo groot als toen, en kan ook niet alleen de reden zijn voor 'de kloof' die nu zo sterk benadrukt wordt in het publieke debat. Er worden in het debat meerdere vermeende oorzaken voor 'de kloof' naar voren gebracht.

Eén van die oorzaken wordt bijvoorbeeld gezocht in het feit dat de overheid vanaf midden jaren zeventig de noodzaak voelde om de snel oplopende kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden. Hiermee werd financieel beheer een hoofdtaak van de bestuurders in deze sector. Managers werden aangesteld om de budgetten te verdelen en te bewaken (Scholten & Van der Grinten, 2000). Dit financiële beheer, dat neerkomt op het verdelen van de schaarste, wordt in de zorgsector ervaren als een te bedrijfsmatige aanpak, die niet past bij het karakter van zorg. Met de invoering van bedrijfsmatige sturing zijn termen als 'doelmatigheid' en 'efficiëntie' in de gezondheidszorg geïntroduceerd, begrippen die wezensvreemd zijn aan de uitvoering van zorg, die vaak uit 'trage vragen' bestaat (Kunneman, 2003) en daardoor juist veel tijd en aandacht opsloort (Baart, 2004; Van Heijst, 2005). Nu, een aantal jaren later, na de invoering van (gereguleerde) marktwerking (Schut, 2003; Helderman e.a., 2005; Helderman, 2007) zijn begrippen als 'product' en 'markt' in de zorg doorgedrongen. Ook deze neoliberale begrippen met de bijbehorende werkwijzen hebben volgens sommigen een vervreemdende uitwerking in de zorg (Tonkens, 2003; Van Heijst, 2005; Mol, 2006). Anderen, met name politici, maar ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) zijn juist van mening dat de macht en mogelijkheden van de patiënt toenemen door de in de zorg ingevoerde (gereguleerde) marktwerking.

De groei van het management wordt in de krant en op de televisie, zelfs door politici (zie Noordegraaf, 2008) als veroorzaker van 'de kloof' opgevoerd. Die groei komt echter niet eenduidig uit onderzoek naar voren. Het aantal managers in de zorg neemt de laatste jaren niet toe (Kanters e.a., 2004). Om met minder managers toe te kunnen, zijn teamleiders, de eerste

managementlaag, soms zelfs verantwoordelijk voor vijftig tot zestig medewerkers. Wat wel toeneemt, is de administratieve controle, als ook het overleg en de (schriftelijke) overdracht tussen verschillende zorgprofessionals (Kanters e.a., 2004; Vogd, 2006). Daardoor hebben artsen en verpleegkundigen minder tijd voor het werk 'aan het bed'. De toenemende administratie, die vaak wordt beschreven als bureaucratie, en de grotere 'span of control' zijn er mogelijk ook weer de oorzaak van dat zorgmanagers zich zo weinig op de werkvloer vertonen zoals uit onderzoek in Nederlandse zieken- en verpleeghuizen blijkt (Kruijthof, 2005; The, 2004).

Groei van zorgorganisaties wordt als derde vermeende oorzaak voor 'de kloof' geduid. Om de kosten beter te kunnen beheersen en een sterkere concurrentiepositie te verwerven, gaan zorgbestuurders vaak over tot fusies met dezelfde of andersoortige organisaties. Vele fusies hebben inmiddels geleid tot megazorgorganisaties, die meerdere typen zorg leveren en verdeeld zijn over meerdere locaties (RVZ 2003; CBS 2005). Deze schaalvergroting heeft vervreemding tot gevolg doordat mensen elkaar niet meer persoonlijk kennen, onder andere doordat er in zorgorganisaties fysieke afstanden tussen de locaties ontstaan. Ook het organiseren zelf, de organisatiestructuur, schept afstand tussen de verschillende organisatorische lagen, en, na de massaal ingevoerde 'kanteling' van de structuur van de zorgorganisaties, tussen de ontstane divisies en clusters. Een bijkomstigheid van fuseren is dat er verschillende typen zorg naast elkaar in een organisatie opgenomen zijn. Daarmee ontstaat er een divers zorgaanbod binnen de organisatie en kennen de verschillende afdelingen en locaties elkaars werk niet meer zo goed. Dat is niet alleen het geval in organisaties die door fusies aaneen geregen zijn, ook in de ziekenhuizen schept specialisatie afstand tussen verschillende maatschappen en verpleegafdelingen. Het gevaar van deze noodzakelijke specialisatie is dat de patiënt als totaal uit het zicht verdwijnt (De Vos, 2007; Vogd, 2006). En niet alleen de zorgverleners verliezen de kennis van elkaars werk, ook zorgbestuurders moeten bestuurlijke invloed uitoefenen over kennisgebieden waar hun kennis tekort schiet. De bestuurlijke uitdaging in de zorg ligt daarom in het met elkaar in verband brengen van de verschillende kennisgebieden en ervaringswerelden.

Tenslotte zou 'de kloof' tussen 'het management' en de zorgverleners ook zijn oorzaak kunnen vinden in de verschillen in scholing en ervaring van mensen die zorg organiseren en zij die zorg uitvoeren. Zo bestuurden in zorgorganisaties vroeger de 'Geneesheer Directeur' en daarvoor nog de 'Besturend Zuster'. Zij kenden de zorg uit eigen ervaring, maar tegenwoordig, na de 'management-revolutie', is minder dan de helft van de zorgbestuurders opgeleid als arts,

therapeut of verpleegkundige (Noordegraaf e.a. 2002; Van der Scheer e.a., 2007). Niet alleen de scholing maar ook het werk van zorgmanagers en zorgprofessionals verschilt, het is gebaseerd op andere manieren van denken en zij hebben andere taken en spreken verschillende ‘talen’ (Glouberman en Mintzberg, 2001; Parker, 2000). Die verschillende taken en talen beïnvloeden de contactpatronen. Uit recent onderzoek (Van der Scheer e.a., 2007) naar het werk van zorgbestuurders blijkt dat het merendeel van de contacten van zorgbestuurders in hun eigen organisatie bestaat uit ‘managerial’ contacten. Tussen 2000 en 2005 zijn dit soort contacten toegenomen en is het aantal contacten tussen zorgbestuurders en uitvoerenden gedaald. Zorgbestuurders ontmoeten in hun dagelijks werk meer managers dan zorgverleners. Daarbij werken zorgbestuurders en managers in kantoren, weg van de werkvloer van de zorg, vaak aan het eind van een lange stille gang, helemaal boven in het gebouw of soms zelfs in het ‘chique’ bestuurs- of managementcentrum aan de andere kant van de stad. Daar zien zij geen patiënten en weinig zorgverleners.

De analyse van ‘de kloof’ tussen zorgbestuurders en zorgverleners kent blijkbaar meerdere met elkaar samenhangende oorzaken. ‘De kloof’ wordt steeds als ruimtelijke metafoor gebruikt om een maatschappelijk fenomeen van verwijdering, vervreemding en distantiëring te duiden. Er zijn klaarblijkelijk verschillende processen die in en om zorgorganisaties plaatsvinden waaruit afstand ontstaat. In die processen strijden afstand en betrokkenheid om voorrang, waarbij afstand volgens velen de overhand heeft. Managers krijgen hier de schuld van (Noordegraaf, 2008), zij leiden immers de organisatie door fusies naar schaalvergroting, zij willen efficiency verhogen en op afstand controleren en zijn daarmee verantwoordelijk voor de toenemende administratieve druk, zij laten zich niet meer op de werkvloer zien. En dat is niet wat er van hen wordt verwacht. Verwacht wordt dat zij goede zorg organiseren vanuit een sterke betrokkenheid, maar ook de kosten in de hand houden en de wachtlijsten niet laten oplopen.

1.3 Dubbele opdracht

In het verpleeghuis gaat het om mensen. Mensen die er wonen, werken en op bezoek komen. Natuurlijk, zal iedereen zeggen. Maar zo vanzelfsprekend is dat niet. Het lijkt zelfs wel alsof we dat steeds meer uit het oog verliezen. Er wordt gepraat in termen van management, reorganisaties, protocollen, kwaliteitseisen, vraaggestuurde zorg en veiligheid. Daarmee moet de kwaliteit van zorg worden opgekrikt.

(Anne Mei The, symposium Beroep op kwaliteit, februari 2006)

Van zorgbestuurders en managers wordt verwacht dat zij 'kennis hebben van hun product' én dat zij betrokken zijn bij de patiënten en bij de uitvoering van zorg. Dat zij betrokkenheid tonen en 'nabij' zijn (Mintzberg, 1998). Maar bestuurders moeten ook de strategie van hun organisaties uitstippelen en daartoe hebben zij overzicht en 'distantie' nodig. Daarbij wordt van bestuurders verwacht dat zij zich niet bezig houden met de 'operationele processen'. Bestuurders moeten enerzijds op afstand sturen, en anderzijds in hun organisaties 'de boel bij elkaar houden' en 'verbindende leiders' zijn. Dat laatste is op zichzelf al geen makkelijke opdracht, maar in zorgorganisaties waar zoveel verschillende werelden zijn van specialisten, maatschappen en afdelingen, is het helemaal lastig. Bijeenhouden is echter wel nodig: het begrip integratie wordt niet voor niets als vermeende oplossing voor het managementvraagstuk van diversiteit (Siebers e.a., 2002) en als hét doekje voor het bloeden in de zorgorganisaties gebruikt (Stoopendaal, 2005). Enerzijds leiden de bedrijfsmatige ontwikkelingen in de zorgorganisaties, schaalvergroting en de 'logica' van dienstverlening dus tot bestuurders die 'sturen op afstand'. Anderzijds wordt de roep om leiders die betrokken en nabij zijn ook steeds sterker. Misschien roept het één het ander wel op. Besturen van zorgorganisaties is niet alleen verantwoordelijkheid dragen en maatschappelijk gelegitimeerde, verantwoorde, beslissingen te nemen (Commissie Health Care Governance, 1999), maar óók ervoor zorgdragen dat beleid en uitvoering in verband met elkaar staan. Bij sturen op afstand is juist ook betrokkenheid van belang. Zo vormt zich een specifieke 'dubbele opdracht' voor zorgbestuurders.

Vanuit het perspectief van de zorgbestuurder is deze dubbele opdracht niet makkelijk in te vullen. Zij dragen de eindverantwoordelijkheid voor hun organisatie. Zij hebben de opdracht de effectiviteit van hun organisatie te verhogen en zijn daartoe gebruik gaan maken van bedrijfsmatige methoden zoals decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden, protocollen en toepassing van outputsturing. Dit bedrijfsmatige management dat wordt toegepast in publieke en dienstverlenende organisaties, ook wel beschreven als New Public Management, koppelt bestuur en uitvoering van elkaar los (Hood, 1991; Pollitt, 1993; Parker, 2002; Hunter, 2003). Zorgbestuurders worstelen hiermee; zij willen bijvoorbeeld strategisch leidinggeven aan hun organisatie, maar ervaren dat zij steeds weer, tegen hun wens in, bij de dagelijkse managementpraktijk betrokken worden (Noordegraaf & Meurs, 2001). Zij vragen zich af tot in welke details zij op de hoogte moeten zijn van wat er op de werkvloer speelt, hoe betrokken of gedistantieerd zij moeten zijn. De zorgorganisaties die zij besturen zijn groot en hebben vele divisies, locaties en managementlagen. Bij het aansturen van zulke grote aantallen medewerkers met heel specifieke kennis, kan een bestuurder niet meer direct of persoonlijk betrokken zijn (Sayles, 1993).

Daarbij is zorg een lastig meetbaar 'product'. Outputsturing, een uitgangspunt in bedrijfsmatig management, klinkt natuurlijk mooi, maar hoe stuur je op resultaten in bijvoorbeeld de zorg voor gehandicapten? Kwantificeren van het aantal contacten is hier, net als bij het uitschrijven van boetes door de politie, geen toereikende manier (De Bruin, 2003) omdat het niet gaat om kwantiteit, maar om de toegevoegde de maatschappelijke waarde van publieke dienstverlening. Zo lijken de oplossingen die New Public Management biedt voor de bestuurlijke spanning tussen afstand en betrokkenheid, deze spanning juist te vergroten.

Managen, besturen of leidinggeven wordt al in 1924 door de managementprofeet Mary Parker Follet (Fox & Urwick, 1973; Graham, 1995; Noordegraaf & Teeuw, 1997), maar later ook door Watson (1994) beschreven als relationeel en 'door en door sociaal'. Besturen doet de bestuurder niet alleen, zo stellen zij, maar vindt plaats in een relationeel proces van interactie en wederkerigheid. Echter bij grote en wijdverspreide organisaties neemt de mogelijkheid tot 'face-to-face' of 'hands-on management' af, waardoor het 'sociale' op afstand, indirect door de organisatorische lagen heen moet worden vormgegeven. Dat is niet uniek voor zorgorganisaties, maar het veroorzaakt dat medewerkers, en ook de patiënten, cliënten en bewoners van de uitdijende zorginstellingen voor de zorgbestuurder steeds abstracter worden. Daarbij werkt het besturen van dienstverlenende organisaties, zoals de zorg niet door middel van directe sturing zoals de bekende metaforen als de bestuurder in de cockpit of de dirigent voor het orkest doen denken. In dienstverlenende organisaties wordt leiding gegeven op een indirecte manier, 'op afstand' (Grit & Meurs, 2005; Gastelaars, 1997/2006; Hasenfeld, 1992; Lipsky, 1980), dat is inherent aan dienstverlening. De dienst wordt namelijk tijdens de interactie tussen dienstverlener en klant geleverd, het relationele aspect is daarbij van doorslaggevend belang. Bestuurders en managers staan daar per definitie buiten en kunnen alleen indirect of fragmentarisch kennis nemen van wat zich daar afspeelt. Zorgbestuurders zijn in die zin te vergelijken met een dirigent die het orkest leidt zonder de muziek te kunnen horen.

1.4 Probleemstelling

Van zorgbestuurders, de eindverantwoordelijke leidinggevendenden van zorgorganisaties, wordt enerzijds verwacht dat zij bestuurders zijn die sturen op afstand. Anderzijds wordt van hen verwacht dat zij betrokken zijn bij de patiënten of cliënten van hun ziekenhuis of verzorgingshuis, hun medewerkers kennen, en een grondige kennis hebben van wat er in hun organisatie gebeurt. Die 'dubbele opdracht' van op afstand blijven maar wel betrokken zijn, was er altijd al, maar

tekent zich in de hedendaagse zorg pregnant af vanwege de specifieke aard van zorg die lijkt te botsen met bedrijfsmatige en marktgerichte aansturing, maar ook omdat de specialisatie (tussen zorgprofessionals maar ook tussen managers en professionals) toeneemt en zorgorganisaties steeds groter worden. *Hoe* zorgbestuurders in hun dagelijks werk sturen op afstand, maar toch ook betrokken zijn, daarover gaat dit onderzoek.

1.4.1 Doelstelling

Er is natuurlijk eerder onderzoek gedaan naar het werk van Nederlandse zorgbestuurders (Visser e.a., 1996; Moen, 2000; Koot & Sabelis, 2000; Putters, 2001; Noordegraaf e.a., 2002/2005; Grit & Meurs, 2005; Van Hout, 2007; Van der Scheer e.a., 2007), maar in weinig van dit onderzoek lag de nadruk op het onderzoeken van het dagelijks werk van bestuurders. Niet eerder is onderzoek gedaan naar zorgbestuurders aan de hand van het thema afstand. De doelstelling van dit onderzoek is de kennis over het dagelijks werk van zorgbestuurders te vergroten. Ten eerste door van binnen uit de bestuurs-kamers te analyseren welke betekenis de begrippen afstand en betrokkenheid krijgen in zorgorganisaties. Ten tweede door te onderzoeken hoe de daaruit voortkomende ‘dubbele opdracht’ het werk en het gedrag van zorgbestuurders en ondergeschikte zorgmanagers en zorgverleners beïnvloedt. Door wat zorgbestuurders werkelijk doen als aangrijpingspunt voor onderzoek te nemen wordt inzicht verkregen in de spanningsvolle bestuurlijke relatie tussen afstand en betrokkenheid, en in de manier waarop er door zorgbestuurders, maar ook, zij besturen immers niet alleen, door zorgmanagers en zorgverleners mee wordt omgegaan. Deze empirische kennis van mogelijke handelingsperspectieven draagt bij aan de verdere theorievorming en professionalisering van zorgbestuurders, ofwel begrip en verbetering van de zorgbesturing. Het beter begrijpen van het dagelijks werk van zorgbestuurders, zal ook de stereotyperingen over ‘de kloof’ die de relatie tussen managers en professionals in de zorg kenmerkt, nuanceren.

Daarbij staan zorgorganisaties niet op zich, maar zijn zij exemplarisch voor maatschappelijke dienstverlening (Gastelaars, 2006). Ook in andere publieke organisaties en zeker ook in de politiek speelt het spanningsveld tussen afstand en betrokkenheid (Fresco, 2003; Tjeenk Willink, 2006) daarom zullen de uitkomsten van dit onderzoek te gebruiken zijn in andere publieke organisaties.

1.4.2 Vraagstelling

Schaalvergroting, het publieke karakter van zorgorganisaties en de aard van het werk van zowel managers als zorgverleners leiden allen op een eigen wijze tot een zekere afstand waar de bestuurder mee moet omgaan. De vraag is hoe

zorgbestuurders dat doen. De leidende vraag waar dit onderzoek een antwoord op tracht te vinden is daarom:

Hoe sturen zorgbestuurders op afstand in grote zorgorganisaties?

Deze vraag wordt uitgewerkt aan de hand van vijf deelvragen die achtereenvolgens van conceptuele, theoretische en empirische aard zijn. Alvorens de begrippen afstand en betrokkenheid te definiëren en hun werking te beschrijven is het nodig de context van de zorgbestuurder en de maatschappelijke ontwikkelingen die zich in de zorg voordoen in kaart te brengen. Daarop volgt een theoretische zoektocht naar de definitie van de begrippen. Uit de theoretische verkenning wordt duidelijk dat het spreken over 'processen van distantisering' meer recht doet aan de dynamiek van de praktijken die in dit onderzoek worden beschreven. De theoretische verkenning biedt bouwstenen voor het onderzoeken van de volgende twee empirische vragen. Ten eerste de vraag welke betekenis er aan afstand tussen bestuurder en zorgvloeren wordt gegeven in de zorgorganisaties en ten tweede hoe 'sturen op afstand' in de praktijk wordt vormgegeven.

Deelvraag 1. Welke (maatschappelijke) ontwikkelingen zijn van invloed op afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren?

Er zijn meerdere oorzaken voor het ontstaan van afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren. Onderzocht moet worden welke endogene en exogene ontwikkelingen er in en rondom de zorgorganisaties spelen. Uit die ontwikkelingen kunnen tendensen worden geanalyseerd die van invloed zijn op het ontstaan van afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren. Met werkvloeren wordt hier bedoeld op het primaire proces van zorgverlening, daar waar hulpvrager en hulpverlener elkaar ontmoeten.

Deelvraag 2. Wat is afstand en hoe werken 'processen van distantisering'?

Om empirisch onderzoek te doen naar afstand in zorgorganisaties is het allereerst nodig een begrippenkader te ontwikkelen. De betekenis van de begrippen afstand en betrokkenheid worden aan een nadere beschouwing onderworpen aan de hand van theoretische concepten uit sociologie, antropologie en uit de organisatie- en bestuurskunde. Deze beschouwing verheldert de dynamiek van 'processen van distantisering' en vormt een theoretisch perspectief waarmee de sociale processen die plaats vinden in de zorgorganisaties in ieder geval beter te zien en ook beter te (be)grijpen zijn.

Deelvraag 3. Hoe werkt 'sturen op afstand'?

Met de verheldering van de begrippen afstand en betrokkenheid en met inzicht in de procesmatige manier waarop deze begrippen zich tot elkaar verhouden in 'processen van distantisering' is het nog niet duidelijk hoe 'sturen op afstand' eigenlijk werkt. Hoe oefenen bestuurders invloed uit daar waar zij zich niet bevinden, en hoe gaan zij om met kennisgebieden waarop hun eigen kennis niet van toepassing is? Deze vraag leidt tot een theoretisch model van sturen op afstand waarin verschillende sturingsmethoden worden onderscheiden.

Deelvraag 4. Welke betekenis wordt er aan afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren gegeven in verschillende soorten zorgorganisaties?

Deze deelvraag is samen met deelvraag 5 een empirische vraag. Onderzocht wordt welke betekenis zorgbestuurders, managers en medewerkers in werkelijkheid aan afstand geven en wat in deze zorgorganisaties specifiek de uitkomsten zijn van de onderscheiden tendensen. Er wordt over afstand en 'kloven' en over 'sturen op afstand' gesproken en geschreven, maar de vraag is welke betekenis dit nu werkelijk heeft in de dagelijkse praktijk van het besturen van verschillende zorgorganisaties.

Deelvraag 5. Welke middelen en methoden van 'sturen op afstand' worden ingezet in de zorg?

De volgende empirische deelvraag is gericht op het herkennen van de besturingsmethoden die in de praktijk worden gebruikt, en op 'managerial behavior'. Gezocht wordt naar manieren of methoden waarop zorgbestuurders sturen op afstand, hoe gedragen zij zich en wat doen zij als zij sturen op afstand? Besturen krijgt niet alleen vorm in wat er gezegd en gedaan wordt maar ook in de middelen die gebruikt worden om te besturen. Hierbij gaat het om materiele middelen zoals gebouwen, teksten, geografie, maar ook om immateriële zaken zoals relaties, structuren, symbolen, en beelden van de organisatie. Onderzocht wordt welke specifieke middelen en methoden in de onderzochte zorgorganisaties worden toegepast en hoe ze uitwerken.

Uiteindelijk vormen de analyse van de maatschappelijke en institutionele ontwikkelingen, de theoretische beschouwing en het empirische deel van dit onderzoek tezamen een beeld van wat 'sturen met afstand' in hedendaagse zorgorganisaties inhoudt.

1.5 Relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek is relevant om tenminste drie redenen. Ten eerste geeft het onderzoek inzicht in het dagelijks werk van zorgbestuurders, in de 'black box' van zorgbesturing, opdat uit deze ervaringen te leren is wat het besturen van zulke specifieke en complexe organisaties zoals zorgorganisaties inhoudt. Ten tweede wordt er veel van zorgbestuurders verwacht en geëist door de overheid, verzekeraars en patiënten; zij liggen onder vuur in het publieke debat. Die maatschappelijke en bedrijfsmatige verwachtingen moeten zij waarmaken in het spanningsveld tussen afstand en betrokkenheid. Er wordt van hen verwacht dat zij sturen op afstand en tegelijkertijd betrokken zijn. Door dit onderzoek krijgen we zicht op manieren waarop zorgbestuurders aan deze specifieke opdracht invulling geven. Op grond de beschrijving van besturingspraktijken kan praktijkkennis worden geanalyseerd, geïnterpreteerd en beschreven als methode. Hierdoor wordt de inhoud van het besturen van zorgorganisaties tastbaar, en daarmee bespreekbaar. De ontwikkeling van een theoretisch concept van sturen met afstand (en betrokkenheid) biedt de mogelijkheid om de praktijk van het besturen van publieke organisatie zoals zorgorganisaties niet alleen beter te kunnen begrijpen, maar met de verworven inzichten ook beter te kunnen besturen.

Ten derde wordt met het thema afstand een belangrijk besturingsvraagstuk geanalyseerd. Het onderzoek is daardoor zowel wetenschappelijk als maatschappelijk van belang omdat het omgaan met afstand en betrokkenheid enerzijds raakt aan de inhoud van besturen, anderzijds pregnant naar voren komt uit hedendaagse maatschappelijke ontwikkelingen. Daarbij is de zorgsector extra interessant vanwege de specifieke claim die hier wordt gelegd op betrokkenheid. De bevindingen bieden de mogelijkheid voorbij de dichotomie en 'sjabloonachtige' benadering van het thema afstand met de bestuurder als hoofdschuldige, te komen.

1.6 Opzet van het onderzoek

De leidende vraag in dit onderzoek leent zich voor kwalitatief en explorerend onderzoek omdat het erom gaat inzicht te krijgen in de alledaagse gang van zaken in het bestuur van hedendaagse, grote zorgorganisaties. Omdat er weinig bekend is over het dagelijkse werk van zorgbestuurders en omdat het doel van het onderzoek is te weten te komen hoe zorgbestuurders nu daadwerkelijk sturen op afstand, is het werk van drie zorgbestuurders 'van binnenuit' beschreven door middel van etnografisch onderzoek.

Besturen is niet het werk van de zorgbestuurder alleen. Besturen is interactief en relationeel (Fox & Urwick, 1973; Watson, 1994; Graham, 1995; Noordergraaf & Teeuw, 1997). Daarom is ervoor gekozen niet alleen het werk van

drie verschillende zorgbestuurders te observeren, maar ook de bevindingen en meningen van managers en medewerkers uit de verschillende lagen en locaties in diezelfde organisatie te onderzoeken. Met het begrip afstand richt het onderzoek zich op de relatie tussen zorgbestuurders en werkvloeren, het is belangrijk deze relatie vanuit de verschillende perspectieven van bestuurders, managers en medewerkers te bekijken.

Om de zorgbesturing in de breedte te verkennen en om het werk van zorgbestuurders uit verschillende organisaties te kunnen vergelijken, zijn organisaties uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg geselecteerd. Er is gezocht naar een variatie in het soort zorg dat de organisaties bieden. Het onderzoek heeft daarom plaats gevonden in drie verschillende zorgorganisaties: een algemeen ziekenhuis, een organisatie voor zorg en ondersteuning van mensen met een verstandelijk handicap, en een organisatie voor verpleging en verzorging. Door de verschillen leiden de casusbeschrijvingen tot een meervoudig beeld van het fenomeen afstand.

De manier waarop afstand ervaren wordt in de zorgorganisaties heeft te maken met de grootte en verspreidheid van de organisatie. Daarom vormden ten eerste schaalgrootte en ten tweede, ten aanzien van de verspreidheid, de aanwezigheid van meerdere locaties belangrijke criteria voor selectie van de organisaties. Ten derde is gezocht naar organisaties die recent een fusie hadden doorgemaakt, dit omdat er zich na een fusie vaak verschillende typen afstand in organisaties voordoen, de organisaties zijn dan ineens veel groter en verschillen tussen de fusiepartners komen na vereniging opeens pregnant naar voren. Ten vierde was het voor de vergelijking van belang dat de topstructuur van de organisaties eenduidig georganiseerd was met een Raad van Bestuur die verantwoording aflegt aan een Raad van Toezicht. De relatie tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht is in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Een gedetailleerde beschrijving van de opzet en methoden van onderzoek is te vinden in hoofdstuk vier.

1.7 Opbouw van het boek

Na deze inleiding volgt in hoofdstuk twee een analyse van algemeen maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen in zorgverlening, en ontwikkelingen op het gebied van bestuur en organisatie op grond waarvan het ontstaan van 'de kloof' is te verklaren. In dit hoofdstuk wordt beschreven en geanalyseerd door welke tendensen afstanden tussen zorgbestuurders en werkvloeren worden vergroot en welk effect die tendensen hebben op de besturingsopdracht waar de zorgbestuurder voor gesteld wordt (deelvraag één).

In hoofdstuk drie worden de begrippen afstand en betrokkenheid theoretisch verkend om te komen tot een begrippenkader waarmee afstand en betrokkenheid in de te onderzoeken zorgorganisaties te beschrijven en te begrijpen is. De begrippen afstand en betrokkenheid duiden op een procesmatige dynamiek die relaties kenmerkt. Deze dynamiek is hier beschreven als ‘processen van distantïering’. Hoe die ‘processen van distantïering’ naar voren kunnen komen in sociale relaties, organisaties en besturingspraktijken wordt in dit hoofdstuk beschreven (deelvraag twee). Vervolgens wordt in theoretische zin nagegaan hoe besturen op afstand mogelijk is (deelvraag drie).

Hoofdstuk vier beschrijft de opzet en methode van onderzoek en geeft een beeld van methodologische keuzes en problemen, de uitvoering en het verloop van het onderzoek.

In de hoofdstukken vijf, zes en zeven zijn drie case studies beschreven. Deze beschrijvingen geven ten eerste weer welke betekenis er aan het begrip afstand gegeven wordt in de verschillende lagen en locaties van de onderzochte organisaties en hoe zorgbestuurders, zorgmanagers en zorgverleners verschillende typen afstand in hun organisatie ervaren en beoordelen (deelvraag vier). Vervolgens wordt een beeld geschetst van de manier waarop de zorgbestuurders in de drie organisaties *omgaan* met afstand en betrokkenheid (deelvraag vijf), maar ook welke methoden en middelen toegepast worden en hoe deze in de specifieke situaties uitwerken.

In hoofdstuk acht worden de empirische bevindingen gecontrasteerd met de publieke opinie en de in hoofdstuk twee beschreven contextanalyse. Daarnaast worden de verschillende manieren waarop de onderzochte zorgbestuurders de ‘dubbele opdracht’ vormgeven met elkaar vergeleken en geïnterpreteerd volgens de lijn van vier besturingsmethoden die uit de theoretische beschouwing naar voren kwamen. Op grond hiervan worden conclusies getrokken over de specifieke rol van de zorgbestuurder en over het besturen van zorgorganisaties als publieke organisaties.

2

Afstand en zorg

2.1 Inleiding

Afstand is mijn ding. Ik geloof werkelijk dat een buitenstaander die nooit op de werkvloer van de zorg heeft gewerkt de zaken niet echt kan invoelen. Als arts doe je mee, de informatie is rechtstreeks. Nu ik geen medische taken meer heb ken ik nog wel wat bewoners, maar het contact en de kennis van hun persoonlijke wel en wee is anders. Ik moet het nu doen met gefilterde en altijd op een of andere manier gekleurde informatie. Ik ken de managers maar het is lastiger contact te houden met de andere locaties. Mee-lopen in de zorg doe ik niet meer omdat ik denk het te weten. Ik heb het idee dat ikzelf niet veel afstand schep, maar door mijn positie toch op afstand sta.

(Bron: Interview zorgbestuurder organisatie voor Verpleging & Verzorging)

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gezocht op de eerste deelvraag ‘Welke (maatschappelijke) ontwikkelingen zijn van invloed op de afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren?’

Die ontwikkelingen kunnen endogeen, zorgspecifiek en exogeen, van meer bestuurlijke en maatschappelijke aard zijn. Paragraaf 2.2 legt vanuit twee definities van zorg de nadruk op endogene achtergronden van afstand in zorgorganisaties. Georganiseerde zorg versterkt de spanning tussen distantie en betrokkenheid, tussen taakverdeling en specialisatie, en vooral tussen directe zorgverlening en bestuur en management.

Paragrafen 2.3 tot en met 2.6 leggen de nadruk op exogene factoren die de afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren beïnvloeden. Ten eerste zijn zorginstellingen groter en complexer geworden, met meerdere vestigingen en meerdere soorten zorg. Zorgbestuurders hebben in de afgelopen decennia de maatschappelijke opdracht gekregen hun organisaties efficiënter en effectiever te laten werken. Eerst werden budgettering en daarna marktwerking en concurrentie de toverwoorden om verandering te bewerkstelligen. Door de verdergaande institutionalisering van de sector groeien zorgorganisaties, wat

niet alleen gebaseerd is op een toename van medische, paramedische en verpleegkundige kennis, maar ook op bedrijfsmatige overwegingen.

Ten tweede ontstaat door deze schaalvergroting, maar even goed door andere invloeden, een toenemende behoefte aan eenduidige kwaliteit en controle op de uitvoer van de moeilijk grijpbare en lastig aan te sturen zorgprocessen.

Ten derde zijn zorgbestuurders, die de eindverantwoordelijkheid dragen voor de zorg die hun instelling levert, zich in de loop van de tijd steeds meer gaan specialiseren als zorgbestuurder. Zij zijn niet altijd meer primair opgeleid in een zorgberoep, maar wel allemaal ervaren en geschoold in management (Noordegraaf e.a., 2002; Van der Scheer e.a., 2007). Deze anders gerichte kennis en ervaring, maakt dat het beroep zorgbestuurder meer op afstand is komen te staan van het primaire proces in de zorg. Daarbij raakt door steeds verdergaande kennisontwikkeling kennis en kunde versnipperd over een toenemend aantal sterk gespecialiseerde professionals, die zich in hun verdergaande professionalisering tegen elkaar afzetten. Ten vierde zijn de topstructuren van instellingen veranderd. Directeuren werden bestuurders. Ten tijde van deze naamsverandering vatte ook een andere manier van sturen post, 'sturen op afstand', waarbij beleid en uitvoering worden gescheiden.

Deze exogene factoren tenderen naar het vergroten van de afstand tussen zorgbestuur en werkvloer. Zij zijn herleid tot vier tendensen: schaalvergroting, standaardisatie, specialisatie en sturing. Deze afstandsvergroten tendensen roepen ook tegenbewegingen op. Die zijn beschreven in paragraaf 2.7. De besturingsopdracht, paragraaf 2.8, die uit de tendensen en hun kritieken voortkomt is een dubbele opdracht.

2.2 Zorg

2.2.1 Definitie en model

Zorg is een belangrijke bouwsteen van de maatschappij. Zorg is heel alledaags. Je zorgt voor jezelf, de kinderen of ouder wordende ouders, maar evengoed zorg je ervoor dat je huis schoon is, dat de kat brokken krijgt en de planten water. We dragen zorg voor mensen en dieren, maar ook voor materiele zaken. Maar alledaags betekent zeker niet futiel. Zorg is een fundamentele kwestie tussen mensen en is cruciaal om de samenleving fatsoenlijk en menselijk te laten zijn (Tronto, 1994; Verkerk, 1997).

Zorg is vanuit deze opvatting door Tronto omvattend, fundamenteel en actief, gedefinieerd als: '...een typisch menselijke activiteit, die alles insluit wat we doen om onze 'wereld' te handhaven, voort te laten duren en te herstellen, zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven. De wereld sluit onze lichamen,

ons persoon zijn en onze omgeving in. Dat alles proberen we met elkaar te verbinden in een complex, het leven instandhoudend web.' Tronto's definitie van zorg is een nogal particuliere definitie, zij spreekt over een menselijke activiteit die alles omvat wat ons leven in stand houdt. Maar de hedendaagse uitvoering van die zorg is minder particulier, in de zorgorganisaties is zorg niet alleen op een individu gericht, maar op het collectief van zieke medemensen. Doordat er zoveel zieke en zorgbehoeftige mensen moeten worden verzorgd kan de zorg niet meer één op één plaatsvinden, maar moet hij worden georganiseerd. Bij die organisatie worden verschillende taken onderscheiden, de taken worden verdeeld en daarmee ontstaat de specialisatie van zorgprofessionals.

Hasenfeld (1983) geeft een kortere definitie van zorg dan Tronto: 'Zorg behelst (het zorgen voor) hulp en steun, preventief onderhoud en bescherming'. In deze definitie maakt Hasenfeld impliciet, door de haakjes, een onderscheid tussen het daadwerkelijk verlenen van hulp en het ervoor zorgen dat er hulp en steun geboden wordt. Met zorg bedoelt Hasenfeld dus evenzeer het daadwerkelijke hulp bieden als ook het ervoor zorgen *dat* hulp geboden wordt. Dit 'zorgen voor' en 'zorgen dat' zijn twee verschillende activiteiten.

'Zorgen voor' begint met het aangaan van een relatie tussen zorgverlener en zorgvrager, het vraagt tijd en nabijheid: zorgen voor iemand of iets kun je niet op afstand doen. 'Zorgen voor' is concreet, het bestaat uit praktische handelingen (Baart, 2004; Vorstenbosch, 2005). Tronto geeft in een gelaagd model aan uit welke processen georganiseerde zorg bestaat. In haar model onderscheidt zij vier analytische lagen: opmerken van de behoefte aan zorg (caring about), organiseren van zorg (taking care of), zorg verlenen (care giving), zorg ontvangen (care receiving). Tronto maakt geen expliciet onderscheid tussen het daadwerkelijk 'zorgen voor' en ervoor 'zorgen dat' hulp wordt verleend, maar in haar model kunnen we de bovenste twee lagen beschouwen als 'zorgen dat' en de derde laag als 'zorgen voor'. Als we de patiënt een actieve rol geven in dat primaire zorgproces dan gaat het in 'zorgen voor' om de interactie tussen de derde en vierde laag uit het model.

Model van zorg (naar Tronto, 1994)		
Caring about	behoefte aan zorg opmerken	<i>Zorgen dat</i>
Taking care of	zorg organiseren, zorgen voor zorg	
Care - giving	zorg verlenen, direct zorgdragen	<i>Zorgen voor</i>
Care - receiving	zorg ontvangen	

In de lagen van Tronto's model kunnen we de partijen uit de zorg met hun specifieke taken en rollen plaatsen. Beleidsmakers en bestuurders zijn ervoor om zorgbehoefte op te merken, managers organiseren dat er hulp gericht op die zorgbehoefte komt, verzorgenden en verpleegkundigen steken de handen uit de mouwen, en de patiënt ontvangt de zorg. Artsen, therapeuten en maatschappelijk werkers hebben een dubbelrol, zij verlenen daadwerkelijk zorg maar organiseren ook hulp. Tronto geeft met haar model de arbeidsdeling, maar ook de positionele hiërarchie in de zorg weer: zij wijst erop dat de instellingen of personen die de hoogste status toebedeeld krijgen, niet toevallig bovenin het model staan. 'Zorgen voor' staat laag in deze hiërarchie en is eeuwenlang de taak geweest van laaggeplaatste slaven en vrouwen (Ahrend, 1958; Tronto, 1994). De hedendaagse salarisstructuur is daar nog altijd op gebaseerd en ook de taakverdeling in de zorgorganisaties vertoont een gender gebaseerde onbalans: bijna negentig procent van de medewerkers in de zorg is vrouw naast slechts veertien procent van de zorgbestuurders. Hoe hoger in de hiërarchie, hoe meer mannen (Vulto, 2005).

De door Tronto geschetste lagen met hun eigen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vormen in de zorgorganisaties verschillende werelden waarin verschillende talen worden gesproken en waartussen de afstanden groot, en de begrenzingen scherp zijn. De gescheiden werelden van bestuurders, managers, verschillende soorten zorgverleners en patiënten maken de zorg tot een gefragmenteerd geheel.

2.2.2 *Zorgprofessionals*

In de zorg werken onder andere artsen, verpleegkundigen en therapeuten, die op basis van hun specifieke kennis en kunde, na soms langdurige training, in staat zijn weloverwogen en trefzeker te handelen. Professionaliteit en distantie zijn in de zorgverlening met elkaar verbonden geraakt en uiten zich in het gedrag van 'professionele distantie' (Witman, 2008). Die distantie is nuttig, maar lijkt ook door te slaan. Zo ziet Baart (2004) de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener in de zorg verzakelijken. Volgens hem leiden vooral de verregaande specialisatie van zorgverleners en de bijbehorende verticale en de horizontale ontkoppeling van zorgtaken tot deze verzakelijking en distantisering van zorgverlener tot patiënt, omdat er op grond van die specialisatie een 'geïstitutionaliseerde onverschilligheid' ontstaat. De patiënt heeft te maken met heel gespecialiseerde, maar wel vele verschillende handen aan het bed, en dat maakt het werk voor de zorgverleners misschien wel lichter, maar voor de patiënt vooral ondoorzichtiger (Bovens, 1990). Niemand draagt meer de verantwoordelijkheid voor de patiënt als geheel, en deze ervaart de zorg daar-

door als een ongecoördineerd, zelfs gefragmenteerd samenstelsel. Baart spreekt hier over een gedeelde 'on-verantwoordelijkheid'. Zorgbestuurder Steenbergen (2005) noemt dit 'vacante verantwoordelijkheid' en ziet het bewerkstelligen van interne cohesie in het ziekenhuis als de belangrijkste opgave van de ziekenhuis bestuurder. De 'vacante verantwoordelijkheid' komt volgens hem voort uit de afstand tussen de verschillende gespecialiseerde beroepsgroepen. Vaak ontstaan namelijk op grond van de verschillende kennisdomeinen 'grensconflicten' tussen de gespecialiseerde professionals. In die domeinstrijd wordt het begrip 'professionele autonomie' ver opgerekt en als machtsmiddel door de professionals ingezet (Steenbergen, 2005; Witman, 2008). Zo kan specialisatie de samenwerking tussen professionals die nodig is om complexe vragen van patiënten beter te beantwoorden, bemoeilijken en soms zelfs verhinderen (WRR, 2004).

Zorgprofessionals zorgen voor onze zieken, zij verrichten werk dat in verband staat met belangrijke maatschappelijke waarden: wij willen onze zieken opvangen, goed behandelen en verzorgen, niets is ons daarin teveel, zo wordt tenminste gesteld. Volgens Gastelaars (2006) verklaart dat waarom er een zekere belangeloosheid en bevologenheid van zorgverleners verwacht wordt. Aan de ene kant wordt er vanuit de maatschappelijke opdracht betrokkenheid van zorgprofessionals verwacht, aan de andere kant ook professionele distantie; er wordt belangeloosheid verwacht, maar zorgverlening is ook gewoon een baan. De zorg voor patiënten in een ziekenhuis of verpleeghuis beweegt zich tussen en over de grenzen van het publieke en het private domein (Van Heijst, 2002). Op een zaal in het ziekenhuis waar meerdere patiënten liggen, worden deze domeinoverschrijdingen de patiënten zelf meer dan duidelijk, hun private aandoening wordt behandeld door middel van publieke dienstverlening: zij moeten wachten omdat er meerdere mensen zijn die zorg nodig hebben en erop hopen dat hun privacy wordt gerespecteerd. Het grote dilemma waarmee zorgverleners dag in dag uit worstelen is: hoe geef ik die ene patiënt genoeg aandacht en benadeel ik een ander niet?

De verdeling van deze schaarse aandacht is volgens De Swaan (1982) hét centrale probleem in een ziekenhuis. Om met de uit schaarste voortkomende dilemma's om te gaan, leren professionals verschillende strategieën aan, zoals de beheersing van hun emoties en het indelen van hun tijd. Wat betreft die schaarse tijd deed De Swaan een zeer scherpe, en nog steeds relevante, observatie: "De omgang met mensen in een ziekenhuis kenmerkt zich veelal door een zekere haastigheid, een vaart die suggereert: 'Ik zou wel met u willen praten... maar ik heb er eigenlijk de tijd niet voor'." Zorgverleners zijn bang veel tijd te schenken aan een patiënt vanwege de precedentwerking: andere patiënten gaan dan misschien ook zoveel tijd claimen. De tijd is daarom eerlijk over de

patiënten verdeeld, medisch specialisten hebben vijf tot tien minuten spreek-tijd voor de patiënten en therapeuten werken met een planning van twintig of dertig minuten.

2.2.3 *Professionele distantie*

In een zorgorganisatie met een duidelijke maatschappelijke opdracht, met vele verschillende typen medewerkers en vele soorten patiënten moet ook de vraag gesteld worden: 'Betrokken en dicht bij wie en bij wat eigenlijk?' (Mol, 1992). Vanwege de grote aantallen te behandelen en te verzorgen patiënten zoeken verpleegkundigen en medisch specialisten ook de balans in de toenadering tot of distantiëring van hun patiënten, evenals verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen dat doen in hun relatie met de bewoners. Betrokkenheid bij de ene patiënt maakt dat de andere moet wachten. In de zorg is de relatie met de patiënt het startpunt (Baart, 2004; Van Heijst, 2005; Vorstenbosch, 2005; Mol, 2006) en daarmee wordt een specifieke claim gelegd op betrokkenheid van medewerkers bij de zorg voor de patiënten. Voor verpleegkundigen en artsen is zorgverlening werk, geen privé betrokkenheid maar een professionele activiteit gebaseerd op kennis en kunde. Kennis en kunde zijn verbonden met rationaliteit en vergen juist distantie in plaats van nabijheid en betrokkenheid (Nauta e.a., 1992). En wat het beheersen van hun emoties betreft, daarbij meten zorgverleners zich een emotionele afstandelijkheid aan, ook wel omschreven als beroepsmatige distantie (Määttä, 2006; Witman, 2008). Zij trachten onder alle omstandigheden 'het hoofd koel te houden' (Gastelaars, 2006; De Swaan, 1982). De angst om emotioneel betrokken te raken bij de problemen van patiënten heeft een specifiek gedragsrepertoire opgeleverd waar bijvoorbeeld bij een zo intieme handeling als het wassen van een patiënt tegelijkertijd op meer of mindere subtiele manieren afstand wordt gehouden. Het zijn ook lastige vragen en keuzes waar de zorgverleners voor staan. Je distantiëren is soms echt gemakkelijker dan toenadering zoeken. Met de ontwikkeling van professionele hulpverlening ontstaat dus ook professionele distantie. Ook zorgverleners hebben een 'dubbele opdracht' waarin zij de spanning tussen afstand en betrokkenheid moeten weten te hanteren. Dat is een constatering die in dit boek niet specifiek zal worden onderzocht, maar die wel belangrijk is om de precaire context waarin zorgbestuurders hun eigen betrokkenheid en distantie afwegen, te begrijpen.

2.2.4 *Afstand tussen 'zorgen voor' en 'zorgen dat'*

'Zorgen dat' is, in tegenstelling tot het concrete en uit praktisch handelen bestaande 'zorgen voor', gericht op het scheppen van voorwaarden om tot 'zor-

gen voor' te komen. 'Zorgen dat' uit zich in indirecte bekommernis om de behoefte aan zorg en richt zich op de ondersteuning en ontwikkeling van sociale kaders en systemen. 'Zorgen dat' kan zich juist goed voltrekken op afstand, het vereist een gedistantieerde betrokkenheid. 'Zorgen dat' is te omschrijven als 'zorgen voor zorg' (Gastelaars, 2006) en dat is de verantwoordelijkheid die wordt toebedeeld aan zorgbestuurders en zorgmanagers. Zij moeten de voorwaarden scheppen voor de uiteindelijke uitvoering van zorg, de zorgbehoefte onderkennen en het mogelijk maken dat aan deze behoefte wordt voldaan. Zij geven aan deze verantwoordelijkheid vorm binnen een veranderende context die maakt dat tussen 'zorgen dat' en 'zorgen voor' steeds meer afstand ontstaat.

In de analyse van de bestuurlijke en maatschappelijke veranderingen zijn de volgende afstandsvergrotenende tendensen te onderscheiden: schaalvergroting, standaardisatie, specialisatie en sturing. Deze tendensen worden in de volgende paragrafen verkend.

2.3 Schaalvergroting

Zorg in Nederland wordt sinds de middeleeuwen geleverd in georganiseerd en geprofessionaliseerd verband. Georganiseerde zorg is collectieve zorg. Patiënten worden bij elkaar gebracht in ziekenhuizen of verpleeghuizen en zij hebben allemaal behoefte aan aandacht, verzorging, informatie en steun. Door de collectieve organisatie is zorg één van de grootste sectoren van de Nederlandse economie geworden. In 2006 kwamen de uitgaven aan zorg op 65,7 miljard euro. Al drie jaar ligt de stijging van de zorguitgaven tussen de vier en vijf procent. In de periode 1998 - 2003 bedroeg de toename van de zorguitgaven gemiddeld negen procent (CBS, 2005). De uitgaven groeien door de toegenomen loonkosten, duurdere medicijnen en veranderde financieringssystemen. De groei van de zorg sector komt enerzijds voort uit medisch technische ontwikkelingen die de mogelijkheden van zorg verruimden. Hierdoor ontstaat er meer vraag naar zorg. Anderzijds groeit de zorgsector door de verbetering van de toegankelijkheid en financiering, onder andere ingezet door het ziekenfondsbesluit in 1941 (Meurs, 1982). Ondanks de sterke groei van de gehele zorgsector, daalde sinds 1960 het aantal instellingen in de gezondheidszorg. Deze daling had te maken met de toename van het aantal instellingen dat onderling fuseerde (Van der Lugt & Huijsman, 1995; Visser e.a., 1996; Van Lieshout, 1999; CBS, 2005). Waren de fusies tot 1990, die tot schaalvergroting leidden, vooral fusies tussen gelijksoortige instellingen, na 1990 ontstond een verregaande vorm van samenwerking tussen verschillende typen zorginstellingen. Zorgorganisatie werden niet alleen groter maar ook gedifferentieerder (Fabbricotti, 2007).

2.3.1 *Groei door fusie*

De Nederlandse overheid legde vanaf de jaren zeventig de nadruk op het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg (Harrison & Pollitt, 1994; Grit, 2000; Putters, 2001; Helderman, 2007). Dit leidde binnen de zorgsector vooral tot een streven naar efficiency. Het bedrijfsleven voerde de efficiency op door de overheadkosten te reduceren door middel van fusies. In de gezondheidszorg is deze handelswijze gevolgd (RVZ, 2003, Van der Grinten e.a., 2004). De overheid stimuleerde de fusiebewegingen vanwege het idee dat de kosten lager zouden worden, maar ook met de gedachte dat door schaalvergroting de kwaliteit zou verbeteren. Daarbij wilde de overheid zorgen voor een goede spreiding en een samenhangend aanbod van zorg. In de laatste tien jaar leidde ook de introductie van marktwerking in de zorg tot fuseren. Schaalvergroting en het aanbieden van verschillende typen zorg werden door zorgorganisaties ingezet om hun concurrentiepositie ten opzichte van de zorgverzekeraars te versterken (CBS, 2005). De trend tot fusievorming laaide in 2006, na de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet weer op, in navolging van en als tegenwicht voor de fusies van zorgverzekeraars. Het aantal organisaties in de intramurale zorg daalde in de afgelopen tien jaar met bijna de helft, en de gemiddelde bedrijfsomvang is meer dan verdubbeld. Tussen 1995 en 2004 varieerde de groei van de instellingen van 61 procent bij de algemene ziekenhuizen tot 177 procent bij de huizen voor gehandicapten (CBS, 2005).

Aan de hand van de gegevens uit onderzoek onder zorgbestuurders (Noordgraaf e.a., 2002; Van der Scheer, 2007) zien we tussen 2001 en 2006 een significante daling van het aantal organisaties met een budget kleiner dan vijftien miljoen euro en een stijging van organisaties met een budget van meer dan 150 miljoen euro. Het aantal instellingen met een personeelsbestand van meer dan 1000 FTE's (Full-Time Equivalents) is in diezelfde tijdperiode significant gegroeid. Per type instelling bekeken geeft dat het volgende beeld:

Tussen 1995 en 2004 daalde het aantal algemene ziekenhuizen in Nederland van 110 tot 90. Met de vermindering van het aantal ziekenhuizen en de toename van het aantal bedden per ziekenhuis, steeg het gemiddelde aantal personeelsleden per instelling. In deze periode steeg het gemiddelde aantal banen per algemeen ziekenhuis van 1.250 tot 2.010 (CBS, 2005). Het grootste algemene ziekenhuis anno 2006, het Amphia Ziekenhuis in Breda ontstond in 2001 uit een fusie van drie ziekenhuizen. In 2005 had het Amphia ziekenhuis 5.000 medewerkers, 1.368 bedden, 250 medisch specialisten en drie locaties (www.snellerbeter.nl). Inmiddels strijdt dit ziekenhuis qua grootte om de eerste plaats met de Isala klinieken in Zwolle met 5.900 medewerkers en 1.100

bedden. De Isala klinieken biedt naast basiszorg en top-klinische zorg ook ouderenzorg en bestaat met drie ziekenhuislocaties, twee laboratoria en vijf huizen voor ouderenzorg uit in totaal tien locaties (www.isala.nl).

In de thuiszorg integreerden de aparte instellingen voor gezinsverzorging en voor het kruiswerk tot instellingen voor integrale thuiszorg. Door deze ontwikkeling nam tussen 1990 en 1995 het aantal instellingen voor thuiszorg sterk af, van 295 in 1990 tot 86 in 1995 (Van der Lugt & Huisman, 1995). Na 1995 was er een periode met nieuwe toetreders op de thuiszorgmarkt. Recent is er in de thuiszorg een nieuwe fusiegolf ontstaan, waarin een beperkt aantal thuiszorgorganisaties zich ontwikkelen tot machtige conglomeraten met wel liefst 20.000 medewerkers, zich uitstrekkend over meerdere regio's (Tamminga, NRC, 2006). Deze grote thuiszorg 'bedrijven' 'leveren' soms alleen thuiszorg, een aantal van deze organisaties biedt ook verpleeg- en verzorgingshuiszorg.

In de ouderenzorg is eerst een fusiegolf geweest waarbij de toenmalige 'bejaarden-tehuizen' hun 'stand-alone' structuur verlieten. Er werd horizontaal, verticaal of intersectoraal gefuseerd. De omvang van het gemiddelde verzorgingshuis verdubbelde tussen 1965 en 1995 van 50 tot bijna 100 plaatsen (Fabbricotti, 1999; Fabbricotti & Huijsman, 2000; Fabbricotti, 2007). Eind 2004 was van de verpleeghuizen 36 procent binnen de eigen bedrijfsklasse gefuseerd en 53 procent fuseerde met een verzorgingshuis. Enkele verpleeg- en verzorgingshuizen fuseerden met een ziekenhuis of met de thuiszorg. Het aantal verpleeghuizen nam af van 230 in 1995 tot 170 in 2004 terwijl het gemiddelde aantal banen per verpleeghuis in deze periode steeg van 410 naar 710. Het aantal verzorgingshuizen daalde van 1.200 in 1995 naar 580 in 2005 en in dezelfde periode stegen de banen in de verzorgingshuizen van 80 naar 190 (CBS, 2005). In 2006 ontstond er juist in deze sector een sterke drang tot zowel horizontaal als verticaal fuseren (Van der Scheer e.a., 2007).

In de gehandicaptenzorg waren er door historisch gegroeide, regionale samenwerking al organisaties van grote omvang ontstaan. Deze organisaties zochten in de jaren '90 naar mogelijkheden tot deconcentratie in kleinschalige, vermaatschappelijkte, voorzieningen met een concentratie op bestuurlijk niveau. In 2006 heeft de dan grootste Nederlandse organisatie voor gehandicaptenzorg 's Heerenloo, 11.500 medewerkers en werkt vanuit 68 plaatsen en bestaat uit enkele honderden locaties (www.sheerenloo.nl). Tussen 1995 en 2004 fuseerde 32 procent van de organisaties voor gehandicaptenzorg binnen de eigen 'bedrijfsklasse' en veertien procent van deze grote instellingen ging samen met dagverblijven voor gehandicapten. Het aantal instellingen voor gehandicapten daalde van 260 in 1995 naar 160 in 2004. In dezelfde periode groeide het aan-

tal banen per instelling van gemiddeld 290 naar 810 banen (CBS, 2005). Zo groeien de organisaties in de gehandicaptenzorg verder tot nog grotere ‘zorgconglomeraten’. Vanaf 2006 worden er samenwerkingsverbanden gezocht (waaruit ook weer fusies ontstaan) met organisaties voor thuis- en ouderenzorg.

Van de instellingen in de geestelijke gezondheidszorg fuseerde 30 procent tussen 1995 en 2004 binnen de eigen ‘bedrijfsklasse’ en 40 procent van de organisaties ging samen met andersoortige organisaties. In driekwart van de gevallen betrof het een fusie met een instelling uit de ambulante sector. Het aantal GGZ instellingen met bedden daalde van 160 in 1995 tot 130 in 2004 en in deze periode steeg het gemiddelde aantal banen per GGZ organisatie van 260 naar 540 (CBS, 2005). Zo had bijvoorbeeld de Parnassia-groep in 2004 ruim 2900 medewerkers in dienst (totaal 2378 fte) en bestond deze organisatie uit 42 locaties in Zuid-Holland (www.parnassia.nl). In juli 2007 is deze organisatie weer gefuseerd met Bavo Europa tot de Parnassia Bavo Groep en wordt daarmee de grootste organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in het westelijk deel van Nederland.

Schaalvergroting door fusies is dus een belangrijke tendens geweest in de gehele zorgsector. De grotere instellingen hebben zeker meer ‘marktmacht’ en er is een meer een meer integraal aanbod ontstaan waarbij deze grote instellingen meerdere typen zorg aanbieden.

2.3.2 Differentiatie

Door de modernisering of ‘ontschotting’ van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 2003 waren organisaties niet meer gehouden aan het leveren van een bepaald type sectorale zorg, zoals thuiszorg of verpleeghuiszorg, maar konden zij meerdere typen zorg leveren, zoals dagbesteding, wonen en zorg, de zogenoemde diversificatie (CBS, 2005). Verticale fusies tussen instellingen voor verschillende typen zorg, bijvoorbeeld een ziekenhuis, een thuiszorgorganisatie en een verzorgingshuis, leidden niet alleen tot grote zorgconcerns maar ook tot zorgconcerns met een gedifferentieerd aanbod, gedeconcentreerd op verschillende locaties in een vaak regionale inbedding (Van der Lugt & Huijsman, 1995). Maar in 2006 was er ook van regionale inbedding geen sprake meer. Een nieuwe fusiegolf barstte los in reactie op de fusies van zorgverzekeraars. In 2004 moest de Nederlandse Mededingings Autoriteit (NMa) negen maal beslissen of een fusie tussen zorgorganisaties problemen op zou leveren ten aanzien van de eerlijke concurrentie. In 2005 deed de NMa dat 26 keer. In juni 2006 bijvoorbeeld werd een fusie aangevraagd tussen Evean, thuis en verpleeghuiszorg in Noord-Holland en Oost-

Nederland, Meander, eenzelfde type organisatie in Groningen met GGZ Drenthe. Het samenwerkingsverband is na deze fusie werkzaam in (delen van) de provincies Drenthe, Friesland, Overijssel, Groningen, Gelderland, Flevoland en Noord-Holland. In omzet evenaart deze nieuwe zorgorganisatie de omzet van het merendeel van de academische ziekenhuizen (Tamminga, NRC, 28 juli 2006). Deze organisatie levert een uitgebreid pakket aan zorg- en dienstverlening voor diverse leeftijdscategorieën en zorgbehoeften: extramurale diensten in de vorm van thuiszorg, uitleen van hulpmiddelen, jeugdgezondheidszorg, kraamzorg en kinderopvang en intramurale diensten in de verzorgingshuizen en verpleeghuizen (www.evean.nl). In juli 2007 legden deze Evean Groep, Stichting Philadelphia Zorg en Woonzorg Nederland hun plannen voor een bestuurlijke fusie voor aan het ministerie van VROM en de NMa. Deze fusie zal bij toestemming leiden tot een supraregionale 'zorgkolos' genaamd Benjamin (NRC, juli 2007). Deze nieuwe zorgorganisatie kan dan nog meer soorten zorg leveren zoals zorg voor verstandelijk gehandicapten en ouderenhuisvesting. De bedoeling van deze schaalvergroting en differentiatie is, dat lijkt paradoxaal, het mogelijk maken van kleinschalige zorg waarbij ouderen en gehandicapten zoveel mogelijk normaal kunnen blijven wonen met de benodigde voorzieningen dicht bij hen in de buurt.

De vorming van steeds grotere zorginstellingen, die meer verschillende typen zorg leveren op verschillende locaties, leidt ertoe dat de beheersbaarheid van de organisaties vanuit één centraal punt vermindert, er zijn andere besturingsvormen, en -vaardigheden nodig (De Jong, 2000). Bestuurders van deze grote en complexe zorginstellingen kunnen niet anders dan op afstand sturen, al was het alleen maar op fysieke afstand. Maar zij staan ook voor een steeds complexere taak, want door al die verschillende soorten zorg de organisatie binnen te halen ontstaat er intern een diversiteit die op elkaar afgestemd en passend aangestuurd moet worden. Het verschil is de organisatie binnengehaald en deze integratie leidt intern vaak weer tot fragmentatie (Fabbricotti, 2007).

Om de kwaliteit in deze grote organisaties op de verschillende locaties die verschillende soorten zorg leveren te kunnen waarborgen en controleren, wordt steeds meer gebruikt gemaakt van voorgeschreven manieren van werken in de vorm van protocollen en standaarden.

2.4 Standaardisatie

Georganiseerde zorg, zorg voor grote groepen patiënten en cliënten, kunnen we beschouwen als dienstverlening. Dienstverlenende organisaties staan in direct contact met de samenleving; in dienstverlening vormt de transactie waarbij de klant meestal zelf lijfelijk aanwezig is, de kern van het primaire proces (Hasen-

feld, 1983; Gastelaars, 1997). Het doel van de transactie in de dienstverlening is het teweegbrengen van een toestandsverandering bij het object waar de dienstverlening op gericht is, de 'klant'. Die neemt daar zelf meer of minder actief aan deel, als een 'co-producent'. Maar doordat de klant in staat is te reageren en daarmee de transactie kan beïnvloeden, pakt het effect van de dienstverlening vaak anders uit dan van tevoren was bedacht. De uitkomst wordt individueel bepaald in het communicatieve proces tussen dienstverlener en klant. De invulling van de dienst is dus sterk situationeel bepaald, waardoor het 'product' van dienstverlening variabel is. In het uiteindelijke 'product' de geleverde zorg zijn de dienstverleners zelf, de patiënt en het proces van dienstverlening de belangrijkste vormgevers. De dienstverlenende transactie is moreel beladen, omdat er bij klant en uitvoerenden verschillende verwachtingen kunnen leven en omdat er maatschappelijke verwachtingen bestaan die de waarden vormen waarop de organisatie ten aanzien van haar maatschappelijke taak afgerekend wordt (Gastelaars, 2006). Zo leveren bijvoorbeeld in de zorg de dienstverleners, professionals, niet alleen zorg aan individuele patiënten, maar ook een bijdrage aan de gezondheidstoestand van de bevolking. Klanten, in de zorg zijn dit patiënten, verwachten de beste zorg, maar de verantwoordelijkheid van de professionals stijgt uit boven de wensen en noden van de individuele patiënt. In directe interactie met de patiënt bepalen de professionals de aard, de hoeveelheid en de kwaliteit van de dienstverlening van hun organisatie. Het is aan de uitvoerenden om de kernwaarden van de organisatie toe te passen in een transactie ten behoeve van de individuele klant. In het directe contact tussen dienstverlener en klant wordt vorm gegeven aan de maatschappelijke opdracht van de organisatie en aan de professionele normen waaraan de individuele beroepsbeoefenaar moet voldoen.

Het beschouwen van zorg als dienstverlening kan het wezen van zorg tekort doen. In dienstverlening staat 'toestandsverandering' centraal. Zo komt het dat in de zorg dienstverlening al gauw wordt geassocieerd met interventies zoals repareren en genezen. Daarmee is er, volgens Baart (2004), onvoldoende ruimte voor die andere essentiële zorgaspecten als troost en hulp. Baart noemt deze meer aandachtige manier van zorgverlenen 'presentie' en hij stelt presentie tegenover interventie. Ook als er geen toestandsverandering lees: genezing – mogelijk is, bijvoorbeeld bij een chronische ziekte of in het geval van een stervende patiënt, is zorg onontbeerlijk. Baart zegt daarmee iets belangrijks, maar wel vanuit een beperkte kijk op toestandverandering. De toestandverandering kan namelijk ook simpelweg betekenen dat de patiënt zich prettiger voelt dan vóór de transactie, bijvoorbeeld doordat hij zijn verhaal kwijt kon bij iemand die naar hem luisterde of omdat haar haren eindelijk weer eens gewassen zijn. De beperkingen van het begrip dienstverlening in acht nemend, wordt het hier

als theoretisch model voor de uitvoering van zorg opgevoerd, omdat er een belangrijk besturingsvraagstuk uit naar voren komt: de 'discretionaire ruimte' (Lipsky, 1980; Alvesson, 2004; Gastelaars, 2006).

2.4.1 *Discretionaire ruimte*

De specifieke situatie, waarin uitvoerenden bij hun handelen een zekere autonomie hebben om de kernwaarden van zowel hun organisatie als hun beroep toe te passen in de individuele relatie met de klant of de patiënt, noemt Lipsky (1980): 'discretionaire ruimte' en die is te vergelijken met wat we in de zorg 'professionele autonomie' noemen. Noordegraaf (2004) definieert professionele autonomie als: 'de discretionaire ruimte die beroepsbeoefenaren aanwenden om algemene kennis op specifieke gevallen toe te passen'. Discretionaire ruimte in een organisatie betekent ruimte in gebondenheid, een beslissings- en handlingsruimte binnen gegeven kaders, een beperkte handelingsvrijheid.

Het probleem nu is dat in dienstverlenende organisaties het organiseren en controleren van het werk van uitvoerenden, zeker als zij experts zijn op hun vakgebied, lastig is. Het professionele werk is zo complex, er zijn zoveel specifieke vaardigheden vereist en het resultaat ervan is erg moeilijk meetbaar te maken (Realin, 1985). Bestuurders en managers in dienstverlenende organisaties kunnen daardoor eigenlijk niet veel invloed uitoefenen op de werkelijke uitvoering van de dienstverlening. Het bestuurlijk omgaan met de discretionaire ruimte tussen beleid en uitvoering is daarom volgens Lipsky dé grote uitdaging in de publieke dienstverlening. Zoals we eerder zagen is er een verschil tussen en 'zorgen voor'. Bestuurders en managers die zorg organiseren - zorgen dat - kunnen de daadwerkelijke zorg niet direct met hun dirigeerstokje regelen en zij kunnen ook niet bij het verlenen van zorg aanwezig zijn om de kwaliteit te ervaren, zoals een dirigent bij de uitvoering van het concert. Zij zitten niet aan de knoppen en het stuur, zoals de metaforisch uitgebeelde bestuurder in de cockpit, maar zullen in de wijze waarop zij besturen, op één of andere manier omgaan met de discretionaire ruimte die uitvoerenden nu eenmaal hebben, zij moeten besturen op zekere afstand.

2.4.2 *Controle en kwaliteitsborging*

Het zeer specialistische werk van zorgverleners is vanuit het management dus moeilijk aan te sturen en te controleren. Echter juist de superspecialisatie van professionals, of anders gezegd de afstand *tussen* de professionals, maakt de coördinatie van zorgprocessen, bijvoorbeeld door ze te organiseren in 'zorgketens' en 'zorgstraten', noodzakelijk. Daarbij kan het handelen van zorgprofessionals, vanwege de discretionaire ruimte, eigenlijk alleen gestuurd wor-

den door het professionele handelen te omschrijven en voor te schrijven door middel van richtlijnen en protocollen (Germov, 2005). Standaardisatie van kennis en vaardigheden vergroot de mogelijkheid tot institutionele controle op de beroepsuitoefening, met als doel meer zicht en grip te krijgen op het werk dat de professionals verrichten (WRR, 2004). Om met Foucault te spreken: standaarden disciplineren en maken het uitoefenen van invloed op afstand mogelijk (Foucault, 1978; Bowker & Star, 1996; Higgins & Hallström, 2007). Standaarden, richtlijnen en protocollen zijn steeds meer wetenschappelijk onderbouwd en hebben tot doel de kwaliteit van het handelen van de zorgverleners te waarborgen. Standaardisatie van eenduidige zorgprocessen, in de vorm van bijvoorbeeld zorgpaden, zorgt voor efficiënte en kwalitatief hoogstaande zorg, een voorbeeld daarvan zijn de goedlopende 'mammapoli's' waar vrouwen die leiden aan borstkanker kwalitatief hoogstaande zorg ontvangen (De Graaf e.a., 2002).

Standaarden hebben een voorgeprogrammeerde handelingsstructuur, waarmee zij de professionals enerzijds ondersteunen, maar anderzijds ook de kans kunnen ontnemen om zelf na te denken en daarbij de individuele en situationele afwegingen te maken die hun handelen zouden moeten sturen. De voorschriften dreigen daardoor volgens sommigen (Van den Brink e.a., 2005) het echte vakmanschap uit te hollen, terwijl zij juist zijn bedoeld om professionals houvast te geven in hun moeilijke werk. De onvoorspelbaarheid van individuele zorgtrajecten pleit tegen het standaardiseren van zorg, maar de paradox is dat juist die onvoorspelbaarheid en de handelingsruimte standaardisatie, met name voor beginnende beroepsbeoefenaren, nodig maken (Bal & De Bont, 2005).

Standaarden in de zorg, in de vorm van nuttige protocollen en richtlijnen, lijken soms te veel als controlemiddel in plaats van als hulpmiddel voor verbetering gebruikt te worden (Timmermans & Berg, 2003:205). Daarbij gaat standaardisatie van zorg veelal gepaard met een toename van administratieve druk voor zorgverleners. Zij moeten hun handelen meer en meer schriftelijk vastleggen en verantwoorden. Aan deze toename van registratie en verantwoording zijn zorgprofessionals steeds meer tijd kwijt (Kanters e.a., 2004), tijd die zij dus niet aan de directe patiëntenzorg besteden, maar aan de computer in het kantoor. Dit leidt tot klachten in het veld over het vele papierwerk. Dit wordt de 'toenemende bureaucratie' genoemd wordt en die zou de kwaliteit van zorg eerder verminderen dan verbeteren (Harrison, 2004; Van den Brink e.a., 2005). Managers en bestuurders worden, omdat zij om moeten gaan met de discretionaire ruimte die inherent is aan de uitvoering van zorg, beticht van controledrang en het opzetten van controlesystemen waarmee zij de bureaucratie aanjagen en de zorg ook volgens managementcriteria vormgeven (Bowker

& Star, 1996). Interessant in dit kader is dat kwaliteit van zorg pas aandacht kreeg toen de nadruk op kostenbeheersing gelegd werd: in het rapport van de commissie Dekker in 1987 werd voor het eerst expliciet aandacht besteed aan kwaliteit (De Gooijer, 2005). Hoewel standaardisatie vaak ook ingezet wordt vanuit de professionals en hun beroepsverenigingen zelf (Abbot, 1988; Bowker & Star, 1996; Timmermans & Berg, 2003), wordt het veroorzaken van de toenemende administratieve last door standaardisatie toegeschreven aan de managers. Doordat de standaarden vaak normatief en niet voldoende aan de specifieke situatie aangepast zijn, waardoor zij de professionals te weinig handelingsruimte laten, worden standaarden als beklemmend ervaren (Bowker & Star, 1996; Zuiderent-Jerak, 2007). De voorschriften passen niet naadloos op de problemen die de zorgverleners in hun dagelijkse praktijk tegenkomen, daarom ervaren zij het administratieve werk dat zij op grond van de standaardisatie moeten verrichten ook vaak als nutteloos. Zij bestempelen dit als toenemende bureaucratie welke met name door de niet-passendheid wordt toegeschreven aan 'de kloof' tussen zorgbesturing en zorgverlening. Bestuurders en managers krijgen de verwijten, zij weten niet genoeg van de zorg, maar schrijven wel de wet (standaarden) voor.

Standaarden zijn niet alleen gericht op het uniformeren van vaardigheden maar ook op het organiseren en coördineren van de logistieke en procesmatige kant van de zorgprocessen. Door de toenemende specialisatie in de zorg is het beschrijven en uitlijnen van het zorgproces en de onderlinge afstemming belangrijker geworden. Protocollen en standaarden die gericht zijn op multidisciplinaire zorgprocessen kunnen professionele domeinen aan elkaar koppelen (Timmermans & Berg, 2003; Vissers & De Vries, 2005). Daarmee zien we dat het effect van standaardisatie op de verschillende afstanden in de zorg niet eenduidig is.

2.5 Specialisatie

Wanneer verschillende beroepen zich specifieke kennis toe eigenen ontstaan kennisdomeinen. Dat heeft het voordeel dat kennis en vakmanschap in dat specifieke domein groeit, maar het nadeel is dat er tegelijkertijd ook een versnippering van kennis over het grote geheel ontstaat. Door vergaande specialisatie trekken de zorgprofessionals zich terug op hun eigen professionele domein. Op grond daarvan ontstaan er werelden van verschil tussen de verschillende gespecialiseerde zorgprofessionals. De vergaande specialisatie en professionalisering van zorgverleners brengt een zekere 'instrumentalisering' met zich mee, hetgeen de relatie tussen zorgverlener en patiënt kan verzakelijken, maar ook kan verenigen. Ook tussen zorgverleners en zorgmanagers ontstaat een schei-

ding die gebaseerd is op verschillende paradigma's die verbonden zijn met het eerder beschreven 'zorgen voor' en 'zorgen dat', en zorgbestuurders hebben zich steeds meer gespecialiseerd en geprofessionaliseerd.

2.5.1 *Specialiserende zorgbestuurders*

De besturing van de zorg is historisch gezien verschoven van particulier zelfbestuur naar, door de overheid gereguleerd, professioneel bestuur (De Swaan, 1985; Lammers e.a., 1997; Van der Grinten & Kasdorp, 1999). Deze, maar ook andere historische veranderingen zijn terug te vinden in de voortgaande specialisatie van directie en bestuur van zorgorganisaties. Besturend zusters, veranderden in geneesheer-directeuren, deze veranderden in economisch directeuren en rond 2002 worden zorgorganisaties bestuurd door zorgbestuurders. Hoe die specialisatie geleid heeft tot zorgbestuurders als 'hybride' professionals, die zich laten reguleren door zowel hun beroepsgroep als de organisatie (Noordgraaf & Meurs, 2002), komt naar voren in een korte historische beschouwing.

In het gasthuis in het West-Europa van de middeleeuwen, verzorgden de mannelijke en vrouwelijke leden van de religieuze gemeenschap zieken en gehandicapten. Medische behandeling was een ondergeschikte aangelegenheid, de stadschirurgijn werd maar zelden geconsulteerd (Querido, 1974). Na 1200 verloor de kerk haar invloed op de gasthuizen en kwam het bestuur in handen van particuliere regenten en regentessen. De religieuzen verdwenen uit de gasthuizen en hun taak werd overgenomen door 'Vaders' en 'Moeders'. Deze verdeelden hun werk als volgt: de vader had de gebouwen en het werkvolk onder zijn verantwoordelijkheid, de moeder zorgde voor het (vrouwelijk) personeel en het werk op de verpleegafdelingen. De betekenis, kennis en kunde van de gasthuisdokters werd in die tijd langzaamaan groter, waardoor er steeds meer acute zieken in de gasthuizen werden opgenomen. Het ontbrak het personeel echter aan specifieke kennis over deze patiëntencategorie. De periode van 1560 tot ca 1800 was daardoor een 'donkere tijd' in de geschiedenis van de ziekenverpleging (Meurs, 1982).

Het Réveil van de negentiende eeuw (1815 - 1865) met de opleving van het Christelijk denken in Europa, was belangrijk voor de verbetering van het lot van de zieken. Naast liefde en liefdadigheid werden nobele principes. Er werden vrouwen uit 'de beschaafde stand' gezocht die de oude diaconessentaak weer konden opnemen. Deze nieuwe diaconessen werden streng geselecteerd en opgeleid. Zieken verplegen werd voor vrouwen uit de hogere kringen een mogelijkheid tot het uitoefenen van een zelfstandig beroep. Hetzelfde gold voor het besturen van de gasthuizen. Vanaf 1840 waren het de zusters, in de

diaconessenhuizen de Besturend Zusters en elders Directrices of Moeder Oversten, die de scepter zwaaiden (Stoopendaal, 2004). Tegelijkertijd vond, aan het einde van de negentiende eeuw, door de vooruitgang van de medische wetenschap, een verschuiving plaats van op liefdadigheid gebaseerde sociale opvang naar medische zorg. In de ziekenhuizen lagen vanaf die tijd niet meer alleen de armen, maar ook welgestelden (Meurs, 1982).

In deze ontwikkeling gingen de artsen een centrale plaats in het ziekenhuis innemen, zij werden bijgestaan door verpleegkundigen. De geneesheren werden een belangrijke partij en de leiding van het ziekenhuis kwam daarmee in handen van de Geneesheer-Directeur.

Rond 1930 stelden steeds meer ziekenhuizen een administrateur aan. Deze administrateur of econoom ging rond 1950 als machtspartij een rol spelen in het bestuur van het ziekenhuis. Na de tweede wereldoorlog werd het recht op gezondheidszorg een sociaal grondrecht, en ontstonden sociale verzekeringswetten. De ziekenhuizen groeiden door de verbeterde toegankelijkheid en financiering van zorg (bijvoorbeeld het ziekenfondsbesluit in 1941) en de ontwikkeling van de medische wetenschap. Schaalvergroting en complexiteit leidden tot andere bestuursvormen waarmee de meerhoofdige directie rond 1960 zijn intrede deed met veelal een Medisch- en een Economisch Directeur en een Verpleegkundig (Adjunct) Directrice. Rond 1970 ontstond de functie van Algemeen Directeur. In diezelfde tijd verbonden de medisch specialisten zich aan een ziekenhuis en ontstond ook de Medische Staf (Meurs, 1982, Kruijthof & Stoopendaal, 2005). In deze tijd veranderde de naam van Geneesheer-Directeur in Medisch Directeur. Kenmerkend was in de naoorlogse periode de toename van het staatstoezicht dat zich vanaf 1970 vooral richtte op het in de hand houden van groei en kosten van de gezondheidszorg. (Van Lieburg 1978; 1990; 1992; 1997; Huizenga, 1991; Dankers, 1996; Jongstra, 1996). De algemeen directeuren veranderden vervolgens rond 2000 in bestuurders en de meerhoofdige directies in Raden van Bestuur. Omdat als gevolg van schaalvergroting en professionalisering van de organisatie het klassieke besturingsmodel van zorgorganisaties als stichtingen met een stichtingsbestuur niet meer voldeed, deed de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD) in 1983 een voorstel voor een nieuwe bestuursstructuur. In dit raad-van-toezichtmodel zijn directies Raden van Bestuur geworden en wat vroeger het bestuur was, is nu de Raad van Toezicht (Commissie Health Care Governance, 1999). Ook in de andere sectoren van de gezondheidszorg veranderden, als gevolg van voor die sectoren, specifieke historische verschuivingen, directeuren in zorgbestuurders. In 2005 is 82 procent van de onderzochte NVZD populatie lid van een Raad van Bestuur ten opzichte van 69 procent in 2002 (Van der Scheer e.a., 2007).

Deze historische schets in vogelvlucht laat zien hoe de ontwikkeling in de bestu-

ring van de zorg vorm kreeg in veranderende bestuurders. Besturend zusters werden vervangen door geneesheer-directeuren, daarna deelden medisch- en economisch directeuren de macht en zij maakten plaats voor de meer hybride algemeen directeuren die hun functienaam vervolgens veranderden in 'zorgbestuurders' (Noordegraaf & Meurs, 2002; Noordegraaf, 2007). In deze raden van bestuur zijn de professionele achtergronden van de bestuurders niet meer te herkennen.

2.5.2 Professionaliserende zorgbestuurders

Zorgbestuurders van nu scholen en vormen zich meer en meer als professionele managers/ bestuurders (Noordegraaf et al, 2002; Noordegraaf & Meurs, 2002). Deze professionalisering bestaat ten eerste uit de ontwikkeling van een specifieke technische basis van benodigde bestuurlijke kennis en vaardigheden, ten tweede uit het ontstaan van een eigen beroepsdomein met een vereniging, een tijdschrift, een salarisschaal en een specifieke beroepshouding die is vastgelegd in de beroepscode. De benodigde kennis en kunde wordt steeds meer geïnstitutionaliseerd, gereguleerd en gecontroleerd door de beroepsgroep zelf. Er is echter nog geen eenduidige initiële opleiding voor zorgbestuurders. Het biografische profiel van zorgbestuurders, dat naar voren kwam uit twee grootschalige enquêtes onder Nederlandse zorgbestuurders (Noordegraaf e.a., 2002; Van der Scheer e.a., 2007) leerde ons dat minder dan de helft van de hedendaagse zorgbestuurders primair was opgeleid in een zorgberoep. Onafhankelijk van het type vooropleiding volgden de meeste bestuurders meerdere verschillende typen managementopleidingen waarvan de meeste gericht zijn op het vergroten van de financiële- en bedrijfsmatige kennis (Van der Scheer e.a., 2007; zie ook Van der Meulen, 2006). Het merendeel van de bestuurders deed de werkervaring op binnen de zorg. De meeste zorgbestuurders, achtenzeventig procent, werkten vóór hun huidige functie in andere managementfuncties binnen de zorg. Van meer dan de helft, voltrok de gehele managementcarrière zich in de zorg, in gelijksoortige of in andersoortige zorginstellingen. Zorgbestuurders zijn zowel binnen als buiten de zorg opgeleid, maar wel grotendeels in de zorgsector 'opgegroeid'. Hun socialisatie voltrekt zich echter vooral in de wereld van management en administratie, waar een andere rationaliteit heerst en waar andere taal gesproken wordt dan in de uitvoering van de zorg. Deze socialisatie bevestigt en versterkt de, in het begin van dit hoofdstuk onderscheiden afstand tussen 'zorgen dat' en 'zorgen voor'. In de zorgorganisaties, tijdens de praktijk van alle dag zijn die twee manieren van je met zorg bezig houden uit elkaar getrokken. Zorgbestuurders en zorgverleners hebben verschillende taken en zij zijn verschillend opgeleid. Dat maakt dat zij hun werk beschouwen en verrichten vanuit verschillende denkkaders. Het denkkader

– of professionele paradigma – van de bestuurders en managers is steeds meer gebaseerd op een ‘economische/bestuurlijke’ rationaliteit, en dat van de zorgverleners op een ‘zorginhoudelijke’ rationaliteit (Freidson, 2001; Harrison & Pollit, 1994). Op basis van de verschillende opleidingen, ervaringen en taken, raken management en werkvloer gescheiden van elkaar. Door deze scheiding hebben bestuurders vaak alleen nog persoonlijk contact met de topmanagers uit de eigen of andere organisaties (Trice & Beyer, 1993). De uitkomsten van het onderzoek naar zorgbestuurders (Noordegraaf e.a., 2002; Van der Scheer e.a., 2007) bevestigden dit, de ‘managerial’ contacten namen toe bij groei van de organisatie (Noordegraaf e.a., 2005).

Dat zien we in de dagelijkse werkelijkheid van de zorgorganisaties terug: leidinggevendenden begeven zich te weinig op de werkvloer, zo beschrijft The (2004) in haar onderzoek van het leven in een verpleeghuis en ook Kruijthof (2005), die medisch specialisten bij hun werkzaamheden volgde, kwam op de werkvloer bestuurders noch managers tegen.

Gesteld kan worden dat hedendaagse zorgbestuurders mobiel zijn binnen, maar niet buiten, hun eigen zorgsector. Zij zijn gespecialiseerde generalisten. Zo zien we de identiteit van zorgbestuurders veranderen van een volledig ingebedde identiteit van de medisch directeur en de duidelijk begrensde identiteit van de economisch directeur tot de ‘hybride’ identiteit van zorgbestuurder. We zien ook dat het aantal vrouwelijke bestuurders in de loop van de historie is afgenomen en dat steekt schril af tegen de grote aantallen (bijna negentig procent) vrouwelijke zorgprofessionals. Zorgbestuurders raken door hun specialisatie meer betrokken bij de financiële en organisatorische aansturing van de zorg dan bij de inhoud ervan en de zorgbestuurder komt hierdoor verder af te staan van het domein van de zorgprofessionals: het primaire proces.

2.6 Sturing

Het is belangrijk te onderkennen dat er in dienstverlenende organisaties, vanwege de eerder in dit hoofdstuk beschreven discretionaire ruimte zich altijd afstand zal voordoen tussen beleid en uitvoering. Het werk van zorgverleners kan, gezien de aard en complexiteit van het werk nooit direct door derden worden aangestuurd. Dit levert spanning op tussen de autonomie van de professional en de eisen van of aan de organisatie (WRR, 2004). Maar daarenboven wordt sinds 1980 in de zorg, in navolging van de publieke sector, een bedrijfsmatige manier van sturen toegepast, ook wel New Public Management (NPM) genoemd, die deze afstand tussen beleid en uitvoering juist benadrukt en stimuleert.

2.6.1 *New Public Management*

Noordegraaf (2004) definieert New Public Management als 'een laattwintigste-eeuwse manifestatie van publiek management, waarin management in het publieke domein als het bedrijfsmatig runnen van organisaties wordt voorgesteld'. NPM komt voort uit het neoliberale gedachtegoed dat ten eerste een terugtrekkende overheid nastreeft, ten tweede ruimte geeft aan marktwerking in publieke organisaties en ten derde sterk inzet op controle van het werk van professionals door middel van metingen. 'Decentralisatie van verantwoordelijkheden', 'sturen op hoofdlijnen' en 'sturen op afstand' zijn de uitgangspunten, waarbij de afstand tussen de verantwoordelijkheid voor beleid en de verantwoordelijkheid voor uitvoering juist wordt nagestreefd. Managers worden vanuit deze NPM school gezien als generalisten, die geen specifieke kennis van het bedrijf of de sector hoeven te hebben, maar met hun MBA opleiding overal kunnen werken (Mintzberg, 2004). Deze ontwikkeling in de publieke sector, waarbij professionele managers (Noordegraaf, 2006) de controle op de professionals trachten te versterken, wordt ook wel als 'managerialism' (Parker, 2002) beschreven.

Vanuit NPM (Hood, 1991; Pollitt, 2003; Noordegraaf, 2004) wordt gestreefd naar het bedrijfsmatig opvoeren van effectiviteit en efficiëntie van publieke dienstverlening, daartoe worden publieke organisaties opnieuw gestructureerd in bedrijfseenheden of divisies, wordt competitie ingevoerd en worden als sturingsmethoden prestatie indicatoren, strategische planning en contract- en outputsturing ingezet. Het uitgangspunt is dat onzekerheden beheerst kunnen worden door op grond van rationele analyses plannen te maken en vervolgens de uitvoering van deze plannen te controleren door middel van allerlei meetsystemen (Bevan & Hood, 2006; Noordegraaf & Abma, 2000). De ideeën van 'New Public Management' (NPM), afkomstig uit de Verenigde Staten en Engeland en daarom ook wel de Angelsaksische manier van sturen genoemd (Peters & Pouw, 2005; Brouwer & Moerman, 2005), drongen in de jaren '80 in Nederland door. Nederlandse openbare instellingen werden massaal gereorganiseerd naar het model van NPM, en dat hield in dat beleid en uitvoering scherp gescheiden werden (Kickert, 2002; WRR, 2004). Er wordt zelfs gesproken over een 'gespleten' stroming, waarin een voortdurende spanning merkbaar is tussen centrale controle en decentrale vrijheid (Noordegraaf, 2004). Publieke organisaties, die van origine waarde - en niet outputgedreven zijn, gingen over op dit soort bedrijfsmatig werken, de bestuurders werden 'publieke ondernemers', er werd gereorganiseerd en naar manieren gezocht om de publieke dienstverlening op output te kunnen meten en sturen (Noordegraaf, 2000).

2.6.2 Bedrijfsmatig sturen in de zorg

Wij zien dit veranderde sturingsparadigma ook postvatten in het bestuur van de gezondheidszorg. Hoe dubbelzinnig het idee van bedrijfsmatigheid en marktwerking in eerste instantie uitpakte in de gezondheidszorg, beschreef Putters (2001) in zijn dissertatie 'geboeid ondernemen': initiatieven van ondernemende zorginstellingen werden direct weer door de overheid teruggefloten. De zorg bleek geen vrije markt, maar nog een steeds door de overheid gecontroleerd domein. Toch leverde het idee van de vrije markt iets op waarmee de overheid dacht zowel de kwaliteit als efficiency te verhogen, dat was de concurrentie tussen de zorgorganisaties. Concurrentie werd mogelijk gemaakt en gestimuleerd en tegelijkertijd, vanwege de maatschappelijke waarde van zorg, aan banden gelegd in een systeem van 'gereguleerde concurrentie', waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen door de overheid gestelde kaders 'maatschappelijk ondernemend' kunnen zijn (Van der Grinten & Kasdorp, 1999; Van der Grinten e.a., 2004). Vanuit dit nieuwe bedrijfsmatige sturingsparadigma zijn termen als 'concurrentie', 'product' en 'markt' doorgedrongen tot op de werkvloer van zorg, waar zij voor zowel zorgverleners als patiënten, vervreemdend werken. De patiënt die halsoverkop in het ziekenhuis is terecht gekomen, ervaart het ziekenhuis helemaal niet als een markt met producten waaruit vrij te kiezen valt (Mol, 2006). Overigens gaan patiënten zich desondanks wel meer als klanten, soms kritische klanten, opstellen. Deze ontwikkeling heeft voor- en nadelen. Vanaf 1980 gingen zorgorganisaties over op het veranderen van directies van zorgorganisaties in raden van bestuur, deze verandering van de topstructuur werd gevolgd door 'kanteling' van de structuren (Noordegraaf e.a., 2002; Hendriks e.a., 2003; Van der Scheer, 2007). Kanteling kwam voort uit de idee van business proces redesign (BPR), een alomvattend herontwerp van bestaande activiteiten, bedoeld om de verkokering op basis van de functionele, op arbeidsdeling gebaseerde organisatie te doorbreken om klantgerichter te werken en om uiteindelijk, natuurlijk, de efficiency op te voeren. Er werden, ook om de efficiency op te voeren, planning- en controle systemen ontwikkeld en werden mogelijkheden gezocht om op output te sturen. Hierdoor ontstond veel aandacht voor standaardisatie van het werk, voor de wetenschappelijke grond van behandelingen het zogenaamde 'evidence based' werken, de ontwikkeling van talloze kwaliteitssystemen en werd er steeds meer gewerkt met prestatie-indicatoren (De Bruijn, 2003). Deze meetinstrumenten zijn belangrijk omdat bij 'sturen op afstand' de directe vorm van toezicht houden niet gebruikt wordt, maar er toch gecontroleerd moet worden. Meetinstrumenten maken controleren op afstand mogelijk.

2.7 Tegenbewegingen

Door de tendensen schaalvergroting, standaardisatie, specialisatie van zorgverlening en zorgbestuur, en de veranderingen in het besturingsparadigma komen zorgbestuurders steeds verder af te staan van de daadwerkelijke uitvoering van zorg. Zij raken 'los' van de werkvloer. Bedrijfsmatig gezien is dit een logische en misschien ook wenselijke gang van zaken. Maar in de publieke sector (gezondheidszorg, onderwijs, overheid) levert deze ontwikkeling tegenbewegingen in de zin van kritiek op schaalvergroting, op standaardisatie en specialisatie en op het bedrijfsmatige aansturen van publieke organisaties (Fresco, 2003; Meurs & Van der Grinten e.a., 2005; Verbrugge, NRC 2006; Tjeenk Willink, 2006). Managementtaal en het 'vrije markt' jargon worden steeds meer gebruikt, maar wekken in de zorg ook veel wrevel op en eigenlijk verergeren volgens sommigen de bestuurlijke oplossingen – sturen op afstand – het probleem.

Wat betreft de schaalgrootte van zorgorganisaties laten verscheidene benchmark studies zien dat kleinere zorgorganisaties beter presteren dan grote. Dit komt elk jaar weer naar voren uit de studies die Roland Berger (2007) en Elsevier verrichten naar de zorg die ziekenhuizen leveren. Kleine ziekenhuizen met een omzet kleiner dan 75 miljoen euro presteren beter dan de grote ziekenhuizen (omzet groter dan 125 miljoen euro). Ook uit een benchmark in 2000 onder alle 118 organisaties in de thuiszorg bleek dat kleinere organisaties beter scoorden (Poerstamper, 2002), en uit de systematische vergelijking van organisaties voor gehandicapten zorg (Poerstamper, 2007) blijkt dat de grootste organisaties gemiddeld genomen het slechtst scoren. Kostenbesparende effecten van schaalvergroting in de zorg zijn niet aangetoond. Toch blijven zorgorganisaties fuseren. Volgens de opstellers van het vergelijkende rapport over de ziekenhuizen leidt deze schaalvergroting tot vervreemding onder medewerkers en patiënten doordat er in de zorgorganisaties bureaucratische tussenlagen ontstaan.

Standaardisatie en sturen op afstand zijn sterk met elkaar verweven. In kritiek op de hang naar standaardisatie noemt de antropoloog Scott (1998) de tijd waarin NPM hoogtij viert 'high modernism', hierin wordt geplande en georganiseerde orde superieur geacht boven historisch gegroeide differentiatie. De oorsprong van deze visie is autoritair en technocratisch en faalt volgens Scott doordat praktijkkennis wordt uitgeschakeld. Het uitschakelen van de praktijkkennis leidt tot vorming van abstracties van het werk, standaarden en protocolen, die geen recht doen aan de complexiteit van de dagelijkse praktijk (Seely Brown & Duguid, 1995). De auteurs baseren zich hierbij op een etnografisch onderzoek naar het werk van servicemonteurs van Orr (1997). Dit onderzoek laat zien dat het werkelijke werk afwijkt van de handboeken, trainingspro-

gramma's en functiebeschrijvingen die in organisaties in omloop zijn. Door te vertrouwen op abstracties van het dagelijks werk van hun medewerkers, ontwikkelen managers een conceptuele visie die niet overeenkomt met de werkelijkheid. Door vanuit deze visie te gaan organiseren loopt de manager de kans het werk eerder tegen te werken dan te faciliteren. Dat dit ook voor de zorg geldt, is beschreven door Zuiderent-Jerak (2007) die pleit voor een betere situering van standaarden. Een andere kritiek is dat er door al het standaardiseren en controleren en ware audit-neurose op gang is gebracht (Trappenburg, 2006). Het is niet duidelijk of deze verhoogde neiging tot meten en afrekenen, gelijk stemmen en transparant maken, nu het vertrouwen of juist het wantrouwen tussen managers en professionals stimuleert. Wel is duidelijk dat het een hoop papierwerk genereert.

Verschillende auteurs (Tonkens, 2003; Jochemsen, 2005; Mol, 2006; Vogd 2006) stellen op basis van eigen onderzoek dat er, door specialisatie en standaardisatie een 'instrumentalisering' van zorg optreedt waarbij de hulpverlening afstandelijker wordt. In de instrumentele opvatting van zorgverlening trekt de professional zich namelijk terug in een functionele benadering van het probleem of op het enge professionele domein, en krijgt de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener een juridisch (zie ook Van der Grinten & Vos, 2004) en afstandelijk karakter. Dit komt naar voren in het handelen, maar ook in het taalgebruik van zorgverleners. Veranderingen in *taal* zijn een uiting van de manier waarop maatschappelijke tendensen postvatten. Hoewel een groot deel van de zorg 'verbijsterend alledaags' is (Baart, 2004), is de zorgtaal van nu dat bepaald niet. Naast het medische jargon, dat niet zo alledaags is en lastig te begrijpen voor leken, is er ook een 'route-technisch' zorgjargon, dat gaat over signalering, aanmelding, zorgdossier, trajectbegeleiding, behandelroute, screening, intakes. Daarbij bedienen bijvoorbeeld transferverpleegkundigen en ergotherapeuten zich tegenwoordig van een financieel-organisatorisch zorgjargon. Zij spreken over WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning), AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), zorgkantoren, subsidieregelingen, indicatiestellingen. Die begrippen zijn natuurlijk nodig voor de uitleg van de organisatorische en financiële structuren van de zorg, maar dáár zit de familie van een patiënt die thuis wil sterven meestal niet op te wachten. De verzakelijking in de zorg wordt ook vaak als afstandelijkheid aangeduid en komt enerzijds voort uit het door specialisatie verengde blikveld maar anderzijds ook doordat de professionals de bedrijfsmatige taal van de managers zijn gaan spreken. Als dit de uitkomst is van hybridisering, de vermenging van professionele en managerial waarden, die sommige auteurs voorstaan (Van Hout e.a., 2007), dan lijkt heroverweging van deze despecialiserende beweging op zijn plaats.

Van meerdere kanten is er scherpe kritiek geuit op de bedrijfsmatige manier van sturen in publieke organisaties zoals zorgorganisaties. Het afrekenen op resultaten is in de publieke sector moeilijk te realiseren, en er worden kritische vragen bij gesteld (Boin e.a., 2003; De Bruijn, 2003). De vraag is of de politie nu bijvoorbeeld beter of slechter werkt als zij afgerekend worden op de hoeveelheid bonnen die zij uitschrijven. Ook de vermindering van ligduur in een ziekenhuis is niet altijd nastrevenswaardig en de kwaliteit van zorg kan eigenlijk niet alleen maar in cijfers weergegeven worden. Mintzberg schrijft in 1996 al een aanklacht tegen het zonder meer overnemen van bedrijfsmatige principes in publieke organisaties, hij ontkracht daarbij een aantal managementmythes, onder andere die van het objectieve meten. Al eerder, in 1983, waarschuwde hij tegen de invoering van het divisiemodel in de publieke sector, omdat daar vanwege de waardengeladenheid van dienstverlening, divisies nooit afgescheiden kunnen worden. Mintzberg (1996) pleit voor een besturings-model voor publieke organisaties zoals de zorg, dat gebaseerd is op normatieve controle en dat uitgaat van waarden en visies in plaats van getallen. Mintzberg vindt dat managers, zeker managers in de zorg, zich meer zouden moeten verbinden met het primaire proces van de organisatie, hij noemt dit 'Covert Leadership' (Mintzberg, 1998). En in 2004 geeft hij een vernietigende kritiek op generalistische managers die zijn opgeleid als Master of Business Administration (MBA). Volgens Mintzberg werken deze managers aan exploitatie en niet aan exploratie, missen zij de kennis van de primaire processen en zijn vooral op hun eigen gewin en carrière uit. Ook Sayles (1993) leverde kritiek op het heersende managementdenken (GAMP: 'Generally Approved Management Principles') dat volgens hem niet meer past in deze tijd. Deze manier van denken creëerde volgens Sayles, afstandelijke en functionele managers en een harde scheiding, 'een kloof', tussen het management en medewerkers. Sayles pleit voor managers die juist betrokken zijn bij de 'rommelige' kant van het werk waarin mensen verstrengeld zijn met technische beslissingen, zij moeten een diepe kennis hebben van het primaire proces en 'hands-on' managen. De uitdaging voor managers zou volgens Sayles gelegen zijn in het begrip van de verstrengeling van enerzijds de technologie van het werk en anderzijds de 'peoples issues'. Bij de managers worden immers de integratieproblemen neergelegd, zij moeten integreren en coördineren. Volgens Sayles wordt in de huidige organisaties (mee) werkend leiderschap niet voldoende gewaardeerd, en worden 'big decisions' die van een afstand zijn genomen overgewaardeerd. In Nederland houdt de WRR een pleidooi om de dienstverlening, de zorg en het engagement van de professionals in dienstverlenende organisaties centraal te stellen, en het geïnstitutionaliseerde wantrouwen, dat zich uit in toenemende controle, te verminderen (WRR, 2004). Ook andere Nederlandse auteurs stellen zich kritisch op tegen de verschillende vormen en uitwassen van

bedrijfsmatige sturing in de publieke sector (Tonkens, 2003; Baart, 2004; Van den Brink e.a., 2005; Brouwer & Moerman, 2005; Van Heijst, 2005; Peters & Pouw, 2005; Mol, 2006).

Tendensen die de afstand tussen zorgbestuurders en werkvloeren vergroten roepen tegenbewegingen op die zich juist weer richten op het overbruggen van 'kloven', het verkleinen van afstanden en het werken aan betrokkenheid. Dit is de omgeving waarin zorgbestuurders werken, een omgeving die hun voor de dubbele besturingsopdracht inzake afstand en betrokkenheid stelt.

2.8 Besturingsopdracht

Zorgbestuurders staan voor de taak de maatschappelijke behoeften aan zorg te herkennen, te erkennen en te organiseren terwijl zij door endogene en exogene tendensen van de directe zorg verwijderd zijn geraakt. Hun mogelijkheden en ruimte om te besturen worden begrensd door strikte regelgeving en krappe budgetten. Hun opdracht is *zorgen dat er gezorgd wordt voor* en daarbij moeten de kosten worden beheerst, en aan marktwerking vorm gegeven worden op een markt die geen echte markt is. Er moet gefuseerd en beconcurrereerd worden want de organisatie moet overleven. Het zorgproces is lastig aan te sturen vanwege het dienstverlenende karakter waardoor er sowieso sprake is van afstand tussen beleid en uitvoering. Die afstand is gebaseerd is op de discretionaire ruimte die professionals nodig hebben om hun vak te kunnen uitoefenen. Daarbij hebben zorgbestuurders te maken met verschillende werelden die zich in de zorgorganisaties afscheiden. Tussen de verschillende professies en typen zorg ontstaat afstand op grond van verschillen in kennis, socialisatie en taal. De schaalgrootte, de verschillende locaties en ook de organisatiestructuur leidt tot afstand tussen de verschillende afdelingen, maatschappen, divisies. Maar ook tussen de verschillende lagen van de organisaties ontstaan verschillende werelden van 'zorgen voor' en 'zorgen dat', met verschillende manieren van denken en verschillende mentale kaders. Dan is er ook nog de patiënt die klaagt over een onsaamhangende, verzakelijke en afstandelijke zorg.

Eenzijds vermindert de centrale invloed in zorgorganisaties terwijl anderzijds wordt getracht de controle te versterken, de paradox van sturen op afstand: een decentralisatie van verantwoordelijkheden waarbij de controle mechanismen (die zich meestal vertalen in toenemende formulierenstroom) juist toe- in plaats van afnemen. De praktijk van management en bestuur en de praktijk van zorg verhouden zich niet meer tot elkaar.

De vraag is: hoe sturen zorgbestuurders op afstand in grote zorgorganisaties? Hoe zorgen zij ervoor dat wat er daadwerkelijk op de werkvloer van de zorg

gebeurt in het centrum van de bestuurlijke aandacht blijft? Van zorgbestuurders wordt verwacht dat zij, terwijl zij op afstand zijn geplaatst, met dit besturingsvraagstuk weten om te gaan. De verwachting is dat zij sturen op afstand en vanuit een losgeraakte positie 'kloven' overbruggen en afstanden verkleinen; zorgbestuurders staan voor een 'dubbele opdracht'. Om zicht te krijgen op de manier waarop zij deze opdracht invullen wordt in het empirisch deel van dit onderzoek 'de zorgbestuurder gevolgd'. Om de bestuurders tijdens hun werk te kunnen volgen en een beeld te krijgen van wat afstand eigenlijk betekent is een theoretisch kader nodig. In het volgende hoofdstuk worden daartoe de begrippen distantiëring en verbinding verder uitgewerkt.

3

Distantiëring en verbinding

3.1 Inleiding

De afstand is en wordt steeds groter. Dit heeft toch sterk te maken met een groter wordende organisatie. Maar ook met de persoon van de bestuurder.

(Bron: interview zorgbestuurder GGZ, vooronderzoek Zorg met Afstand)

In het gewone taalgebruik heeft afstand verschillende betekenissen. Afstand betekent bijvoorbeeld hoe ver het is van huis naar het werk, hoe lang iets alweer geleden is. 'Het ligt ver achter me', is een ruimtelijke uitdrukking van een gebeurtenis in de tijd, de persoon in kwestie heeft dan al lang 'afstand genomen' van wat er is gebeurd. Soms duiden we iemands gedrag aan als 'afstandelijk' of we zeggen dat iemand 'afstand houdt'. Op die manier gebruikt, krijgt het begrip afstand een sociale betekenis. De afstandelijke persoon maakt geen deel uit van de groep, wil of kan er niet bij horen. Afstandelijk zijn kan ook betekenen dat mensen niet (emotioneel) betrokken zijn bij een zaak of persoon. Men staat er dan rationeel en objectief (in de betekenis van neutraal) tegenover.

Dit hoofdstuk vormt ten eerste een antwoord op de tweede deelvraag uit dit onderzoek: Wat is afstand en hoe werken 'processen van distantiering'? Op grond van de verschillende betekenissen die aan het begrip afstand kunnen worden toegekend is het doel van dit hoofdstuk een begrippenkader en een theoretisch perspectief te ontwikkelen waarmee onderzoek naar afstand kan worden gedaan in zorgorganisaties. Daartoe is het allereerst nodig, in paragraaf 3.2, de begrippen afstand en betrokkenheid te verhelderen. Vervolgens is in paragraaf 3.3 beschreven hoe in de organisatiekundige literatuur wordt omgegaan met het thema afstand en betrokkenheid. In paragraaf 3.4 wordt aan de hand van theorieën van de antropoloog Hall en de sociologen Simmel en Giddens verkend hoe de dynamiek tussen afstand en nabijheid werkt in sociale processen. Uiteindelijk komt de derde deelvraag: Hoe werkt sturen op afstand? in paragraaf 3.5 aan de orde.

3.2 Begrippen

Afstand in de betekenis van fysieke ruimte vinden we terug in het denken over urbanisatie, architectuur en sociale geografie (Gregory & Urry, 1985; Lechner, 1991; Friedland & Boden, 1994; Gieryn, 2006) en meer recent over globalisering (Castells, 1996; Bauman, 1998; 2000; Boomkens, 2006). Maar als we spreken over de afstand tussen de zorgbestuurder en de werkvloer, bedoelen we niet altijd alleen de ruimtelijke afstand die naar voren komt in grote en verspreide zorgconcerns.

Om de verschillende betekenissen die er aan het begrip afstand worden gegeven te 'vangen' in een begrippenkader voor dit onderzoek, is het nodig die verschillende betekenissen van afstand te onderscheiden. De manier waarop het begrip afstand wordt gebruikt heeft, zoals al aangestipt werd in de eerste alinea van dit hoofdstuk, een ruimtelijke betekenis, maar het begrip staat ook in relatie met tijd, sociaal gedrag en mentale kaders. Deze vier betekenissen: *ruimtelijke*, *temporele*, *sociale* en *mentale* afstand, worden hierna toegelicht.

Ruimtelijke afstand geeft de fysieke ruimte tussen twee eenheden weer en speelt een rol in grote organisaties die verspreid zijn over meerdere gebouwen. Ruimtelijke afstand hangt samen met fysieke mogelijkheden: je kunt niet op twee plaatsen tegelijk zijn, er is beweging (energie) en tijd nodig om van het ene object naar het andere te komen. Ruimtelijke afstand is objectief te meten in ruimtelijke, maar ook in tijdseenheden. Wegen, trappen, liften, allerhande vervoers- en communicatiemiddelen, zoals ook het internet, zijn ontstaan uit de wens ruimtelijke afstand te overwinnen in een zo kort mogelijke tijd.

Temporele afstand, afstand in de tijd, manifesteert zich tussen heden, verleden en toekomst. Temporele afstand wordt geobjectiveerd in temporele meeteenheden, tijdseenheden. Deze betekenis van afstand hangt samen met de mentale menselijke mogelijkheden, je bent fysiek aanwezig in het heden, maar je kunt wel denken aan de toekomst of het verleden, aan de dingen die je hebt meegeemaakt. Als gebeurtenissen langer geleden zijn, en ons niet meer emotioneren, zeggen we dat we er afstand van hebben genomen.

Sociale afstand is gebaseerd op verschillen tussen mensen of groepen en is lastig te objectiveren. Verschillen tussen mensen komen naar voren in hun taalgebruik en in uiterlijk maar ook in positie, status en macht. Verschillen ontstaan onder andere door afkomst, scholing, professionalisering en specialisatie. Dit leidt tot specifieke kennis en taal – jargon – en daarmee tot afstand tussen ingewijden en leken. Verschillen in status tussen leden van een organisatie worden gemarkeerd door meer of minder subtiële symbolen in de bepaling van sociale

afstand, zoals het hebben van ‘persoonlijk’ personeel als een eigen secretaresse en een chauffeur, het type auto en de grootte, inrichting en plaats van de werkruimte. Verschillen tussen mensen, of tussen groepen mensen, die leiden tot afstand, zijn meestal geen natuurlijke gegevens maar zijn sociaal geconstrueerd (Bourdieu, 1990; 1998). Een voorbeeld van een dergelijke sociale constructie is de organisatiestructuur. Taken in organisaties worden verdeeld om het werk ordelijk te laten verlopen, om het werk te organiseren.

Op basis van die taakverdeling en toegekende bevoegdheden ontstaat een organisatiestructuur met ‘hogere’ en ‘lagere’ posities. Zo worden groepen van elkaar gescheiden en soms zelfs ervaren als verschillende ‘werelden’.

Sociale afstand ontstaat als mensen elkaar niet vertrouwen of zelfs rivaliseren. Door ruimtelijke afstand komen mensen elkaar niet tegen en leren zij elkaar niet kennen hetgeen zal leiden tot sociale afstand; spreekwoorden als ‘uit het oog uit het hart’ en ‘onbekend maakt onbemind’, zijn hier illustraties van. Mensen die een ruimte delen, hebben iets gemeen, zij zijn familie, burens, collega’s of landgenoten. Maar mensen uit een ander land of van een andere organisatie zijn onbekend en worden als vreemden beschouwd, en tussen vreemden bevindt zich sociale afstand. Hoe sociale en ruimtelijke afstand verstrengeld zijn blijkt uit het gegeven dat de aanwezigheid van verschillende professies in organisaties terug te vinden is in de architectuur van het gebouw, en in de kantines van ziekenhuizen zien we sociale afstand tussen professionele groepen ruimtelijk weerspiegeld wanneer zij aan van elkaar gescheiden tafels lunchen.

Mentale afstand wordt vaak (Nauta, 1992; Mol, 1992) aangegeven met het begrip *distantie*, dat staat voor algemeen en rationeel, voor niet emotioneel betrokken zijn. Door mentale afstand is een onbevooroordeelde of onpartijdige houding mogelijk. Distantie wordt gezien als noodzakelijk voor objectiviteit en overzicht, en zou leiden tot een scherper oordeelsvermogen. Vaak wordt gezegd dat je op afstand beter kunt waarnemen, en dat buitenstaanders die niet betrokken zijn helderder kijken. Maar Mol (1992) brengt tegen deze gebruikelijke manier van denken in, dat buitenstaanders meestal juist weinig zien omdat goed waarnemen vertrouwdheid vereist, je moet ‘oog’ voor de dingen ontwikkelen. Waarnemen, in de zin van opmerken, vereist volgens haar geen afstand, maar juist het vermogen om te vergelijken en daarvoor is betrokkenheid nodig.

Tegenover het begrip afstand staan de begrippen *betrokkenheid* en *nabijheid*. *Betrokkenheid* krijgt in woordenboeken enerzijds de betekenis van het zake-lijk verbonden of belast zijn met een zaak, er verantwoordelijkheid voor dragen. Anderzijds slaat betrokkenheid ook op een emotionele binding en bevo-rogenheid en op het invoelende vermogen dat noodzakelijk is voor empathie. Betrokkenheid is vanuit die twee betekenissen gebaseerd op kennis van zaken,

het door persoonlijke ervaringen bekend zijn met en kunnen inleven. Daarmee is betrokkenheid verbonden met ervaringskennis en praktische wijsheid, 'metis' of 'phronesis' (Scott, 1998; Flyvbjerg, 2001). Praktische wijsheid en inlevingsvermogen zijn gebaseerd op ervaringen waarbij kennis is opgedaan van specifieke waarden die zich voordoen in specifieke situaties. Praktische wijsheid gaat verder dan wetenschappelijke of technische kennis. De instrumentele, intellectuele rationaliteit, ofwel mentale distantie, wordt in balans gehouden door een op emotionele betrokkenheid gebaseerde waarden rationaliteit (Flyvbjerg, 2001). Vaak komen mensen in beweging doordat zij bekend zijn met een ervaring of een persoon. Betrokkenheid zet aan tot persoonlijke inzet voor de 'goede' zaak, betrokkenheid leidt tot meedoen, hulp bieden, handelen. Woordenboek verklaringen van het begrip *nabijheid* hebben, meer dan het begrip betrokkenheid, een associatie met ruimtelijkheid, maar het begrip nabijheid wordt ook gebruikt in de betekenis van iemand bijstaan. Gezien vanuit de eerder onderscheiden typen afstand kunnen we betrokkenheid zien als de tegenpool van sociale en mentale afstand, en nabijheid als die van ruimtelijke afstand. Voor temporele afstand, voorheen of straks, kennen we geen ander tegengesteld begrip dan het heden, het nu.

Verheldering van de begrippen afstand en betrokkenheid maakt het mogelijk te onderzoeken welke afstand en betrokkenheid er speelt tussen bestuur en werkvloer. Zeker in zorgorganisaties nemen we op basis van specialisatie grenzen en afstanden tussen managers en professionals, maar ook tussen de verschillende beroepsgroepen en afdelingen waar. Het thema afstand en betrokkenheid wordt in de organisatiekundige literatuur echter vooral toegespitst op de relatie tussen 'leiders en volgers'. De volgende paragraaf geeft een beeld van de manier waarop afstand en betrokkenheid in organisaties beschreven is.

3.3 Afstand en betrokkenheid in organisaties

Weliswaar wordt afstand door veel organisatiekundige onderzoekers als fundamenteel beschouwd in leiderschaps- en beïnvloedingsprocessen, toch zijn definities, theoretische modellen en kaders schaars (Antonakis & Atwater, 2002; Howell e.a., 2005; Collinson, 2005). In meerdere artikelen wordt beschreven dat afstand in organisaties een belangrijk, maar nog weinig begrepen fenomeen is. Gesteld wordt dat afstand nader onderzoek behoeft (Napier & Ferris, 1993). Als er in organisatiekundig onderzoek aandacht voor afstand bestaat, is deze aandacht vaak gericht op de afstand tussen twee specifieke actoren: de leidinggevend en medewerkers. De dynamiek tussen deze twee actoren wordt meestal beschreven vanuit het perspectief van de 'leiders' en is vooral gebaseerd op de invloed van ruimtelijke afstand (Wilson e.a., 2005).

Veel onderzoeken zijn gericht op het ontrafelen van de relatie tussen 'leiders en volgers' in verschillende soorten afstand. Die kunnen gecategoriseerd worden onder de eerder in dit hoofdstuk beschreven typen afstand. In de enorme hoeveelheid leiderschapsliteratuur (Thomas (2003) noemt dat 'het moeras van leiderschap') wordt daarnaast vooral gezocht naar manieren om de effectiviteit van leiders aan te tonen. Het begrip afstand wordt in de leiderschapsliteratuur vaak normatief gebruikt doordat het gekoppeld wordt aan de effectiviteit van leiderschap.

3.3.1 Tussen leiders en volgers

Naast psychologische, sociale of psychosociale afstand en structurele of ruimtelijke afstand, worden in de organisatiekundige literatuur functionele afstand, hiërarchische afstand en afstand gebaseerd op de interactiefrequentie tussen leiders en volgers onderscheiden (Bogardus, 1927; Yammarino, 1994; Shamir, 1995; Yagill, 1998; Waldman & Yammarino, 1999; Antonakis & Atwater, 2002). In deze verschillende soorten afstand zijn drie van de vier typen afstand te herkennen die eerder in dit hoofdstuk (paragraaf 3.2.) zijn beschreven.

Ruimtelijke afstand en *sociale afstand* komen als meest eenduidige en te onderscheiden categorieën naar voren. Afstand gebaseerd op de interactiefrequentie heeft te maken met de frequentie waarin leider en volger elkaar 'fysiek' treffen en kan daarmee in de indeling in vier typen afstand die eerder in dit hoofdstuk werd gemaakt ook onder ruimtelijke afstand (of nabijheid) vallen. Structurele afstand is gebaseerd op arbeidsdeling en hiërarchische afstand op verschillen in status, en zijn beide invullingen van wat eerder is beschreven als sociale afstand.

Ruimtelijke nabijheid betekent echter niet per definitie dat er ook sociale nabijheid is. In enkele organisatiekundige studies komt deze vervlechting van ruimtelijke en sociale afstand naar voren, waarbij bijvoorbeeld beschreven wordt dat het mogelijk is dat een leider fysiek nabij is, maar sociaal op grote afstand. De directeur uit het kleine revalidatiecentrum (hoofdstuk 1) die het personeel controleert maar geen betrokkenheid toont bij de uitvoer van hun werk, is daar een voorbeeld van. Een leider kan echter ook juist fysiek op afstand zijn, maar door het schenken van aandacht en het tonen van betrokkenheid door de medewerkers als sociaal nabij worden ervaren (Antonakis & Atwater, 2002; Wilson, e.a., 2005).

Wat eerder in dit hoofdstuk onderscheiden is als *mentale afstand* is in de organisatiekundige literatuur terug te vinden onder de noemer functionele afstand

(Napier & Ferris, 1993). Met functionele afstand wordt verwezen naar de mate waarin de leider en medewerker kennis van en ervaring met elkaars werk hebben. Collinson (2005) hecht een andere betekenis aan mentale afstand: het niet emotioneel betrokken zijn, maar beslissingen rationeel en objectief kunnen nemen. Volgens hem kan mentale afstand het gemakkelijker maken 'harde' beslissingen te nemen en 'pijnlijke' informatie te geven. Hij vergelijkt de mentale afstand van managers met de professionele distantie van bijvoorbeeld artsen en advocaten.

Temporele afstand krijgt in deze organisatiekundige onderzoeken naar afstand tussen leiders en volgers geen specifieke aandacht. Alleen Collinson (2005) duidt op temporele afstand wanneer hij zegt dat leiders afstand nemen van de alledaagse problemen door zich bezig te houden met visie of lange- termijnstrategie, zij wijden zich niet aan het hier en nu maar aan het daar en straks.

In organisaties zijn de medewerkers van mening dat hun leidinggevend 'op afstand' zijn wanneer die leiders zich op fysieke afstand bevinden en leidinggevend en medewerkers zodoende weinig contact (interactie frequentie) hebben, én wanneer leidinggevend hun positie gebruiken om hun status en macht uit te breiden en daarmee de sociale afstand naar de medewerkers vergroten. Bij grote ruimtelijke afstand nemen medewerkers minder leiderschapsinteractie waar, zij weten niet wat de leider doet, zij voelen zich aan hun lot overgelaten en beoordelen dan de stijl van leidinggeven eerder negatief als 'laissez faire' (Antonakis & Atwater, 2002). Hoe leidinggevend de afstand tot medewerkers ervaren komt in de bestudeerde artikelen weinig aan bod. Ook wordt wel beschreven hoe leiders de afstand naar de volgers beïnvloeden, maar wordt niet beschreven hoe medewerkers de afstand tussen de leidinggevend en henzelf beïnvloeden. Alleen Collinson (2005) wijst erop dat medewerkers zelf ook afstand kunnen nemen van de leiders en het beleid en *stiekeme sabotage* (ook wel 'gaming' genoemd) kunnen uitoefenen door gewoon iets anders te doen dan zij opgedragen krijgen. Dat doen zij bijvoorbeeld als het beleid afwijkt van dat wat zij op grond van hun ervaringskennis goed achten. Zij ervaren dan een mentale afstand: de leider weet blijkbaar niet waar het in het dagelijks werk om gaat.

3.3.2 *Leiders op afstand*

Specialisatie en arbeidsdeling zijn noodzakelijk om met de complexiteit van het werk om te kunnen gaan, maar leveren sociale, mentale en ruimtelijke afstand op en daarmee ontstaan coördinatievraagstukken (Lawrence & Lorsch, 1967; Mintzberg, 1983). Op grond van de verregaande specialisatie en arbeids-

deling in organisaties ontstaat fragmentatie tussen de verschillende specialisten, én raakt management gescheiden van de uitvoer van het werk. Dat specifieke effect van arbeidsdeling is in meerdere managementstudies beschreven: (Trice & Beyer, 1993; Hales, 2001, Glouberman & Mintzberg, 2001; Vogd, 2006). Zo is er sociale en ruimtelijke, maar eerst vooral mentale afstand ontstaan tussen managers en professionals vanwege het feit dat zij zich gespecialiseerd hebben op verschillende kennisgebieden.

De ondernemer van een klein bedrijf heeft heel direct voeling met en kennis van het werk, als het bedrijf groter wordt dan worden de 'operationele taken' en daarmee ook de gespecialiseerde kennis overgedragen aan managers, en ontstaan er hiërarchische lagen. In grote organisaties treffen we meestal meerdere managementlagen aan en wordt de samenhang en controle behouden doordat 'live' informatie wordt vervangen door cijfermatige, meer abstracte en daarmee gezichtsloze en koude 'sturing op afstand'. In grote organisaties met veel managementlagen is één op één communicatie moeilijk, kennen leiders en medewerkers elkaar niet meer en zijn interacties minder spontaan. De besturing verloopt indirect (Thomas, 2003). Uit recent onderzoek in Nederland onder personeel in zorg en onderwijs blijkt, dat het contact met de hoogste manager het slechtst wordt ervaren in organisaties waar de meeste managementlagen zijn (Van Kessel, 2006).

Het onderzoek van Napier en Ferris (1993) richtte zich op de relatie tussen medewerkers en hun direct leidinggevend. Tegengesteld aan hun vooraf ingenomen standpunt, vinden zij in hun onderzoek dat teveel bemoeienis van leidinggevend met het uitvoerende werk, een fenomeen dat zij 'crowding' noemen. De leider stapt dan in de discretionaire ruimte van de medewerkers, de leider komt te dichtbij, het wordt te druk. Door dit 'crowding' gaan de medewerkers distantiërend gedrag vertonen. Antonakis en Atwater (2002) beargumenteren dat de noodzakelijke ruimtelijke afstand tussen leidinggevend en medewerkers gerelateerd moet worden aan de mate van professionaliteit van de medewerkers. Zij refereren daarmee impliciet aan de theorie over situationeel leidinggeven van Hersey en Blanchard (1977). In deze theorie is de juiste mate van bemoeienis door de leidinggevende afhankelijk van de kennis en ervaring van die medewerker. Een pas beginnende professional heeft meer coaching en begeleiding nodig dan een oude rot in het vak. Of en in welke mate de leidinggevende zelf kennis van het uitvoerende werk zou moeten hebben om situationeel te kunnen leidinggeven is niet onderzocht.

In de literatuur over leiderschap wordt de leider vaak als een geïsoleerd en geromantiseerd individu beschreven. Doordat de leider 'losgedacht' wordt van

de rest van de organisatie, zijn leiderschapsmodellen mede oorzaak van het ontstaan van afstand tussen leidinggevend en medewerkers, van het losraken van het management (Collinson, 2005). Collinson laat ook zien dat de afstand die is ontstaan tussen top en werkvloer vaak stilzwijgend, op symbolische wijze, wordt bekrachtigd: de kamer van de bestuurder bevindt zich op de bovenste verdieping, in de mooiste gang waar de secretaresse als 'gatekeeper' de agenda en daarmee de toegang tot de bestuurder beheert. Ook de 'managementtaal' die leidinggevend gebruiken; de genereuze compensaties die zij ontvangen en hun mooie auto's, soms zelfs met chauffeur, zijn praktijken die de sociale afstand tussen top en werkvloer bevestigen. Daarbij is een belangrijk gegeven dat leiders veel en vaak reizen. Zij hebben bijeenkomsten buiten de organisatie, 'op de hei'. Reizen is noodzakelijk voor het aangaan en behouden van contacten buiten de organisatie en biedt de leider ook de mogelijkheid om van een afstand, van buitenaf, naar de organisatie te kijken. Medewerkers echter komen niet zo vaak van hun plaats en zien daardoor de organisatie altijd vanuit eenzelfde perspectief, van binnenuit. Zij kunnen niet zoals leidinggevend af en toe eens hun blik verruimen. Daardoor ontstaat mentale afstand tussen medewerkers en leidinggevend, zij kunnen elkaars zienswijze moeilijker begrijpen. De vraag is of dat problematisch is: moeten leiders acteren vanuit de zienswijze van medewerkers om effectief te zijn of moeten zij zich daarvan juist distantiëren?

3.3.3 Effectief leiderschap

In de organisatiekundige literatuur wordt het begrip afstand vaak gekoppeld aan de effectiviteit van leiderschap. Tot op welke hoogte hebben leiders afstand en nabijheid nodig om effectief te zijn? Hoeveel moeten leiders eigenlijk weten over hun organisatie? En wordt dat weten gevormd uit geschreven of gesproken informatie of vanuit eigen ervaring? Is mentale afstand noodzakelijk of juist niet?

Het antwoord op deze vragen wordt gezocht in charismatisch leiderschap. Charismatisch leiderschap wordt door Weber al in het begin van de twintigste eeuw omschreven als de 'veronderstelde uitzonderlijke kwaliteiten van de leider waarmee volgers kunnen worden beïnvloed' (Weber, 1922). Moet een leider nabij en bekend zijn om mensen te kunnen beïnvloeden, of werkt die beïnvloeding beter bij ruimtelijke afstand, als de leider niet tot in detail bekend is met en bij zijn medewerkers? Hierover worden in de organisatiekunde veel, maar vooral tegenstrijdige standpunten ingenomen: charisma floreert niet in nabijheid van een leider, want als die invloed gebaseerd is op prestige kan deze afnemen als de zwakheden van de leider zichtbaar worden. (Bogardus, 1927; Antonakis & Atwater, 2002). Daarentegen zou een ruimtelijk nabije leider

eerder een rolmodel kunnen zijn, omdat medewerkers zich makkelijker met een 'menselijke leider' zouden identificeren (Yagil, 1998; Conger & Kanungo 1998; Collinson, 2005). Shamir (1995) geeft aan dat er fundamentele verschillen zijn tussen het beïnvloeden van een kleine cirkel van medewerkers en van een grote groep medewerkers op afstand. Medewerkers op afstand hebben een romantischer beeld van hun leider dan zij die hun leidinggevende kennen vanuit eigen ervaringen. Vanuit nabijheid kennen medewerkers charisma toe aan hun leider op basis van persoonlijke eigenschappen zoals: expertise, dynamiek, hoge kwaliteitsstandaarden, consideratie en humor. Leiders op afstand moeten het hebben van de minder persoonlijke criteria zoals de aantoonbare prestaties van hun organisatie, image-building, retoriek en ideologische uitlatingen (Collinson, 2005).

Yammarino (1994) onderzocht hoe bestuurders hun medewerkers beïnvloeden in organisaties die uit meerdere managementlagen bestaan. Leiderschap werkt dan door *cascading* of door *bypass*. Bij *cascading* werkt de invloed van de leider *via* de lagen van de organisatie, doordat managers het gedrag en de visie van de leider overnemen en op de laag onder hen toepassen. Leiderschap door *bypass*, direct leiderschap, is aan de orde wanneer leiders om de lagen heen direct contact maken met de medewerkers.

Bij effectief leiderschap is het wederzijds vertrouwen tussen leider en volger van belang. Voor vertrouwen is allereerst een zekere bekendheid met elkaar nodig. Howell e.a. (2005) stellen dat leiders op (ruimtelijke) afstand het beste eerst kunnen investeren in 'face to face' contacten met de medewerkers waardoor interpersoonlijk vertrouwen ontstaat waarmee latere interacties op afstand mogelijk zijn. Als de inmiddels bekende leiders dan op afstand blijven en via abstracte tussenvormen zoals contracten en standaarden gaan sturen, ervaren de medewerkers volgens deze auteurs meer autonomie. In dat geval wordt het meelopen van diezelfde leidinggegenden op de werkvloer beoordeeld als teveel bemoeienis en 'micromanagement' (de auteurs hadden hier ook de term 'crowding' kunnen gebruiken) en dat doet de relatie met de medewerkers, zoals we al zagen, meer kwaad dan goed. Judge & Ferris (1993) tonen aan dat leidinggegenden die meer bij de uitoefening van het uitvoerende werk in hun organisatie aanwezig kunnen zijn het uitvoerende werk meer waarderen. Door zelf in aanraking te komen met het uitvoerende werk krijgen zij een positiever beeld van wat er op de werkvloer gebeurt. Maar of zij daarmee effectiever leidinggeven is niet gezegd.

Zo worden er in de organisatiekundige literatuur verschillende posities ingenomen en blijft de uitkomst welke ruimtelijke, temporele, mentale of sociale afstand nu het meest effectief is onbeslist, of beter gezegd, van de situatie afhankelijk.

De organisatiekundige studies bieden ons een beperkte kijk op de complexe dynamiek tussen afstand en betrokkenheid. Er wordt in deze onderzoeken vooral vanuit een utilitaristisch perspectief nagedacht over het gebruiken van afstand om zo effectief mogelijk te kunnen leidinggeven aan organisaties. Daarbij wordt afstand vooral in ruimtelijke zin geïnterpreteerd. Het ervaren van afstand is veelal beschreven vanuit het perspectief van de medewerkers, terwijl het actief vormgeven van de processen van toenadering en distantieering meestal (maar niet altijd, Collinson's 'stiekeme sabotage' is een uitzondering) wordt toebedeeld aan leidinggevendenden. De rol van de managers, van de managementlagen tussen leiders en volgers, blijft in deze studies onderbelicht, met uitzondering van de theorie over 'cascading', maar ook in die theorie hebben de managers uit de tussenlagen van de organisatie geen actieve rol. Kortom, dat afstand bestaat in organisaties is duidelijk, maar hoe die sociale dynamiek van afstand en betrokkenheid precies plaatsvindt en welke implicaties het heeft voor het besturen van organisaties is nog niet helder. Collinson (2005) wijst er op dat vervolgonderzoek naar afstand in organisaties er mee gebaat zou zijn wanneer de begrippen afstand en betrokkenheid niet als tegenstelling, maar meer als verweven en met elkaar samenwerkende krachten gezien zouden worden. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe sociologen (buiten de organisatiewetenschappen) verschillende perspectieven op afstand hebben ontwikkeld die aansluiten bij dit commentaar van Collinson en waarin de dynamiek van afstand en betrokkenheid in sociale relaties centraal staat.

3.4 Dynamiek van afstand en betrokkenheid

Om niet alleen de verschillende afstanden te kunnen benoemen, en om de tekortkomingen in de organisatiekundige literatuur te compenseren is in de sociaal-wetenschappelijke literatuur gezocht naar meer analyse van de dynamiek van afstand en betrokkenheid. Hiertoe zijn aanknopingspunten gevonden in het werk van de antropoloog Hall en de sociologen Giddens en Simmel. Zij stelden de dynamiek van afstand en betrokkenheid in hun werk centraal en zochten een systematische manier om te analyseren hoe ruimtelijke, temporele, mentale en sociale afstand elkaar beïnvloeden en hoe in dat proces sociale ordening tot stand komt. Het werk van Hall richt zich vooral op de verstrengeling van ruimtelijke en sociale afstand op menselijk gedrag, hij noemt afstand de verborgen dimensie die gedrag sterk beïnvloedt, maar er tegelijkertijd ook de uitkomst van is. Hall classificeert sociale afstand op grond van ruimtelijke afstand tussen mensen. Giddens vertrekt vanuit deze wederkerige verhouding tussen mens, tijd en plaats en beschrijft de toename van ruimtelijke, sociale en temporele afstand als 'time-space distanciation' vanuit een sociaal maatschappelijk perspectief. Simmel verbindt een micro- en macroperspectief en geeft inzicht in de ontologie van het tegelijkertijd veraf en nabij zijn.

3.4.1 Afstand als verborgen dimensie

De Amerikaanse antropoloog Edward T. Hall, door velen beschouwd als de grondlegger van de studie van interculturele communicatie, beschrijft in zijn boek met de mooie titel *The Hidden Dimension* (1969) hoe mensen ruimte ervaren en gebruiken. Hall ziet ruimte als een raamwerk waarin het menselijk leven zich afspeelt en waarin continu met afstand tot de ander wordt omgegaan. De manier waarop ruimte wordt ingericht en hoe er met afstand wordt omgegaan is een basis voor sociale ordening en daarmee een uiting van cultuur, welke Hall definieert als communicatie tussen mensen. Hoewel ruimte zichtbaar is, zijn de sociale processen die zich voordoen op basis van ruimte niet zo duidelijk, daarom noemt Hall dat de 'Hidden Dimension'. Hall maakt een ruimtelijke, territoriale, classificatie van sociale afstand, gebaseerd op de kwantificeerbare ruimtelijke afstand tot de ander. Hij verbindt sensorische receptoren die bij de waarneming van die specifieke afstand een rol spelen aan de meetbare ruimtelijk afstand. Het gaat daarbij om het waarnemen en *ervaren*, van beweging, temperatuur, geur, visuele prikkels en geluid. Zo ontstaan vier op ruimtelijke afstand gebaseerde sociale afstanden: intieme, persoonlijke, sociale en publieke afstand. Vervolgens beschrijft Hall hoe er binnen die vier 'zones', verschillend sociaal gedrag ontstaat. Hoe er bijvoorbeeld op verschillende manieren gecommuniceerd wordt met bijpassende geluidssterkte (schreeuwen of fluisteren) en typerende woorden (formeel of informeel).

Hall vervolgt zijn onderzoek met een nogal generaliserende beschrijving van manieren waarop er in verschillende culturen met afstand en nabijheid wordt omgegaan, en in hoe er vorm gegeven wordt aan ruimte en 'schaal' in steden en gebouwen, maar hij voert de classificatie daarbij niet sterk door. De observaties van en theorieën over de manier waarop mensen omgaan met ruimte en de afstand tot elkaar, vormen de 'Theory of Proxemics', die evenwel een inspiratiebron is geweest voor de antropologie van ruimte en van interculturele communicatie. Hall doet rake observaties waarin hij ruimtelijke afstand en menselijk gedrag op elkaar betreft. Een voorbeeld hiervan is zijn beschrijving van privacy: mensen die niet beschikken over ruimten om zich in terug te trekken, omdat zij bijvoorbeeld met veel mensen in een klein huis wonen, zoeken andere, geïnternaliseerde, manieren om zich te distantiëren. Zij sluiten zich af, worden gereserveerd, stil en afwezig.

Hoe ruimtelijke afstand en sociale afstand verstrengeld zijn, komt volgens Hall naar voren in het feit dat ook als afstand objectief meetbaar is, deze ook altijd *subjectief* beleefd wordt. De personen die zich op afstand van elkaar bevinden zullen deze afstand op hun eigen manier ervaren en naar hun eigen maatstaven interpreteren. Dit uitgangspunt is van belang voor het empirisch onderzoek.

De beleving van afstand kan anders zijn vanuit het perspectief van verschillende actoren en de beleving van afstand door die actoren kan afwijken van de objectief gemeten afstand.

Ten tweede is volgens Hall de ervaring van ruimte en afstand *dynamisch* omdat afstand gebaseerd is op wederzijds gedrag, actie en reactie. Gaan we uit van twee partijen die op afstand van elkaar staan, dan kunnen beide partijen invloed uitoefenen op de afstand door toenadering te zoeken of afstand te houden. Hiermee zijn omgaan met afstand en het construeren van afstand handelingen geworden. Dit betekent dat onderzoek doen naar afstand en betrokkenheid niet het onderzoeken van een statisch plaatje is, maar van een dynamisch proces waaraan meerdere partijen deelnemen.

Ten derde laat Hall zien dat de mens afstand tracht te overbruggen door zijn ruimtelijke (en temporele) bereik te vergroten: door *extensies* te ontwikkelen. Zo verruimt taal onze mogelijkheid door ervaringen in tijd en ruimte te verplaatsen, en schrijven verruimt het bereik van de taal. Ook zijn het technische uitvindingen die het menselijke bereik uitbreiden: de telefoon verruimt het bereik van de stem, het wiel van onze voeten, en internet zorgt voor ontmoetingen die zich uitstrekken over tijd en ruimte.

Het vierde punt dat Hall belicht is dat ruimte, door de manier waarop deze is ingericht, heel duidelijk ons gedrag beïnvloedt. *De mens beïnvloedt de ruimte, maar de omgeving beïnvloedt ook de mens*. In een kamer waar de stoelen in een kring of om een tafel heen staan zal er eerder contact gemaakt worden door de mensen die in die stoelen plaatsnemen, dan in een wachtruimte waar de stoelen naast elkaar staan. Deze wederkerige dynamiek tussen ruimte en gedrag vinden we verder uitgewerkt door Giddens die de dimensie tijd toevoegt en het particuliere niveau van Hall overstijgt met een meer maatschappelijke beschouwing van de manier waarop mensen met afstand omgaan.

3.4.2 Tijd en plaats

De samenhang tussen ruimtelijke structuren en sociale relaties is bij uitstek een onderwerp dat past in de door de Britse socioloog Anthony Giddens ontwikkelde structuratie theorie – de mens vormt zijn omgeving en wordt tegelijkertijd door de omgeving gevormd. De manier waarop er in de samenleving met tijd en ruimte wordt omgegaan is volgens hem van belang om samenlevingen te begrijpen. Giddens (1990) ziet moderniteit als een constante beweging in verschillende episodes waarin tijd en ruimte op steeds weer andere manieren worden verbonden. Hij pleit voor het opnieuw overdenken van de sociologische invloed van tijd en plaats. Het feit dat mensen tegenwoordig met elkaar verbonden kunnen zijn zonder fysiek contact te hebben, zelfs zonder elkaar te zien, is een van de belangrijkste kwesties van deze tijd. Presentie en absen-

tie, in ruimtelijke en sociale betekenis, zijn een fundamenteel en steeds sterker wordend spanningsveld in onze moderne tijd. Friedland & Boden (1994) bestempelen deze spanning van er tegelijkertijd niet en wel te zijn met de titel van hun boek *NowHere*.

In het moderne leven zijn tijd en plaats losgekoppeld; sociale activiteit is niet meer in het hier en nu gelokaliseerd. Onze sociale relaties zijn niet meer plaatselijk ingebed, maar strekken zich uit over tijd en plaats; de wereld lijkt samengeperst doordat ons bereik, onze 'extensies' zijn toegenomen. Giddens noemt dit 'disembedding'. De reikwijdte van de mens is in laatmoderne, industriële maatschappijen veel groter dan in de traditionele maatschappij; de moderne mens is veel minder verankerd in tijd en plaats. Hij onderscheidt twee mechanismen die dit mogelijk hebben gemaakt: de creatie van *symbolen* en het ontstaan van *expertsystemen*. In traditionele maatschappijen zijn de verbindingen tussen individuen gebaseerd op aanwezigheid; in moderne maatschappijen ontstaan juist verbindingen *vanuit* absentie, op grond van abstracties zoals symbolen en expertsystemen. Giddens ziet bijvoorbeeld geld als zo'n symbool waardoor tijd en plaats losgekoppeld worden. Geld maakt transacties mogelijk tussen actoren die ver van elkaar verwijderd zijn in ruimte en tijd. Geld is dan een abstractie van de waarde van het te ruilen object. Door het gebruik van de abstracte waarde van geld is er geen directe ruil – graan ruilen voor vlees – meer nodig. Zo zorgt geld aan de ene kant, door zijn abstraherende vermogen, voor afstand, maar door middel van geld zijn afstanden ook weer te overbruggen. Ook informatie is net als geld een abstracte tussenvorm die enerzijds werking op afstand mogelijk maakt en anderzijds tot afstand leidt.

Expertsystemen maken ook een verwijdering in tijd en plaats mogelijk. Met expertsystemen doelt Giddens op technische en professionele expertise op basis waarvan de wereld georganiseerd is en de taken zijn ge- en verdeeld. Wij bakken niet zelf ons brood, maar kopen het bij de supermarkt. Expertsystemen verwijderen ons van de directe context, van de ervaring van de hitte van de oven en van het deeg dat plakt aan onze vingers.

Om tijd en plaats los te kunnen koppelen zijn naast symbolen en expertsystemen nog drie zaken nodig om werking op afstand mogelijk te maken, namelijk: *opslagcapaciteit*, *vertrouwen* en *bindende elementen*. Volgens Giddens (Tucker, 1998) worden heden en verleden, net als ruimte en tijd met elkaar verbonden door middel van de 'opslagcapaciteit' die samenlevingen ontwikkelen. Die opslag is bijvoorbeeld heel concreet de opslag van landbouwproducten, of abstracter een collectief geheugen van kennis en informatie of een depot van financiële middelen. De opslagmogelijkheden creëren een verhouding tot ruimte en tijd die Giddens de 'time – space distanciation' noemt. Hiermee bedoelt

hij de mogelijkheid van samenlevingen om hun invloed uit te strekken over ruimte en tijd en zo te kunnen handelen op ruimtelijke en temporele afstand (Friedland & Boden, 1994). Niet alles hoeft daardoor 'hier en nu' te gebeuren, vanuit het 'hier en nu' zijn extensies mogelijk naar 'daar en straks'. Zo hebben samenlevingen die van de jacht en het verzamelen van voedsel bestaan, weinig opslagmogelijkheden, daar zijn tijd en plaats sterk gekoppeld. Er is fysieke interactie nodig, voedsel wordt direct opgegeten en er bestaat geen handel. Samenlevingen die gebaseerd zijn op landbouw moeten voedsel opslaan en het overschot gaan verhandelen. Industriële maatschappijen verruimen hun 'time - space distancing' door de hele wereld als één groot afzetgebied te gebruiken, een 'global market' ofwel globalisering. Castells (1996) maakt overigens een vergelijkbaar onderscheid tussen 'spaces of places', en 'spaces of flows'. In 'spaces of places' zijn tijd en plaats gekoppeld, in 'spaces of flows' werken mensen die ver van elkaar verwijderd zijn samen door middel van een (materiële) infrastructuur.

Ook informatie is te beschouwen als een opslagplaats. Om de werking van informatie goed te kunnen begrijpen is de theorie van Latour (1988) over standaardisatie van informatie behulpzaam. Door gegevens te standaardiseren, ijken en systematiseren krijgen gebeurtenissen een vaste vorm en kunnen deze worden opgeslagen. Door gegevens stabiel maken, worden ze verplaatsbaar, mobiel, zonder dat zij van vorm veranderen. Zo kunnen gegevens worden overgedragen aan hen die er niet zelf bij waren en wordt informatie geconstrueerd. Wie informatie bezit, heeft dus de vorm van iets zonder het ding zelf, zoiets als een geschreven tekst of een foto: 'een compromis tussen aanwezigheid en afwezigheid'.

Naast de infrastructuur van opslagplaatsen is er sociale infrastructuur nodig om een maatschappij die zich uitstrekt over grotere afstand te laten werken. Zo'n samenleving heeft *vertrouwen* nodig om goed te functioneren, vertrouwen dat die ander het geld zal overmaken, vertrouwen in de bank, vertrouwen in de kwaliteit van het brood. Giddens (1990) onderscheidt twee soorten vertrouwen. Ten eerste interpersoonlijk vertrouwen dat ontstaat door ontmoetingen tussen individuen waardoor ze bekenden worden en hun vertrouwen kan groeien. Giddens noemt dit 'face work commitments'. Het tweede type vertrouwen, institutioneel vertrouwen, betreft het vertrouwen in abstracte systemen en instituties 'faceless commitments' (Giddens, 1990; Ten Kate, 2006). Het verlenen van vertrouwen is, in termen van Hall, een 'extensie', een verruiming van het individuele en gelokaliseerde bereik. Giddens geeft naast vertrouwen en opslagcapaciteit, *bindende elementen* een belangrijke rol in het hanteren van de losgekoppelde tijd en plaats. In een geglobaliseerde wereld zijn steden knoep-

punten in het netwerk van sociale betrekkingen. Daar ontmoet men elkaar. Op grond van die rol als knooppunt krijgt de grote stad een belangrijke functie in de 'disembedding' van de moderne maatschappij. Tijd en plaats zijn weliswaar van elkaar losgeraakt, maar de knooppunten zorgen voor verbinding in die fragmentatie. Door middel van deze bindende elementen is er sturing mogelijk in het losse netwerk, Giddens ziet de grote stad (metropool) als bindend element en daarmee ook als sturingscentrum.

Van Giddens valt te leren dat in het moderne leven plaats en tijd steeds meer ontkoppeld raken op grond van het ontstaan van expertsystemen en symbolen of abstracties. Om die ont koppeling te kunnen laten werken is verbinden echter noodzakelijk. Op afstand werken wordt mogelijk door opslagcapaciteit, door vertrouwen, en door een netwerk met knooppunten van ontmoetingen als bindende elementen.

3.4.3 Tegelijkertijd dichtbij en veraf

Waar de antropoloog Hall sociale afstand vooral vanuit een ruimtelijk perspectief benadert en de socioloog Giddens, macrosociologisch de sociale verhoudingen en het handelen dat ontstaat op basis van ruimtelijke en temporele afstand benadrukt, zocht de socioloog Georg Simmel, die leefde van 1858 tot 1918, op meer antropologische wijze naar een systematische analyse van de procesmatige samenhang tussen ruimte en sociale verhoudingen (Simmel, 1908 in Frisby, 1992; Lechner, 1991). Deze analyse vormt de basis voor zijn uitgebreide werk. Simmels inzichten zijn niet uitgewerkt in een samenhangende en direct toepasbare theorie, maar hij was goed in het koppelen van mooie, kleine observaties uit het dagelijks leven aan macrosociologische bewegingen. In zijn werk is steeds zowel een 'overview' van veraf, als een 'innerview' van heel dichtbij beschreven. Simmel wordt vaak als een impressionist beschouwd, omdat hij zijn observaties, steeds vanuit verschillende perspectieven, inkleurde met een rijke beeldtaal (Frisby, 1992).

Voor Simmel is, net als voor Hall en Giddens, ruimte de basis voor de ordening van sociale verhoudingen. Die relaties worden volgens hem in het gewone leven vaak uitgedrukt door middel van het begrip afstand. Simmel onderscheidt ruimtelijke afstand van sociale (hij noemt dat symbolische) afstand, maar verbindt deze twee dimensies ook direct weer met elkaar. Dit onderscheid wordt ook wel als geometrische en metaforische afstand geduid (Ethington, 1997). Simmel noemt mentale en temporele afstand niet specifiek, maar beschouwingen over de werking van tijd en rationaliteit komen wel terug in zijn denken over moderniteit. Zo koppelt Simmel modernisering aan versnelling, hij

schrijft bijvoorbeeld over steeds sneller wisselende mode en signaleert dat de trage sigaar wordt vervangen door de snelle sigaret. Objectiviteit, of mentale afstand, is volgens hem subtiel samengesteld uit afstand en nabijheid, onverschilligheid en betrokkenheid. Bij nabijheid zijn zintuigen als gezicht, reuk en gehoor betrokken, maar dat zijn ze niet bij relaties op afstand. Die vergen een loskomen van de eigen ervaring: abstractie, en daarom in Simmel's woorden, *intellectualiteit*. Relaties op afstand werden in Simmel's tijd nog gekenmerkt door grotere tijdsintervallen, waardoor een zekere kalmte in de interactie ontstond. Intellectualiteit kan verbondenheid en harmonie bewerkstelligen tussen ruimtelijk van elkaar verwijderde groepen. Maar tussen mensen die in nabijheid van elkaar leven kan intellectualiteit op zichzelf, door 'koelte' en objectiviteit (en misschien ook wel door de langer durende tijdsintervallen), soms juist sociale afstand opleveren.

Simmel ziet de opdracht om tegelijkertijd *dichtbij en veraf te zijn* als een typische moeilijkheid van menselijke relaties, als een ontologisch probleem: 'Alleen daar waar we dichtbij zijn, ons erin bevinden, gelijk aan zijn, hebben we de kennis en het begrip; alleen waar de distantie het directe contact in elke betekenis opheft, hebben we de objectiviteit en het overzicht, die evenzeer nodig zijn voor het oordelen' (Gadourek e.a., 1968:54). Zaken kunnen alleen van dichtbij juist worden gezien en belangstellend en zorgvuldig behandeld worden. Intellectualiteit of mentale afstand is dan nodig om een eerlijke en geregelde verhouding van alle delen tot elkaar te scheppen. Treffend voor de 'impressionistische' manier waarop Simmel denkt en schrijft, is zijn beschrijving van deze kwestie in het dagelijks leven: wie zich uitspreekt tegen roken moet enerzijds zelf roken, anders kent hij de verlokkingen ervan niet, anderzijds kan hij geen negatief oordeel uitspreken wanneer hij zelf ook rookt.

Thema's als afstand en nabijheid, scheiding en verbondenheid, begrenzing en openheid staan centraal in Simmel's denken. Altijd laat Simmel zien dat er twee kanten aan de medaille zijn, hij benadrukt de ambivalentie van menselijk gedrag. In Simmel's visie zijn sociologische vormen en structuren de stabiele – maar niet permanente – uitkomsten van processen van distantieering en toenadering tussen subject en object (Ethington, 1997). Simmel beschouwt en beschrijft, net als Hall en Giddens, ruimte tegelijkertijd als *gegeven én als sociale constructie*. Ruimtelijke afstand en sociale afstand zijn elkaars voorwaarde en gevolg en in een sociale constructie met elkaar verbonden: een koninkrijk vormt zich op een stuk grond, maar wordt ook geschapen door samenbindende krachten, vergelijkbaar met Giddens' verbindende elementen. In de 'sociologie van ruimte' (Frisby & Featherstone, 1997) legt Simmel uit hoe afstand ontstaat, maar ook, net als Giddens doet, hoe verbinding tot stand komt. Hij

laat hier zien hoe ruimtelijke afstand en sociale afstand samenhangen en op elkaar van invloed zijn. Hiertoe onderscheidt hij de *exclusiviteit*, *begrenzing* en *stabilisatie* van (sociale) ruimte. Elke ruimte heeft een uniciteit, of *exclusiviteit*, waarmee individuen zich verbonden voelen. Mensen identificeren zich met hun land, hun huis of met hun oude schoolgebouw. *Begrenzings* hebben twee functies: het bijeenhouden en het afscheiden. Grenzen zijn zowel reden als effect van scheiding van sociale ruimten. Het zijn sociologische feiten in een ruimtelijke vorm. De grenzen van het koninkrijk houden de onderdanen van het koninkrijk bijeen, maar ook een centraal punt, zoals het machtscentrum van de koning, houdt de boel van binnenuit bij elkaar. Verbindende elementen kunnen dus zowel duw- (grenzen) als trekkracht (centrale punten) uitoefenen. Sociale ruimte wordt hierdoor *gestabiliseerd*. De samenbindende of centripetale krachten van een *centraal punt*, een 'pivotal point' (letterlijk scharnierpunt), houdt de elementen in een netwerk of systeem op specifieke afstand en in een specifieke interactie en afhankelijkheidsrelatie. Een centraal punt is een ontmoetingsplaats waaruit een samenbindende kracht voortkomt, bijvoorbeeld een land, een dorp, een gebouw – de kerk, de universiteit, het ziekenhuis – of een ruimte – klaslokaal, 'ziekenzaal'. Een ruimte die je deelt met anderen en waar je gelijksoortige ervaringen op doet. Het delen van ruimte, nabijheid, schept verbondenheid. In de niet - westerse antropologie is de waterput (of in organisaties het kopieerapparaat of de koffiemachine) een belangrijk centraal punt waar ontmoetingen gegenereerd worden. Deze centrale punten kunnen vaste ontmoetingen opleveren die ook vastgelegd zijn in tijd. Voorbeelden hiervan zijn de vergadering of de kerkdienst. Er zijn ook ontmoetingspunten waar toevallige ontmoetingen plaatsvinden, zoals in de lift of de kantine.

Ook Simmels essay over de metropool (Wolff, 1950:409) die door Giddens beschouwd wordt als een machtig centraal punt, is een uitwerking van de duale verhouding van ruimtelijke en sociale afstand. Zoals mensen bij gebrek aan privacy gereserveerd gedrag gaan vertonen (vergelijk met Hall), zo leidt de drukte van de grote stad tot sociale afstand. Eén van Simmels mooie observaties is dat de mens het meest alleen en anoniem kan zijn in de drukte van de metropool. Juist de lijfelijke nabijheid van veel mensen maakt de sociale afstand tussen hen zichtbaar. In dit essay beschrijft Simmel hoe de grootte, veelheid en drukte van de grote stad leiden tot een overprikkeling van de mens, waarop deze reageert met rationaliteit of distantiëring, afstand nemen. Geld als abstractie speelt daarbij een belangrijke rol, de grote stad is immers de zetel van de geld-economie. Gerichtheid op geld, waarin alles in bedragen, in cijfers, is uit te drukken, is zo'n rationaliteit waar Simmel op wijst. Ook de beheersing van de tijd is een rationalisatie, een meetbare abstractie, om de chaos van de grote stad aan te kunnen. De hectiek, complexiteit en grootte van de stad leiden tot

punctualiteit, berekening en exactheid. Hierdoor werkt het leven in de grote stad een zekere hardheid en onpersoonlijkheid in de hand, een sociale afstand of reserve van mensen ten opzichte van elkaar – burens die al jarenlang naast elkaar wonen kennen elkaar niet – iets dat we in een klein dorp, waarvan Nauta (1994) overigens beweert dat die alleen nog in het museum bestaan, niet snel zouden tegenkomen. De andere kant van deze onpersoonlijkheid is echter dat het individu, door de sociale afstand, wel een grotere vrijheid heeft. Hoe kleiner de cirkel van het ons omringende milieu, hoe strikter de voorgeschreven regels en gebruiken en het toezicht op naleving daarvan. Deze analytische beschrijving van de wederzijdse beïnvloeding van menselijke gedragingen en de grote stad laat zien dat sociale afstand enerzijds leidt tot fragmentatie maar anderzijds ook tot vrijheid. De beschrijving van de metropool is een voorbeeld van de ‘disembedding’ van de moderne maatschappij op grond van symbolen en expertsystemen zoals Giddens dat laat zien. Maar waar Giddens de stad ziet als een centraal punt in een geglobaliseerde wereld, beschrijft Simmel als een etnograaf de ervaring van de mensen in zo’n stad, die door de grootte en drukte leidt tot toename van sociale afstand en rationaliteit. Het nadeel van de grote stad, zo zegt Simmel, is dat zij het individu degradeert tot één van velen en hem daarmee van zijn persoonlijkheid berooft. Maar ook hierin ontdekt Simmel weer de dubbelzinnige menselijke eigenschap om tegelijkertijd individueel én sociaal te zijn; mensen willen zich met anderen verbinden, maar zich ook van anderen onderscheiden. En dat ‘anders zijn’ is belangrijker in de metropool dan in het kleine dorp. In het kleine dorp blijven mensen liever gelijk aan elkaar terwijl men zich in de grote stad door te specialiseren, expert te worden, en iets extra’s te bieden kan onderscheiden en daarmee geld kan verdienen.

De verstrengeling van *ruimtelijke en sociale afstand* is wezenlijk voor het denken van Simmel. Ook zijn essay over ‘de vreemdeling’ (Wolff, 1950: 402) is hier een voorbeeld van. De vreemdeling is tegelijkertijd ruimtelijk dichtbij, en sociaal ver weg. Vreemd verwijst zowel naar iets onbegrijpelijks of niet passend, als ook naar iets dat van ver weg komt. In de persoon van de vreemdeling vallen die twee betekenissen samen, maar de vreemdeling is alleen een vreemdeling als hij niet daar is waar hij vandaan komt. De vreemdeling kan worden opgehemeld of gedemoniseerd, allebei manieren om afstand tot hem te scheppen in een proces van sociale uitsluiting om de vreemdeling vreemd te houden (Nauta, 1994). Volgens Simmel kan de vreemdeling, omdat hij niet verbonden is aan de groep waarin hij beland is, een hoge mate van objectiviteit en onpartijdigheid toegedacht worden. De vreemdeling wordt naar zijn mening gevraagd en als buitenstaander krijgt hij soms meer vertrouwelijk te horen dan de direct betrokkenen. Juist omdat hij niet bekend is en misschien weer verder zal reizen, is de vreemdeling vrijgesteld van een oordeel, maar ook vrij om te

oordelen. In navolging van Simmel wijst Nauta er op dat de gedachtegang over de vreemdeling een dichotomie behelst van het vreemde ten opzichte van het bekende welke in de moderne tijd niet meer opgaat. In een verstedelijkte en geglobaliseerde samenleving is het namelijk steeds minder vreemd om vreemd te zijn (Pels, 1994; 2006).

Simmel laat met de beschrijving van de grote stad en van de vreemdeling zien dat we niet voetstoots kunnen aannemen dat ruimtelijke afstand per definitie zal leiden tot sociale afstand en dat nabijheid per definitie leidt tot betrokkenheid. In zijn microsociologische beschrijvingen toont hij dat de dynamiek van afstand en betrokkenheid complexer is omdat afstand meerdere dimensies kent die op elkaar inwerken. Die dynamiek beschrijft hij vervolgens weer aan de hand van de thema's: *schaalgrootte, verspreidheid en de rol van gezanten*.

Schaalgrootte is volgens Simmel van invloed op menselijk gedrag, in die zin dat het leidt tot de-personificatie en daarmee tot specialisatie. In grote groepen ontstaat meer mentale en sociale afstand. Simmel formuleert dat zo: 'De relaties van persoon tot persoon, die het levensprincipe van kleine groepen uitmaken, verdragen zich niet met de afstand en de koelheid van de objectief abstracte normen, zonder welke de grote groep niet kan bestaan.' (Gadourek e.a., 1968:54)

De samenhang van een samenleving of groep wordt beïnvloed door ruimtelijke *verspreidheid*. Samenlevingen die zich op één plaats bevinden zijn vaak intern sterk gedifferentieerd, terwijl verspreide groepen zich veel moeite getroosten om hun saamhorigheid in stand te houden. De eenheid van deze groepen wordt dan bewerkstelligd door het uniformeren van de cultuur: door eenduidigheid in taal, wetgeving, leefwijze, bouwstijlen en objecten. Wanneer groepsleden ver uit elkaar leven hechten zij vaak meer aan een centrale autoriteit, terwijl 'compact leven' soms juist wegleidt van de centrale autoriteit.

Bij verspreidheid moet er op de een of andere manier samenhang bewerkstelligd worden. Dat kan door het inzetten van reizende mensen. Zo trokken koningen vroeger zelf door hun koninkrijk om cohesie te bevorderen of zij lieten dat doen door hun *gezanten*. Die gezanten kunnen gezien worden als mobiele elementen (zie ook Latour, 1988) of als een 'menselijke extensie' (Hall). Zij zijn niet vergelijkbaar met de vreemdeling omdat deze niet, maar de gezant juist wel, verbonden is met het centrale punt: de gezant is uitgezonden. Simmel stelt dat in de moderne maatschappij de directheid en zichtbaarheid, misschien ook de menselijkheid van deze reizende 'elementen' vaak meer bindend werken dan abstracte middelen.

Simmels' beschouwingen maken vooral de complexiteit duidelijk waarin verschillende typen afstand zich tot elkaar verhouden. Zijn werk is voor dit onder-

zoek van belang omdat het inzicht geeft in de dynamische verstrengeling van de verschillende typen afstand. Simmel wijst op de uit deze dynamiek voortkomende opdracht om tegelijkertijd dichtbij en veraf te zijn. Hij streeft ernaar van alles altijd ook de andere kant te onderzoeken, daarom wisselt hij vaak van perspectief en ontdekt hij daardoor ambivalenties en tegenstrijdigheden. Grenzen, vreemdelingen en steden werken bijvoorbeeld zowel scheidend als verbindend. Zo ontstaat waar veel mensen bijeenkomen vaak sociale afstand terwijl, en dat is bijna tegen-intuïtief, bij ruimtelijke verspreidheid soms juist betrokkenheid en verbindingen ontstaan. Ten tweede geeft Simmel een aantal concrete aanwijzingen hoe afstand ontstaat en welke mechanismen afstand vergrotend of juist verbindend werken. Zo werken centrale ontmoetingsplaatsen en gezanten verbindend, terwijl specialisatie en abstracties leiden tot grotere sociale afstand.

3.5 Perspectief: processen van distantiëring

Uit voorgaande beschouwingen komen een vijftal belangrijke gezichtspunten voor dit onderzoek naar voren.

Ten eerste zijn vier typen afstand onderscheiden: ruimtelijke, sociale, mentale en temporele afstand. De verschillende typen afstand zijn in theorie los van elkaar te beschouwen, maar in het dagelijks leven, soms op onverwachte wijze met elkaar verstrengeld. Die verstrengeling heeft te maken met de manier waarop de verschillende typen afstand aan elkaar gerelateerd zijn in het proces van het vergroten of verkleinen van afstand. Op afstand ervaren mensen soms meer betrokkenheid bij elkaar dan wanneer zij in elkaars nabijheid verkeren. Op afstand van elkaar moeten we moeite doen om in contact te blijven, terwijl dicht bij elkaar zijn juist tot afstand houden, tot afscheiding en uitsluiting kan leiden. Ruimtelijke nabijheid kan echter ook leiden tot het ervaren van sociale afstand wanneer bijvoorbeeld rationalisatie en specialisatie worden toegepast om afstand te creëren.

Ten tweede wordt in de sociaal-wetenschappelijke literatuur het ontstaan van afstand gekoppeld aan maatschappelijke condities. Modernisering die zich uit in schaalvergroting, technologische ontwikkelingen en het ontstaan van expert-systemen en abstracties, werkt door in het ervaren van afstand. Zo ontstaan er 'zakelijke relaties' die gebaseerd zijn op berekening in geld en tijd, en zonderen experts zich af van andere experts. Modernisering veroorzaakt een losraken van tijd en plaats, 'disembedding'. Uit het werk van Giddens en Simmel wordt duidelijk dat afstand in tijd en plaats leidt tot de noodzaak om op een of andere manier daar en hier te verbinden. Door het leggen van verbindingen, het sturen van gezanten en het maken van overbruggingen is het mogelijk invloed op

afstand uit te oefenen. Dit inzicht leidt ertoe dat wij afstand en betrokkenheid niet kunnen beschouwen als statische, maatgevende begrippen maar moeten zien als dynamische 'processen van distantiering'. Modernisering veroorzaakt ook dat de verschillende soorten afstand er anders uit gaan zien en zij op een andere manier op elkaar in werken. Zo kan bijvoorbeeld technologische ontwikkeling afstand zowel vergroten als overbruggen. Een voorbeeld hiervan is de mobiele telefoon: steeds meer zijn mensen op afstand van elkaar door het 'mobieltje' met elkaar verbonden, maar steeds vaker zie je mensen die, hoewel zij zich in elkaars nabijheid bevinden, door datzelfde mobieltje geen contact met elkaar maken.

Ten derde is duidelijk geworden dat begrippen als afstand en betrokkenheid lastig te beschrijven en te fixeren zijn omdat zij altijd *subjectief* worden ervaren. Ook als afstand objectief meetbaar is, zoals ruimtelijke of temporele afstand, kan de subjectieve ervaring een hele andere zijn: dichtbij kan heel ver weg voelen en een kort tijdsbestek kan eindeloos duren.

Daarbij zijn afstand en betrokkenheid *relationele* begrippen, er zijn altijd ten minstens twee punten of actoren nodig waartussen afstand of betrokkenheid kan ontstaan. In die relatie wordt afstand ervaren, maar er wordt ook iets aan gedaan, afstand of betrokkenheid worden (groter of kleiner) *gemaakt*. Vanuit dat perspectief zijn afstand en betrokkenheid zowel input als uitkomst van sociale processen. Afstand is gegeven, maar wordt ook geconstrueerd, gecultiveerd, vergroot of verkleind door bewegingen die door de betrokken partijen simultaan of tegengesteld gemaakt worden. Op grond van de actie en reactie van de actoren ontstaat een dynamiek van afstand nemen en nabijheid zoeken. In deze '*processen van distantiering*' worden de verschillende en met elkaar verstrengelde typen afstand gevormd en vervormd en werken zij uit als 'verborgen dimensies' die het menselijk gedrag beïnvloeden, maar die ook weer de uitkomst van menselijk gedrag zijn. Als mensen verder weg van elkaar staan gaan ze schreeuwen, maar als ze gaan schreeuwen gaan mensen verder weg staan.

Ten vierde worden moderne zorgorganisaties, zo zagen we in hoofdstuk twee, steeds groter, gespecialiseerder, gestandaardiseerd en meer op afstand bestuurd. Zorgorganisaties veranderen van gedaante en die verandering is te vergelijken met de processen die zich in de grote stad, de metropolis, voltrekken. Zorgorganisaties zijn geen kleine samenwerkingsverbanden van professionals meer, en ook geen doelgebaseerde geïntegreerde verbanden met een eenduidige doelstelling (Siebers e.a., 2002; Martin, 1992). De organisatie verandert in een, uit fragmenten samengestelde *metropolis* met een andere interne dynamiek en andere relaties met de buitenwereld. Door schaalvergroting en verspreidheid raken in de organisaties plaats (lokalisatie) en tijd toenemend losgekoppeld

en de eenduidige doelstelling wordt meervoudig, bijvoorbeeld wanneer een ziekenhuis fuseert met een organisatie voor ouderenzorg (Fabbricotti, 2007) en er andere specialisaties binnen de organisatie ontstaan. Daarnaast reiken organisaties door middel samenwerkingsverbanden, detacheringen en vertrouwensrelaties, over hun grenzen waardoor organisaties steeds meer als grensoverschrijdende netwerken worden gezien (Weick, 1995; Noordegraaf, 2004; Czarniawska & Hernes, 2005). De op 'disembedding' gebaseerde afstand in organisaties wordt niet zichtbaar wanneer de te bestuderen organisatie als een geïntegreerd geheel wordt beschouwd (Martin, 1992). Een manier van kijken die gericht is op consensus en consistentie, ofwel vanuit het integratieperspectief, heeft geen aandacht voor de mogelijke afstanden die er in organisaties voorkomen. Alleen vanuit een perspectief op organisaties, waarin zowel materiele als menselijke zaken in hun relatie tot elkaar de werkelijkheid bepalen, en waar pluriformiteit heerst en geen uniformiteit (Siebers e.a. 2002), kunnen we zicht krijgen op de manier waarop 'processen van distantieering' in zorgorganisaties verlopen en hoe afstanden zowel vorm geven als vorm krijgen.

Ten vijfde zijn door het bestuderen van 'processen van distantieering' potentiële manieren te vinden om met afstand om te gaan. In de beschrijvingen van Hall, Giddens en Simmel komen vier patronen in het omgaan met afstand naar voren. Zo kunnen interacties tussen mensen op afstand plaatsvinden doordat er *extensies* gevormd worden. Extensies zijn gestandaardiseerde en daardoor mobiele, uit te zenden middelen. Extensies kunnen drie vormen aannemen. Ten eerste een objectieve of onpersoonlijke vorm, dit zijn bijvoorbeeld economische transacties waarbij gebruik gemaakt wordt van het abstracte ruilmiddel geld, of transacties die gebaseerd zijn op het versturen van (geschreven vormen van) informatie. De tweede vorm die extensies aan kunnen nemen is een meer subjectieve, symbolische vorm. Door bijvoorbeeld vertrouwen te schenken of in iets of iemand te geloven. Vertrouwen is dan te beschouwen als een symbolische 'extensie'. Ten derde kan de ruimtelijke afstand worden overbrugd door gezanten te sturen, menselijke 'extensies'. Iets of iemand wordt dus uitgezonden om zaken op afstand voor elkaar te krijgen.

Verbindingen, of in een meer menselijke vorm intermediairs, zorgen er als schakels voor dat meerdere plaatsen, groepen of werelden die op afstand van elkaar staan, toch met elkaar verbonden raken of bij elkaar betrokken blijven. Verbindingen zijn te vergelijken met de metafoor van de brug en de intermediairs zijn te vergelijken met tolken die vertalen. Zij, zowel bruggen als intermediairs, hebben hun oorsprong in (of diepe kennis van) zowel de ene als de andere wereld die zij verbinden. Door deze 'hybriditeit' vormen zij een nieuwe verbindende entiteit, een tussenvorm die als schakel werkt. Het contact via de verbindingen en intermediairs verloopt niet in één enkele richting zoals bij extensies, maar is wederkerig.

Ontmoetingsplaatsen spelen een belangrijke rol bij het onderhouden van relaties op afstand. Ontmoetingsplaatsen zijn natuurlijk ten eerste fysieke ruimten (vergaderruimte, school, afdeling) waar mensen elkaar ontmoeten en waardoor zij, omdat zij op deze plek grotendeels hetzelfde meemaken, dezelfde ervaringen delen. Maar, ten tweede, kunnen deze ruimten ook symbolische ruimten zijn. Symbolische ruimten zijn bijvoorbeeld virtuele ontmoetingsplaatsen op het internet (intranet, chatruimtes, e-mail). Symbolische ruimten kunnen ook gedeelde visies en gelijke (geïstitutionaliseerde) manieren van doen zijn. De uitspraak: 'elkaar in een visie kunnen vinden' doelt op dat soort symbolische ontmoetingsruimten.

Grenzen zijn sociale verhoudingen die in een ruimtelijke vorm zijn uitgedrukt. Grenzen kunnen zowel scheiden als verbinden omdat ze groepen en ruimten bijeenhouden en van elkaar afscheiden. Grenzen beïnvloeden de sociale verhoudingen doordat mensen door de begrenzing bij een groep gaan horen. Grenzen houden mensen bij elkaar en uit elkaar en geven zo vorm en orde. Doordat grenzen mensen van elkaar scheiden, creëren zij echter ook 'tussenruimte' en die tussenruimte kan worden ervaren als afstand.

Extensies, verbindingen, ontmoetingsplaatsen en begrenzingen zijn te beschouwen als 'middelen' die ingezet worden in processen van distantiëring. Deze analytisch onderscheiden patronen vormen een perspectief waarmee de complexe werkelijkheid van de manier waarop zorgbestuurders, zorgmanagers en zorgverleners met elkaar en met afstand omgaan bestudeerd kan worden.

3.6 Besturen met afstand

In deze paragraaf worden de vier onderscheiden patronen, extensies, verbindingen, ontmoetingsplaatsen en begrenzingen, uitgewerkt tot methoden om in bestuurlijke zin met afstand en processen van distantiëring om te gaan. De mogelijkheden en beperkingen van deze methoden zullen hier verder worden verkend en toegelicht aan de hand van voorbeelden en theoretische beschouwingen vanuit de bestuurskundige literatuur.

3.6.1 *Besturen door middel van extensies*

Hoe sturen op afstand bij ruimtelijke afstand werkt heeft John Law (1986) laten zien aan de hand van een historische casus van Portugese maritieme expansie. Het is niet mogelijk de werking van het vijftiende-eeuwse Portugese imperialisme, gegeven de lange zeereizen naar India, te begrijpen zonder techniek, economie, politiek en de sociale en natuurlijke omgeving in hun samenhang

te beschouwen. De bestuurders in hun besturingscentrum kunnen niet al het werk zelf uitvoeren, en ook niet van alles tot in detail op de hoogte zijn, maar zij kunnen de informatie en de getrainde mensen erop uitsturen, delegeren, omdat zij erop kunnen vertrouwen dat zij doen wat van ze verwacht wordt. Hiertoe werden de manschappen geselecteerd, geschoold en getraind. De schepen, de navigatie-instrumenten en navigatiesystemen moesten ontwikkeld worden en kennis werd vastgelegd in de vorm van kaarten, beschrijvingen en handleidingen. Law laat zien hoe sturen op afstand berust op het creëren van een samenhangende structuur van 'documents, devices and drilled people'. Aan de betrouwbaarheid van deze documenten, materialen en geschoolde en getrainde mensen is lang gewerkt en zij zijn tegelijk onveranderbaar en mobiel gemaakt. Zo zijn ze weg te sturen, te delegeren. De bedoeling is dan dat zij ook weer onveranderd terug komen nadat zij daar, ver weg, hebben gedaan waarvoor zij waren bedoeld of opgeleid. Er is er veel voorwerk nodig om zaken (en mensen) te stabiliseren en standaardiseren en om een netwerkstructuur tot stand te brengen. Beiden zijn van belang voor het slagen van sturen op afstand.

Zoals een verspreid volk trouw blijft aan de tradities (Simmel), zo zien we in een gedecentraliseerde organisatie met meerdere locaties, medewerkers vaak, op afstand, trouw blijven aan de gebruiken en voorschriften van de organisatie. Zij doen wat zij moeten doen als er een verbondenheid is aan een structuur van documenten, apparaten en eveneens getrainde collega's. Een voorbeeld hiervan is de beschrijving van de United States Forest Service door Kaufman (1960). Kaufman verwacht vooral fragmentatie in deze grote, wijdverspreide organisatie, met enorme afstanden tussen de districten. Wanneer hij deze organisatie analyseert, treft hij, in tegenstelling tot wat hij verwacht, juist een sterke eenheid aan. De bestuurders uit de centrale organisatie staan ver af van het uitvoerende werk in de districten, en zij richten zich op decentralisatie. De autonomie van de Forest Rangers, de hoofden van de districten wordt sterk benadrukt en ondersteund opdat zij ver verwijderd van 'peers' hun beslissingen zelfstandig kunnen nemen. Deze beslissingen worden vergemakkelijkt (gestandaardiseerd) door beschreven 'voorgevormde besluiten' in organisatorische en technische handboeken. De rangers vullen de handboeken aan met een specifiek gedeelte voor hun eigen district. Afwijkingen van de voorgeschreven gedragsregels worden door de centrale organisatie opgespoord en ontmoedigd. Deze afwijkingen worden gevonden in de dagelijkse en periodieke rapportages van de rangers en door de structurele inspecties en visitaties. De centrale organisatie neemt de Forest Rangers zoveel mogelijk administratie uit handen om hen de mogelijkheid te geven zoveel mogelijk, als 'gezanten' in het 'veld' te kunnen zijn. De rangers worden vaak door de bestuurders geconsulteerd over het centraal te voeren beleid.

De organisatie kent daarbij een specifieke selectie en opleiding en zorgt voor voortdurende interne training en ontwikkeling. Deze disciplinerings is gericht op het betrouwbaar maken van zaken en mensen, *extensies*, die uitgezonden worden vanuit het centrale sturingscentrum en daar hun werk doen zoals in het sturingscentrum is bedacht.

3.6.2 Besturen door middel van verbindingen

Simmel beschrijft de metafoor van de brug om aan te geven hoe van elkaar gescheiden plaatsen met elkaar verbonden kunnen worden. De brug 'wortelt' in beide plaatsen en kan hierdoor kloven of rivieren overbruggen en zo werelden van verschil met elkaar verbinden. Een brug kan gezien worden als een 'gestalt' van het concept van 'Boundary objects' dat door Star & Griesemer (1989) werd geïntroduceerd. 'Boundary objects' worden ook wel gezien als *intermediairs*. Het concept komt voort uit de wetenschapssociologie maar wordt steeds meer gebruikt in organisatiekunde teneinde het delen van kennis tussen de expertsystemen te bevorderen en eilandvorming te verminderen. Het kenmerk van deze intermediairs is dat zij zich bevinden in of zelfs voortkomen uit meerdere sociale werelden, zij kunnen daarom meerdere belangen behartigen. Intermediairs bezitten flexibiliteit om zich aan te passen aan de verschillende omgevingen, maar ook een robuustheid waarmee ze hun eigenheid, of vreemdheid, behouden. Intermediairs kunnen mensen zijn die grenzen kunnen overbruggen (boundary people), maar ook dingen en ideeën of processen die verbonden zijn aan meerdere, van elkaar afgegrensde werelden. Projecten zoals kwaliteitsprojecten in organisaties kunnen werken als intermediairs omdat in de projectgroepen afgevaardigden zitten uit verschillende afdelingen. Door een beroep te doen op verschillende expertsystemen ontstaat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het project (Sapsed & Salter, 2004).

De manier waarop intermediairs werken is door op basis van hun bekendheid met verschillende werelden 'vertalingen' te kunnen bewerkstelligen. Zoals een tolk met vertalingen het contact tussen twee talige werelden bewerkstelligt. Vertaling wordt door Law en Hassard (1999) gedefinieerd als: het in relatie met elkaar brengen van twee (of meer) dingen. Door de vertalingen komen verschillende werelden met elkaar in contact, leren elkaar begrijpen en ontstaat een relatie. In de door Kaufman beschreven organisatie van de Forest Rangers wordt het belang van de dienst voor de samenleving door de bestuurders in de publiciteit gebracht. De bestuurders vertalen als intermediairs dat wat er in de organisatie gebeurt voor de buitenwereld. De rangers zijn daardoor trots op hun organisatie en voelen zich er sterk mee verbonden. Vertalingen worden gezien als innoverend omdat zij nieuwe verbindingen bewerkstelligen tussen bestaande entiteiten. Ook verhalen en mythen, 'narratieve verantwoording' of

‘verbindende vertogen’ (Grit, 2000, Czarniawska, 1998; Selznick, 1957) kunnen worden gezien als vertalingen. Zij hebben de mogelijkheid verschillende werelden te overspannen op een zodanige manier dat er een nieuw gezamenlijk doel ontstaat waar de verschillende partijen ‘achter’ kunnen gaan staan. Star & Griesemer (1989) zien, naast het standaardiseren van werkmethoden, het creëren en hanteren van ‘boundary objects’ als essentieel voor het ontwikkelen van samenhang in organisaties.

3.6.3 *Besturen door middel van ontmoetingsplaatsen*

Eerder zagen we dat mens en ruimte elkaar wederzijds beïnvloeden. Ruimten werken als *ontmoetingsplaatsen* die door die ontmoetingen en gezamenlijke ervaringen mensen kunnen verbinden. In een netwerkstructuur van afhankelijkheden, zien we volgens Callon (1986) ‘centrale doorgangspunten’, in termen van Simmel ‘pivotal points’, ontstaan waar veel lijnen uit het netwerk vandaan komen of naartoe gaan. Steden of besturingscentra zijn zulke ontmoetingsplaatsen. Amin & Cohendet (2004:99) geven aan dat mensen in organisaties ‘relationele ruimte’ scheppen waarin zij van elkaar kunnen leren. Ruimte voor gezamenlijkheid wordt geschapen door bijeenkomsten en vergaderingen, door dagelijkse contacten, doordat mensen gaan reizen om tijdelijke project teams te vormen, maar ook door dagelijkse e-mail, telefonische gesprekken of zelfs video-conversaties.

Ontmoetingsplaatsen worden door Blanc & Sierra (1999) ‘spaces of proximity’ genoemd. Zij zien ontmoetingsplaatsen niet alleen ruimtelijk maar vooral als symbolische ‘ruimten’ waarin nabijheid en betrokkenheid georganiseerd wordt die tot samenwerking en gemeenschappelijk leren zouden aanzetten. Deze symbolische ontmoetingsplaatsen kunnen volgens Blanc & Sierra op vier manieren ontstaan. Ten eerste door standaardisatie van werkmethoden (organisatorische nabijheid); ten tweede door een gemeenschappelijk ethos (relationele nabijheid); ten derde door gezamenlijke regels (institutionele nabijheid) en ten vierde door het vormen van een gemeenschappelijke visie op de toekomst (temporele nabijheid). Gezamenlijkheid uit zich dan in het gebruiken van dezelfde methoden, in regels en eenzelfde manier van doen (ethos) en in een gedeelde toekomstvisie. Hierin zijn de vormen van uniformering en centralisering te herkennen, die verspreide groeperingen volgens Simmel gebruiken om hun eenheid te bewaren. Zo zien we bijvoorbeeld bij vluchtelingen die zich in de diaspora streng houden aan de culturele waarden, de symbolische ontmoetingsplaatsen van het land dat zij ontvlucht zijn.

3.6.4 *Besturen door middel van begrenzingen*

De hierboven beschreven manieren van bestuurlijk omgaan met afstand komen veelal neer op verschillende delen zich met elkaar te laten verhouden, door con-

tact te leggen, te verbinden, bij elkaar halen. Vanuit de werkwijze van het eerder in hoofdstuk twee beschreven New Public Management wordt echter juist gedecentraliseerd, losgekoppeld en op afstand gezet. De doelmatigheid verbetert als elke schoenmaker zich bij zijn eigen leest houdt, is het idee. Maar we zien telkenmale dat uit dit soort sturen op afstand, dat decentralisatie nastreeft, juist ook weer centraliserende tendensen voortkomen die leiden tot meer controle en tot toenemende stromen van informatie waar hogere administratieve belasting (vaak bureaucratie genoemd) uit voort komt. Dat 'sturen op afstand' met het decentraliseren van verantwoordelijkheid juist weer vraagt om verbinding door centrale controle wordt de 'verzelfstandigingsparadox' genoemd (Grit, 2000; Van Thiel, 2003). We zien dat er bestuurlijk steeds weer een balans gezocht wordt tussen loslaten en erbij blijven. Maar teveel binding kan ook benauwen, zoals we leren uit de beschrijving door Simmel en Hall van kleine gemeenschappen waar veel sociale controle is, en weinig bewegingsvrijheid of ruimte bestaat. Mensen, zeker dienstverleners, zo zagen we in hoofdstuk twee, hebben in hun werk die handelingsruimte nodig om dat wat ze doen te kunnen toepassen in de specifieke en onbekende situaties waarin zij terecht komen. Die ruimte kan ontstaan doordat er kaders aangegeven worden waarbinnen de eigen professionele verantwoordelijkheid geldt en waarmee anderen op afstand worden gehouden. Door te begrenzen worden verschillen onderkend en gewaardeerd en wordt 'tussenruimte' en discretionaire ruimte geschapen.

Begrenzen betekent taakstellingen verhelderen, verantwoordelijkheden af bakenen, discretionaire ruimte definiëren, tijdspaden af spreken. Deze besturingsmethode schept afstand, maar vaak geven deze begrenzingsen juist ruimte tot verbinding.

Bestuurlijk omgaan met afstand

<i>Besturen door middel van extensies</i>	gebaseerd op een netwerk van uit te zenden mensen en dingen
<i>Besturen door verbindingen</i>	gebaseerd op 'bouwen van bruggen' en het inzetten van intermediairs die wederzijds contact tussen gescheiden 'werelden' kunnen bewerkstelligen
<i>Besturen door middel van ontmoetingsplaatsen</i>	gebaseerd op het scheppen van fysieke en symbolische 'gedeelde ruimten' waarin nabijheid en betrokkenheid georganiseerd wordt door middel van ontmoetingen die tot samenwerking en gemeenschappelijkheid aanzetten
<i>Besturen door middel van begrenzingsen</i>	gebaseerd op het stabiliseren van de tussenruimte, door grenzen aan te geven, ruimte te verlenen en afstand te houden

3.7 Consequenties voor bestuurders

In dit hoofdstuk zijn de volgende twee deelvragen: Wat is afstand en hoe werken ‘processen van distantiering’? en wat behelst ‘sturen op afstand’? nader uitgewerkt. De begrippen afstand en betrokkenheid zijn beschreven. Hoe de verhouding van verschillende typen afstand in de relatie tussen leidinggevend en medewerkers zou moeten zijn is onbeslist. De complexiteit en de gelaagdheid van het begrip spelen hierin een rol. Gesteld werd dat de dynamiek tussen afstand en betrokkenheid door de toenemende dislocatie van tijd en plaats, een steeds sterker wordend spanningsveld vormt. Vervolgens is het procesmatige karakter, de dynamiek van distantiering en toenadering beschreven en als perspectief van onderzoek gebruikt. Vier manieren in het omgaan met afstand zijn uitgewerkt tot methoden om te sturen *met* afstand. Maar welke consequenties heeft dit voor zorgbestuurders?

De opdracht van zorgbestuurders is ‘zorgen dat’ er ‘gezorgd wordt voor’. ‘Zorgen voor’ zo zagen we eerder, is gebaseerd op de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager, zorgen voor iemand of iets kun je niet op afstand doen en dus ook niet opslaan. Operaties op afstand via ‘telemedicine’, opererende robots, online diagnose, e-mailen met de huisarts of thuiszorg via telecare, zijn behoorlijk in ontwikkeling maar staan nog wel in de kinderschoenen. ‘Zorgen voor’ bestaat uit praktische handelingen en wordt grotendeels nog face to face verricht. (Vorstebosch, 2005; Baart, 2004). ‘Zorgen dat’ voltrekt zich echter meestal wel op afstand, via informatievoorzieningen, budgetten en door het verdelen en toedelen van werk. ‘Zorgen voor’ is te vergelijken met ‘spaces of places’ en ‘zorgen dat’ met ‘spaces of flow’ (Castells, 1996). Dat zijn twee verschillende manieren om met tijd en ruimte om te gaan waarbij tijd en plaats bij ‘zorgen voor’ minder losgekoppeld zijn geraakt dan bij ‘zorgen dat’. Deze twee manieren bestaan in de gezondheidszorg naast elkaar en beïnvloeden elkaar.

De zorgorganisatie is een omgeving met een uitgelezen expertsysteem, en zorgorganisaties worden steeds groter, complexer en steeds meer ‘op afstand’ gestuurd door middel van abstracties als standaarden, begrotingen en beleidsnota’s, ofwel: geld en geschriften. Waar zorgorganisaties moderniseren, groter worden en er meer afstand ontstaat op grond van ‘disembedding’, staan bestuurders op afstand en moeten zij omgaan met afstand. Zij maken deel uit van de processen van distantiering die zij tegelijkertijd moeten zien en besturen. Bestuurders staan niet buiten of boven de organisatie, zij zijn in het netwerk van afhankelijkheden opgenomen en ingebed in processen van distantiering. Zij beïnvloeden, maar worden ook beïnvloed, zij disciplineren en worden door hun afhankelijkheden in het netwerk gedisciplineerd (Thomas, 2003).

Een bestuurder die elke keer weer op de werkvloer komt kijken kan de medewerkers een benauwd gevoel bezorgen, iets dat eerder ook is aangegeven als 'crowding'. Op grond van die benauwdheid reageren de medewerkers met het construeren van afstand. Soms lijkt het daarom beter als bestuurders niet van alle details op de hoogte te zijn, maar wel genoeg weten om de grote lijnen te kunnen vaststellen en om betekenis te geven en waarde te kunnen toevoegen (Selznick, 1957). In deze spanningsvolle dynamiek verwerft de bestuurder misschien wel meer vertrouwen door op afstand te blijven dan door direct betrokken te raken.

Van de zorgbestuurder wordt in de grote zorgorganisatie, de 'zorgmetro-polis', zowel afstand als betrokkenheid verwacht. Zorgbestuurders zijn sterk verbonden met het doel van de organisatie (Selznick, 1957) en hun opdracht is om dat doel te bereiken en daartoe de organisatie te coördineren en waar nodig de afstanden te slechten, te overbruggen of juist te vergroten. Zij kunnen extensies inzetten, verbindingen bewerkstelligen, ontmoetingsplaatsen creëren en grenzen aanbrengen.

Of en hoe zorgbestuurders de spanning van de dubbele opdracht ervaren en hoe zij en de managers en medewerkers in de organisatie met afstand en de processen van distantiering omgaan is een empirische vraag waarover in de hoofdstukken vijf, zes en zeven meer helderheid verschaft zal worden.

4

Onderzoeksopzet

4.1 Inleiding

Look at that office! Look at the carpets! Look at the conference table. The easy chairs, the coffee table. The magazines. The oiled teak desk. The fancy chair. The personal computer. The telephones. The papers. The intercom. The secretary. The electronic mail. The fax machine. The airline tickets. The invitations to speak. To travel. For, as we look at this room, we can sense open doors in faraway places, London, Brussels, Los Angeles. We are watching the appurtenances of power.

To do ethnography is to watch. But it is also to dream. To daydream. It is to play games with realities. To invent forms of social - science fiction. It is to find ways of telling stories that make realities look a little different. Realities about organisations. Realities about managers.

(John Law, *The Manager and his Powers*, 2003)

Er is niet zoveel onderzoek gedaan naar het dagelijks werk van zorgbestuurders. Het doel van dit onderzoek is de kennis over dat werk te vergroten. In het nu voorliggend hoofdstuk wordt uitgewerkt hoe het empirische onderzoek naar zorgbestuurders en hun ervaringen met afstand en betrokkenheid in de dagelijkse praktijk, tot stand is gekomen. Beschreven is welke onderzoeksoriëntatie, fasering en methoden daarvoor zijn gebruikt. In voorgaande hoofdstukken is een theoretisch perspectief opgebouwd waarmee het empirische onderzoek geoperationaliseerd kan worden ten einde duidelijk te krijgen hoe zorgbestuurders van vlees en bloed in echte zorgorganisaties de ‘dubbele opdracht’ ervaren en hoe zij ermee omgaan. De leidende vraag in dit onderzoek ‘Hoe sturen zorgbestuurders op afstand in grote zorgorganisaties?’ leent zich voor kwalitatief en explorerend onderzoek omdat het er om gaat inzicht te krijgen in de alledaagse gang van zaken in het besturen van zorgorganisaties.

De eerste empirische vraag die in de hierna volgende hoofdstukken wordt uitgewerkt is hoe processen van distantieering zich specifiek, in de verschillende lagen en locaties van zorgorganisaties *manifesteren*. Hoe hangen die specifieke processen van distantieering, die waarschijnlijk per organisatie verschillen met de ‘dubbele opdracht’ – sturen met distantie én betrokkenheid – samen? Hoe wordt de vermeende afstand tussen bestuurder en werkvloer in zorgorganisaties door de verschillende betrokkenen vorm gegeven en beoordeeld? Maar het onderzoek is ook bedoeld te exploreren op welke manier zorgbestuurders, maar ook zorgmanagers en zorgverleners *omgaan* met de specifieke afstanden die zich in hun organisatie voordoen. Daarom is de tweede empirische vraag gericht op het vormgeven van de verschillende ‘processen van distantieering’ door zorgbestuurders maar ook door zorgmanagers en zorgverleners. Het empirische onderzoek leidt zo tot een beschrijving hoe afstand in de zorgorganisaties naar voren komt, welke betekenis er aan gegeven wordt en op welke manier hier mee wordt omgegaan in verschillende typen zorgorganisaties en door verschillende bestuurders. De bedoeling is uiteindelijk zicht te krijgen op mogelijke handelingsperspectieven, die aanleiding geven tot aanvullende theorievorming over de besturing van zorgorganisaties.

4.2 Onderzoeksoriëntatie

4.2.1 Constructivistisch

Aangenomen is dat afstand in de lagen van de organisatie verschillend zal worden beoordeeld. Bestuurders, managers en medewerkers van zorginstellingen geven betekenis aan hun ervaringen, hun werkelijkheid is subjectief en *de* werkelijkheid daardoor meerduidelijk. Daarom wordt zowel het denken en doen van de zorgbestuurders onderzocht als ook de ervaringen en meningen van medewerkers uit de verschillende lagen van de zorgorganisaties. Bestuurders, managers en medewerkers van zorginstellingen geven vorm aan de organisatie, maar zij worden tegelijkertijd zelf ook door de context, de specifieke organisatie en de tijd waarin zij leven en werken gevormd. Deze wederzijdse beïnvloeding van actor en context noemt Giddens ‘structuratie’ (Giddens, 1990; Tucker, 1998). In de structuratietheorie staat de wederkerige relatie tussen het concrete individuele handelen en de maatschappelijke context centraal, die door dit handelen gereproduceerd wordt maar die ook het handelen weer produceert. Organisaties worden in alledaagse handelingen sociaal geconstrueerd en voortdurend gereconstrueerd (Koot & Boessenkool, 1994). Juist het proces waarin het ‘sociale’ wordt geconstrueerd, hoe grenzen ontstaan en groepen gemaakt worden en welke ‘middelen’ daarbij gebruikt worden (Latour, 2005) is onderwerp van dit onderzoek. Op grond hiervan kent dit onderzoek een sociaal

constructivistisch uitgangspunt. Macht, de mate waarop invloed kan worden uitgeoefend, en de structuur van organisaties zijn fenomenen die vaak gebruikt worden als verklaringen voor gedrag van de mensen in de organisatie. Maar ook macht en structuur zijn sociale constructies die voortdurend aan reconstructie onderhevig zijn, die gedrag bepalen maar ook weer door gedrag bepaald worden. Daarom worden deze begrippen in dit onderzoek eerder onderzocht en geanalyseerd, dan dat zij als verklaring voor het ontstaan van afstand worden gebruikt (Czarniaswska, 1998).

De werkelijkheid wordt door de verschillende mensen in de organisatie op verschillende manieren beleefd. Omdat de identiteit, ervaring en omgeving van de respondenten verschillend is, komen hun ervaringen en hun oordelen niet altijd met elkaar overeen. Door verschillende beelden en betekenissen (dissensus) toe te laten, krijgt het onderzoek meer overeenkomst met een *prisma* dan met een spiegelbeeld (Koot & Sabelis, 2000; Deetz, 2000). Hoewel de individuele gezichtspunten de basis van de analyse zijn, is er wel gezocht naar patronen die naar voren komen in de verschillende lagen van de organisaties. Zo kunnen de deels overeenkomstige gezichtspunten van bijvoorbeeld de zorgverleners of van de divisie managers tegenover elkaar worden gezet.

Op grond van deze constructivistische onderzoeksoriëntatie is voor de etnografische methode gekozen waarbij drie verschillende zorgorganisaties in de vorm van case studies zijn onderzocht.

4.2.2 Etnografische case studies

Het empirische onderzoek is etnografisch van opzet. De nadruk in een etnografie ligt op het verband tussen het waarneembare gedrag van, in dit geval, zorgbestuurders, en de betekenis die zijzelf en de managers en medewerkers uit hun organisatie daaraan hechten (Den Hertog & Van Sluijs, 1995). Het begrip 'afstand' is van het begin af aan het leidend thema geweest, in de literatuur wordt dit 'topic' of 'issue' georiënteerd onderzoek genoemd (Spradley, 1980; Creswell, 1998).

Het gaat in dit onderzoek om het achterhalen en beschrijven 'thick description' van het dagelijks leven in zorgorganisaties waarbij bestudeerd wordt wat bestuurders, managers en medewerkers werkelijk doen, hoe zij zich gedragen, wat zij zeggen of opschrijven en welke dingen – symbolen, gebruiksvoorwerpen, documenten, gebouwen – zij daarbij gebruiken of die daarbij van belang zijn, en de betekenis die betrokkenen daar weer aan hechten (Geertz, 1973; Bevir & Rhodes, 2003). Volgens John Law (zie het citaat aan het begin van dit hoofdstuk) maken die dingen en de anderen in de organisatie de bestuurder

tot wat hij is, een onderdeel in het netwerk waardoor invloed tot stand kan komen.

De dagelijkse werkelijkheid in de zorgorganisaties is onderzocht op basis van het in hoofdstuk drie beschreven theoretische kader. Het onderzoek past daarvoor meer in de hermeneutische of interpreterende onderzoekstraditie dan in de gefundeerde theorievorming waarin alle theorie voortkomt uit empirie (Strauss & Corbin, 1990; Alvesson & Skjoldberg, 2000; Yanow & Schwartz-Shea, 2006).

Het hoofdonderwerp voor dit onderzoek vormen ten eerste de interpretatie van afstand in de onderzochte organisaties, ten tweede de manier waarop processen van distantisering worden vormgegeven door bestuurders, managers en medewerkers. Het onderzoek erop is gericht het fenomeen van afstand en betrokkenheid, en de daaruit voortkomende sociale processen en verwachtingen (de 'dubbele opdracht') te onderzoeken zoals die zich in de werkelijkheid van de zorgorganisaties voordoen. Daarom is gekozen voor een onderzoeksopzet gebaseerd op meerdere case studies. *Case studie* is een empirisch onderzoek naar een hedendaags fenomeen in de context van het echte leven. In een case studie worden verschillende databronnen gebruikt zoals interviews, (participatieve) observatie en de bestudering van documenten, archief en voorwerpen. Case studie wordt vooral gebruikt als de grenzen tussen fenomeen en context niet scherp te trekken zijn (Yin, 1994), zoals het geval is in dit onderzoek naar het fenomeen afstand in de besturing van zorgorganisaties en de maatschappelijke en organisatorische tendensen die hierop van invloed zijn. Organisaties zijn immers open systemen die bepaald worden door interne interacties, onderlinge afhankelijkheden en door voortdurende wisselwerking met de omgeving (Koot & Boessenkool, 1994).

4.2.3 Vervlechting theorie en empirie

De op veldwerk gebaseerde antropologie heeft volgens Kloos een dubbele vraagstelling: hoe en waarom verschillen samenlevingen (of organisaties in organisatie - antropologie) van elkaar en wat hebben zij ondanks die verschillen gemeen (Kloos, 1987). Dit onderzoek is gebaseerd op een spanning tussen eenheid en verscheidenheid en werkt met twee verschillende methoden van onderzoek: theoretisch studeren en observerend veldwerk.

Door het gebruik van meerdere theorieën is in dit onderzoek sprake van theoretische triangulatie (t Hart, 1998), de empirie wordt geïnterpreteerd vanuit sociaal - wetenschappelijke, organisatiekundige en bestuurskundige invalshoeken. De vaardigheid van de onderzoeker ligt in de manier waarop samenwerking met de respondenten tot stand komt, maar ook in het koppelen van empirische data aan theoretische concepten. Deetz (2000) noemt een onderzoeker

die de lokaal ontwikkelde kennis als uitgangspunt neemt 'a skilled collaborator in knowledge production'. Wetenschap is een combinatie van kennis, methode en waarneembare werkelijkheid (Kloos, 1987).

Een manier om methodisch met de vervlechting van theorie en empirie om te gaan vormt het concept van *abductie* (Peirce, 1923; Maso & Smaling, 1998; Anthonissen & Boessenkool, 1998). Abductief onderzoek bestaat naast deductief en inductief onderzoek. In abductief onderzoek worden creatieve verbanden gelegd tussen inzichten die inductief vanuit de empirie ontstaan (grounded theory) en inzichten die deductief ontstaan op basis van theoretische concepten (Richardson & Kramer, 2006). Theorie en empirie beïnvloeden elkaar (Maso & Smaling, 1998). In dit onderzoek zijn theorie en empirie niet na elkaar, maar naast elkaar onderzocht en op elkaar betrokken. De empirische bevindingen zijn geanalyseerd en daarna geïnterpreteerd aan de hand van theoretische kennis, bevindingen in het empirische onderzoek leidden vervolgens weer naar het verder zoeken naar verklarende theoretische concepten. Het boek leest uiteindelijk als ware het chronologisch opgebouwd, maar is in werkelijkheid ontstaan vanuit een iteratief en abductief proces.

De gebruikte theoretische concepten gaan dan ook een rol spelen in de bestudeerde processen. Giddens (Tucker, 1998) noemt dit de dubbele hermeneutiek. De onderzoeker beschrijft fenomenen maar maakt er zelf deel van uit en zowel onderzoeker als onderzoek beïnvloedt de omgeving en de onderzochte fenomenen ook weer. Een onderzoeker die komt informeren hoe afstand in de organisatie wordt ervaren, zal niet gauw te horen krijgen dat er geen afstand is. Het onderzoek zelf speelt daarmee een rol in de constructie van de werkelijkheid. En doordat een fenomeen een naam krijgt (in dit onderzoek werd daartoe het begrip 'afstand' gebruikt) gaat het begrip en daarmee ook het fenomeen bijna een eigen leven leiden. In dit onderzoek gingen de respondenten, doordat zij er attent op waren gemaakt, afstand ook opeens 'zien'. Zo beïnvloedt het onderzoek de te onderzoeken werkelijkheid.

4.2.4 Afstand en betrokkenheid in onderzoek

De eigen ervaring van de respondenten in hun eigen situatie staat centraal in het empirische deel van dit onderzoek (Flyvbjerg, 2001; Scott, 1998; Deetz, 2000). In de verhouding van de onderzoeker tot de onderzochten is de onderzoeker eerder gast dan expert. De experts zijn de respondenten, zij geven elke dag opnieuw vorm aan de dilemma's van de 'dubbele opdracht'. Centraal staat hoe het fenomeen 'afstand' door de onderzochten wordt geïnterpreteerd en weergegeven, de theorie is gebruikt om te duiden en te verklaren. Om te kunnen observeren en

interviewen en om de wereld van de ander te kunnen zien vanuit het perspectief van die ander moet de onderzoeker een relatie aangaan. Daarbij speelt in kwalitatief onderzoek de persoon van de onderzoeker een rol. De kunst is, volgens Maso & Smaling (1998), als onderzoeker zelf een goede balans tussen distantie en betrokkenheid te realiseren. De blik van de onderzoeker als 'vreemdeling' is soms namelijk scherper dan wanneer de onderzoeker teveel deel uit gaat maken van het sociale netwerk en een 'ingewijde' wordt ('t Hart, 1998). Het onderzoek is daarom door de bestudering en vergelijking van drie verschillende bestuurders in korte tijd na elkaar, effectiever dan wanneer de periode van observatie in eenzelfde organisatie verlengd zou zijn (vergelijk met Czarniawska, 1998).

Tegelijkertijd is het ook nodig om juist bij de bestuurders en de zorgorganisaties betrokken te raken om zodoende 'oog' te ontwikkelen om te kunnen vergelijken (Mol, 1992). Zowel afstand als betrokkenheid zijn tegelijkertijd nodig in onderzoek, een 'dubbele opdracht'. Het is van belang, zeker in dit onderzoek waar het om de balans tussen distantie en betrokkenheid gaat, ook dit proces aan onderzoek bloot te stellen, door reflectie op de aannames en de rol van de onderzoeker. De onderzoeker is met al haar (voor) oordelen in het proces betrokken en hecht er ook haar eigen betekenis aan. Die oordelen en betekenisgeving zijn gegrond in achterliggende aannames en ervaringen. Het is daarom nodig dat de onderzoeker haar positie schetst en reflecteert op de ervaringen en op de toegepaste interpretaties, reflectie wordt ook wel geduid als de interpretatie van de interpretatie (Alvesson & Skjöldberg, 2000). Het omgaan met vooringenomenheid van de onderzoeker heeft in dit onderzoek een rol gespeeld. De vooringenomenheid was gebaseerd op de normatieve aanname dat afstand in organisaties niet goed is en vooral tegengegaan moet worden. De waarneming van 'kloven' tussen werkvloer en bestuurder en tussen managers en medewerkers is gebaseerd op een negatieve duiding van afstand. Langzamerhand is door voortschrijdend inzicht een minder normatieve interpretatie van het fenomeen afstand ontwikkeld. De ervaringen in het onderzoeksveld, de bevindingen, maar zeker ook de besprekingen met andere wetenschappers heeft in hoge mate bijgedragen aan een 'hervonden distantie', waarbij 'processen van distantiëring' meer neutraal gezien konden worden, als sociale processen met hun eigen specifieke en situationeel bepaalde uitkomsten.

4.3 Onderzoeksfasen

4.3.1 Inleiding

Om toegang te krijgen tot de instellingen, maar ook tot de kritieke gebeurtenissen en om te achterhalen welke betekenissen door de betrokkenen worden

verbonden aan de voorvallen, is het opbouwen van vertrouwen noodzakelijk. Vertrouwelijkheid in de omgang met de verkregen informatie is daaraan verbonden en daarom is ervoor gekozen de beschrijvingen van de case studies te anonimiseren. Bestuurders, managers en medewerkers waren van te voren geïnformeerd en hebben toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. De personen die deel uitmaakten van de vergaderingen en bijeenkomsten die tijdens de observatie bezocht werden wisten niet altijd van te voren van het onderzoek af. Daarom is vooral ook voorzichtigheid betracht bij de verwerking van de gegevens uit de observaties. De bestuurders zijn zo vriendelijk en moedig geweest om zonder restricties, hun werk en ook de mensen om hen heen bloot te stellen aan onderzoek. In de interviews hebben managers en medewerkers open gesproken over hun ervaringen, opinies en hun werk. Hun vertrouwen mag niet worden beschaamd, maar dat neemt niet weg dat de onderzoeker helder moet weergeven wat er tijdens de observaties en gesprekken plaatsvond.

4.3.2 *Verkenkende fase*

In de verkennende fase is door middel van literatuurverkenning, beleidsonderzoek en historisch onderzoek een beeld gevormd van de context waarin het onderzoek plaats ging vinden. Het onderzoeksveld, zorg, het onderzoeksobject, zorgbesturing, en het onderzoeksthema afstand, zijn in deze fase verhelderd. Inzicht is verworven in de organisatie van gezondheidszorg, over besturen van zorginstellingen en management en leiderschap, en in de historische ontwikkeling van het beroep zorgbestuurder. Het fenomeen van spanning tussen afstand en betrokkenheid in de zorg kwam uit deze verkenning naar voren uit het gegeven dat zorgbestuurders steeds minder zijn opgeleid in een zorgberoep, zorginstellingen steeds groter en de zorgprofessionals steeds gespecialiseerder opgeleid en gesocialiseerd worden. Vaak wordt 'de kloof' tussen management en professionals beschreven, maar ook zijn er afstanden tussen (groepen) professionals zelf. De zorgsector wordt in vele beschrijvingen neergezet als 'gefragmenteerd' en mede door deze fragmentatie moeilijk te beïnvloeden, zo moeilijk dat het door één auteur werd vergeleken met 'bijten in graniet' (Tabak, 1994). Zorgbestuurders staan voor een lastige taak, van hen wordt veel verwacht, maar er is niet veel bekend over de manier waarop zij sturen en welke maatschappelijke tendensen daarop van invloed zijn. De uitkomst van de literatuurstudie is eerst vastgelegd in een onderzoeksopzet. Hoofdstuk twee van dit boek is gebaseerd op deze literatuurstudie en beschrijft de afstandvergroten tendensen die in de zorg plaatsvinden.

De bevindingen uit de verkennende fase werden vervolgens besproken in het werkveld. De onderzoeksopzet is voorgelegd aan de programma-commissie voor de opleidingen van de NVZD (Nederlandse Vereniging voor Zorg Directeuren) voor bestuurders in de zorg. Daarna zijn vijftien zorgbestuurders geïnterviewd. De interviews waren ongestructureerd van aard en vonden hun aanleiding in een eerste gespreksnotitie over het begrip afstand. Aan het einde van dit vooronderzoek kon de gespreksnotitie worden bijgesteld tot de versie die in de drie case studies is gebruikt (bijlage 1). Het vooronderzoek heeft geleid tot een sensitiviteit van de onderzoeker voor het onderzoeksveld, een oefening in het benaderen van zorgbestuurders en het voeren van een gesprek over het onderzoeksthema. De bestuurders bleken het fenomeen afstand verschillend te beoordelen, en er werd op verschillende manieren mee omgegaan. Het onderzoeksthema bleek door het grootste deel van de respondenten als relevant te worden gezien voor de besturingspraktijk.

4.3.3 Case selectie

De gelaagdheid van zorg, de collectiviteit van zorg, en de discretionaire ruimte die uitvoerenden hebben, komen voor in iedere hedendaagse zorgorganisatie, en elk van die drie elementen veroorzaakt afstand. Vastgesteld is dat het omgaan met distanciëring een onvermijdelijk vraagstuk is voor elk bestuur in de zorgsector. Daarom zou dat probleem terug te vinden moeten zijn in verschillende typen zorgorganisaties. Om de zorgbesturing in de breedte te verkennen en om het werk van zorgbestuurders uit verschillende organisaties te kunnen vergelijken, zijn organisaties uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg geselecteerd. Er is in deze vergelijking niet gezocht naar gelijksoortige organisaties maar juist naar een variatie in zorg: kortdurende en langdurende zorg, meerdere soorten aandoeningen, verschillende leeftijdscategorieën. Dit om een meer representatief beeld te krijgen van zorgbestuurders en van wat besturen op afstand in verschillende situaties inhoudt. Het onderzoek heeft daarom plaats gevonden in drie verschillende typen zorgorganisaties, een algemeen ziekenhuis, een organisatie voor verpleging en verzorging, en in een organisatie voor zorg en ondersteuning van verstandelijk gehandicapten.

De selectie van de drie organisaties heeft plaatsgevonden langs drie lijnen: theoretische overwegingen voortkomend uit het onderzoek naar de maatschappelijke tendensen, normatieve overwegingen voortkomend uit de reputatie van de organisaties en pragmatische overwegingen. Ten eerste komen uit de maatschappelijke tendensen zoals beschreven in hoofdstuk twee van dit onderzoek, variabelen naar voren op basis waarvan selectiecriteria opgesteld konden worden. Gesteld is dat maatschappelijke processen zoals professionalisering

van zorgverleners en zorgbestuurders, schaalvergroting, fusies en het veranderende sturingsparadigma, van invloed zijn op het ontstaan en bestaan van distantiëring. Op basis van dit inzicht is geselecteerd op volgende variabelen: schaalgrootte, aantal locaties, fusie, en besturingsvorm. Als selectiecriteria is gesteld dat de schaal van de organisatie groter moest zijn dan 1.000 medewerkers en dat de organisatie meerdere locaties moest omvatten. In 2002 was een organisatie van 1.000 medewerkers al een redelijk grote organisatie. Daar is echter onverwacht snel verandering in gekomen, door een nieuwe fusiegolf, op grond daarvan bestaan er anno 2008 zorgorganisaties van meer dan 20.000 medewerkers. De organisaties die voor dit onderzoek werden geselecteerd waren in 2002 in omvang middelmatig tot groot.

De selectiecriteria grootte en verspreidheid (over meerdere locaties) van de organisatie waren bedoeld om zicht te kunnen krijgen op de invloed en werking van ruimtelijke afstand. Omdat sociale afstand in de organisaties gebaseerd is op verschillen, was het van belang dat de organisatie kort geleden een fusie doorgemaakt had zodat zij verschil 'in huis hadden'. Een derde aanname was dat de organisatie van de topstructuur de afstand van bestuur tot werkvloer beïnvloedt en dat organisaties die georganiseerd zijn volgens een 'Raad van Toezichtmodel' met een Raad van Toezicht en een Raad van Bestuur, wel op afstand *moeten* sturen.

Ten tweede is gezocht naar organisaties met een goede reputatie en waar, voor zover ons bekend was, geen bestuurs- of financiële crisis gaande was. Dit omdat een niet goed lopende organisatie niet zo snel bereid zal zijn tot het toelaten van een onderzoeker die met de bestuurder mee loopt en mensen uit de organisatie spreekt. Daarnaast leken voorbeelden van sturing die goed uitwerkten voor het onderzoek het meest interessant, omdat juist daar van te leren valt hoe sturen met afstand werkt. De reputatie van de organisaties die ons bekend was, werd vervolgens gestaafd door publicaties over aan de organisaties toegekende prijzen en landelijk bekende en innoverende kwaliteitsprojecten die in de betreffende organisaties plaatsvonden.

Ten derde bleek, heel pragmatisch, de toegang tot het onderzoeksveld een belangrijk selectiecriteria te zijn. Niet alle zorgbestuurders waren bereid tot deelname. De bestuurders die de onderzoekspopulatie zijn gaan vormen vonden het thema van het onderzoek belangrijk en interessant, zij hebben, zij het impliciet, het thema 'afstand' in hun werk geïmpliciteerd als besturingsvraagstuk. Het is niet onderzocht in hoeverre zij wat dat betreft representatief zijn voor hun beroepsgroep, er is een zekere bias mogelijk.

4.3.4 Toegang en uitvoering

De bestuurder van de organisatie voor verstandelijke gehandicapten in dit onderzoek was eerder door het tijdschrift *ZorgVisie* tot zorgmanager van het jaar verkozen. Tijdens een lezing over het inrichten van een organisatie voor het organiseren van support, is een afspraak gemaakt voor een gesprek. In dit gesprek is gevraagd of het eerste deel van het onderzoek zou kunnen plaatsvinden in zijn organisatie. Hij verleende direct toestemming. De case studie vond plaats tussen april en augustus 2003. Er zijn achttien gesprekken met respondenten gevoerd en de bestuurder is gedurende acht dagen geobserveerd. In de VG organisatie werd de planning deels geregeld door de secretaresse van de bestuurder, deels door de onderzoeker zelf. Als eerste van de drie te onderzoeken organisaties heeft deze studie ook gediend om de manier van onderzoeken aan te leren en bij te stellen. Na het onderzoek is er met de bestuurder van deze organisatie contact gehouden waardoor het mogelijk was de case studie aan te vullen met meer recente organisatieontwikkelingen aangaande afstand en betrokkenheid.

Het vinden van een ziekenhuisbestuurder, die bereid was mee te werken aan het onderzoek duurde langer. Drie ziekenhuisbestuurders, zagen van deelname af. Uiteindelijk werden een bestuurder en een ziekenhuis gevonden die aan de criteria voldeden. Na het gesprek met de bestuurder was binnen twee dagen besloten dat het onderzoek in het betreffende ziekenhuis kon plaatsvinden, en konden met de bestuurssecretaris afspraken gemaakt worden over de organisatie van het onderzoek.

De bestuurder kijkt in zijn agenda om een meeloopagenda te kunnen maken. Staart er geruime tijd verbijsterd in alsof hij voor het eerst ziet hoe druk het is. Ik lach, hij zegt: 'Het is wel een raar beroep, waar houd ik me nu eigenlijk mee bezig... Maar je zou wel leuk mee kunnen lopen met de opening van het diabetesplein, met overleggen, met de MT vergaderingen...'

(Bron: interview zorgbestuurder ZH)

Tussen 30 maart en 28 juni 2004 vonden 27 interviews met 28 respondenten plaats. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis bestaat uit de voorzitter en zijn collega bestuurder. Beiden zijn geïnterviewd en het werk van de bestuurder is tijdens een periode van twee maanden, gedurende zes dagen geobserveerd. Omwille van de omvang van het onderzoek is in samenspraak met de secretaris van de RVB besloten het medisch ondersteunende cluster niet in het onderzoek te betrekken. Om een beeld te krijgen van de niet-zorg kant van het ziekenhuis is het facilitair bedrijf (FAB) wel onderzocht. Vier clustermanagers en de

medisch managers (dual management) zijn geïnterviewd. In elk cluster is vervolgens op voordracht van de clustermanagers met een afdelingshoofd en een vakgroefhoofd (dual management) gesproken, en vanuit diezelfde afdeling één (of vanwege de duobanen soms twee) teamleider(s) en een verpleegkundige van eenzelfde werkeenheid. Het streven was respondenten te vinden die op de verschillende locaties werkten. In het ziekenhuis zijn alle contacten met de respondenten door de onderzoeker zelf gelegd via telefoon en e-mail. Dit nam veel tijd in beslag. Vooral met de medisch specialisten in het ziekenhuis was het lastig gesprekken te plannen, zij waren ook vaak te laat, iets dat bij andere respondenten niet is voorgekomen.

De derde organisatie in de sector Verpleging en Verzorging (V & V) werd gevonden doordat zij als beste uit de bus was gekomen in een onderzoek van de Stichting Cliënt & Kwaliteit. Ook hier was binnen korte tijd een gesprek mogelijk, en tijdens het gesprek werden al afspraken voor de organisatie van de onderzoeksactiviteiten gemaakt. Op 29 oktober 2004, nadat de toezegging tot deelname was goedgekeurd in het managementteam vond de eerste observatie plaats. Tussen 29 oktober en 9 december 2004 liep ik in een periode van twee maanden, verdeeld over negen dagen, een aantal uren per dag mee met de bestuurder. Tussen 15 oktober en 4 december 2004 vonden twintig interviews met 29 medewerkers plaats. Drie locatiemanagers, twee managers verpleeg- en hoteldienst en de manager medische/psychosociale dienst en transmurale projecten zijn geïnterviewd. Op elke locatie is vervolgens op voordracht van de managers met een (of in duobanen met twee) afdelingshoofd(en) en één (soms twee) teamleider(s) en een verzorgende van dezelfde locatie. Daarnaast is ook een hoofd, een teamleider en een medewerker (verpleeghuisarts) uit de medische/psychosociale dienst gesproken. De paramedische dienst is buiten het onderzoek gebleven.

In deze organisatie werd de gehele planning door de bestuurssecretaresse geregeld. Dat laatste had als voordeel dat het onderzoek zeer snel verliep, ondanks dat hier de meeste interviews zijn afgenomen. Het nadeel hiervan was dat het maken van afspraken de onderzoeker extra inzichten oplevert, en dat dus in dit geval die gegevens werden gemist.

4.4 Methoden

4.4.1 Inleiding

Vanwege de gelaagdheid van het onderzoek waarbij afstand enerzijds wordt gezien vanuit het denken en doen van de zorgbestuurders en anderzijds vanuit de ervaringen en meningen van medewerkers uit de organisatorische lagen van

zorgorganisaties, is de observatie van de bestuurders gecomplementeerd met interviews met bestuurder, managers en medewerkers van de drie organisaties. Doordat de interviews en de observaties in eenzelfde tijdsperiode vielen, leerde de onderzoeker de organisatie, de personen en de items die in de organisatie speelden, kennen en werd het voeren van het gesprek naarmate er meer interviews waren gehouden steeds gericht. Verschillende opvattingen van respondenten en de gegevens uit de observaties konden daardoor met elkaar gecontrasteerd worden, waardoor een beter begrip verkregen werd van wat er in de organisatie speelde en hoe afstand op verschillende plaatsen verschillend werd ervaren en hoe er op diverse manieren mee werd omgegaan. Soms werd er gezocht naar mogelijkheden om afstand te overbruggen, maar soms ook werd afstand expliciet in stand gehouden of juist geconstrueerd.

4.4.2 *Observatie*

Observatie van het werk van de drie bestuurders vormt een belangrijk onderdeel van dit onderzoek. Observatie geeft de mogelijkheid mee te maken wat het werk van een zorgbestuurder 'echt' inhoudt (Noordegraaf, 2000; Berendsen, 2007; Rhodes e.a., 2008). Gekozen is voor ongestructureerde, non-participerende observatie. Non-participerende observatie is het lijfelijk aanwezig zijn van de onderzoeker in het 'onderzoeksveld' waarbij de onderzoeker de gebeurtenissen en gedragingen van de respondenten meemaakt, ervaart, en registreert (t Hart e.a., 1998). Vaak wordt er in de literatuur een punt gemaakt van de mate waarin de onderzoeker participeert. In dit onderzoek nam de onderzoeker hoewel aanwezig, niet deel aan de besprekingen. Er is hierbij een positie ingenomen die de situatie zo min mogelijk stoorde, maar wel zo veel mogelijk informatie opleverde. Wat de onderzoeker zag en hoorde werd geregistreerd. Hierbij zijn geen andere middelen gebruikt dan pen en papier, om de normale situatie niet te veel te verstoren. Het gedrag van de bestuurders en alle andere respondenten wordt echter, zo bleek tijdens het onderzoek, niet heel anders vanwege de observatie, omdat het werk zelf altijd meer aandacht vraagt dan de aanwezigheid van de onderzoeker (Czarniawska, 1998).

Natuurlijk heeft het theoretische thema 'afstand' de observatie gestuurd, maar het was niet bij voorbaat duidelijk waar en hoe uitingen die met dat thema te maken hadden te vinden zouden zijn. De observatie van het werk en gedrag van de zorgbestuurders duurde gemiddeld zes dagen en was verdeeld over verschillende dagdelen gedurende het onderzoek in de desbetreffende organisatie. De observatiemomenten zijn gekozen in overleg met de bestuurders op basis van hun agenda en waren vooral die dagdelen waarop er iets 'gebeurde', momenten waarop geplande situaties voorkwamen waarin contact gemaakt werd met 'relevante anderen', zoals het managementoverleg, het overleg met individuele

managers en met de collega bestuurder, werkbezoeken, lezingen die door de bestuurder werden gehouden, deelname aan het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers, een ondernemingsraadvergadering, mogelijke vergaderingen of bijeenkomsten met de cliëntenraad, overleg met bijvoorbeeld de pers. In alle drie organisaties is de bestuurder ook gevolgd tijdens één of twee externe bijeenkomsten. Tijdens de observaties is zoveel mogelijk opgeschreven: met wie het contact was, waar het over ging, hoe het gesprek inhoudelijk en procedureel verliep, wat er gezegd werd en door wie en hoe de betrokkenen zich gedroegen. De inhoud van besturen tekent zich vooral af tijdens besprekingen en vergaderingen. Daarbij is het thema afstand inherent relationeel. Daardoor was het maar afwachten of in 'representatieve' dagdelen waarin er zoveel verschillende typen vergaderingen en besprekingen waren, ook werkelijk iets over het voorkomen of het omgaan met afstand naar voren zou komen, en hoe en of die momenten dan te 'vangen' zouden zijn. Een groot deel van het bestuurswerk gebeurt ook op andere tijden en plaatsen, bijvoorbeeld via de e-mail of de mobiele telefoon tijdens de reis naar huis, maar dit viel buiten het gezichtsveld van het onderzoek. Hoewel het werk van de bestuurders hectisch is en de tijd zo efficiënt mogelijk wordt gebruikt, was het mogelijk om tussen vergaderingen en besprekingen door met de bestuurders te spreken. Zo konden de gebeurtenissen worden aangevuld met de interpretatie van de bestuurder en werd van de gebeurtenissen niet alleen het 'hoe' en 'wat' duidelijk maar ook het welke betekenis er aan de gebeurtenissen werd gegeven door de bestuurder of wat de historie van de voorvallen was. De periode waarin observaties gedaan werden liep grotendeels parallel aan de interviews. Dit had als grote voordeel dat de mensen die bij de bestuurder aan tafel kwamen al geïnterviewd waren of dat binnenkort zouden worden. Hierdoor was de in de organisaties doorgebrachte periode een 'onderdompeling' in het onderzoeksveld. De drie bestuurders zijn in hun eigen organisatie geobserveerd gedurende een min of meer aaneengesloten tijdsperiode (Den Hertog en Van Sluijs, 1995; Creswell, 1998; Yin, 1994; Robson, 2002). De duur van de periode van observatie was van te voren vastgesteld op ongeveer een week, zo nodig verdeeld over meerdere dagen. Het is voor de bestuurder in zekere zin belastend een onderzoeker als 'schaduw' mee te hebben lopen, maar een week observatie was voor de bestuurders overkomelijk en gaf de onderzoeker zeker voldoende onderzoeksinformatie.

4.4.3 Interviews

Door de interviews was er steeds weer contact met de organisatie en duurde de totale onderzoeksperiode per casus tussen de twee tot vijf maanden. Dat is een beperkte periode en zeker geen langdurig verblijf in 'het veld', zoals meestal de bedoeling is bij etnografisch onderzoek. De interviews vonden plaats in de

eigen werkkamers van de managers en de gesprekken met de medewerkers in een door henzelf gekozen ruimte. Het eerste interview was dat met de bestuurder van de organisatie, de gesprekken met de bestuurders zijn niet op band opgenomen omdat dit tevens de eerste kennismaking betrof en daarbij een opname minder gepast was omdat er nog geen toestemming voor het onderzoek verkregen was. De eerste gesprekken zijn wel direct op schrift vastgelegd en waren dermate interessant dat zij als onderzoeksdata gebruikt konden worden. Alle leden van de volgende managementlaag, het managementteam, zijn op dezelfde manier geïnterviewd. Door iedere manager is een zorgverlener uit de betreffende divisie geselecteerd die ook op deze manier werd geïnterviewd. Alle interviews duurden ongeveer één uur en zijn opgenomen op band. Als er divisies verspreid waren over meerdere locaties zijn medewerkers van verschillende locaties gesproken. De VG organisatie, met 120 locaties, was hiervoor te verspreid, daar is om die reden onderzoek gedaan in de organisatie onderdelen die geografisch op verschillende afstanden, van het bestuurscentrum lagen. De interviews waren ongestructureerd van opzet. Gestreefd is naar het voeren van een open, maar thematisch gericht gesprek, naar aanleiding van een notitie over afstand (zie bijlage 1).

Het gespreksthema (topic of issue) was op grond van deze notitie van te voren bepaald, maar in het gesprek is zoveel mogelijk datgene gevolgd wat de informant naar aanleiding van het thema afstand naar voren wilde brengen. De taak van de onderzoeker was verhelderende en verdiepende vragen te stellen en het gesprek aan de gang te houden. Czarniawska (1998) noemt deze manier van interviewen: 'narratief interviewen'. Op deze manier wordt het meeste recht gedaan aan de zienswijze van de respondenten. De onderzoeker tracht de situatie zo min mogelijk te beïnvloeden om achter informatie te kunnen komen zoals deze zich in het 'echte leven' voordoet. Dit vergt een andere gesprekstechniek dan een voorgestructureerde manier van interviewen. Het interview wordt daardoor een gesprek waarin vooral het verhaal van de informant achterhaald wordt.

4.4.4 Documenten

Voorafgaande aan de case studies zijn in ieder geval de volgende documenten verzameld:

- twee recentste jaarverslagen
- relevante beleidsdocumenten zoals visiedocument, (medisch) beleidsplan, structuurnota
- recente interne onderzoeken zoals de medewerkers- en patiënttevredenheidsonderzoeken
- verslagen van de ondernemingsraad en de cliëntenraad

- de laatste jaargang van de interne en externe periodieken van het ziekenhuis
- Internet informatiesite

Vóór het gesprek met de bestuurder was de beschikbare informatie en publicaties over de organisatie doorgenomen. Tijdens het gesprek met de bestuurder is gevraagd naar relevante documenten en tijdens de observatie en de interviews werden verschillende 'velddocumenten' verzameld. De documenten zijn bestudeerd om een beeld te krijgen van de organisatie en welke kwesties er op het moment van onderzoek speelden en hebben bijgedragen aan de schets van de organisatie, de context van de respondenten. De documenten zijn gescreend op de kwesties die in de organisatie spelen. Door zicht te hebben op de documenten en de issues waren opmerkingen van respondenten tijdens de interviews maar vooral bij de observaties beter te plaatsen. De bestudering van documenten was ondersteunend aan de andere twee onderzoeksmethoden.

Van de werkkamers van de bestuurders zijn tijdens de observatie beschrijvingen en foto's gemaakt die ook als 'input' zijn gebruikt, evenals de indrukken van het gebouw en de ruimten waar de respondenten te vinden waren. Doordat de managers en medewerkers geïnterviewd werden op hun eigen werkplek, leverde het vinden van de betreffende ruimte, waarvoor het gebouw doorkruist moest worden, achtergrondinformatie voor het onderzoek.

4.4.5 Analyse

De interviews zijn op band opgenomen. De interviews zijn door de onderzoeker letterlijk uitgetypt, en in het computerprogramma Atlas ti opgeslagen. De schriftelijke observatieverslagen zijn zo veel mogelijk direct na de observatie uitgewerkt en opgeslagen, zodat de gebeurtenissen nog vers in het geheugen lagen. Voor het opslaan en verwerken van de gegevens is het computerprogramma Atlas ti gebruikt. Het programma biedt de mogelijkheid veel verschillende soorten gegevens op te slaan en ondersteunt het analyseren van een grote hoeveelheid informatie. Het programma biedt het voordeel dat gegevens steeds op grond van de analyse op andere manieren gegroepeerd en gepresenteerd kunnen worden waarbij de context van een citaat altijd direct terug te vinden is. Het programma heeft als nadeel dat het niet zo gemakkelijk hanteerbaar is. Tijdens de verwerking van de data zijn verschillende empirische, theoretische en methodische notities gemaakt om het proces en de voortgaande gedachtestroom vast te houden en patronen in het onderzoeksmateriaal op het spoor te komen.

Het materiaal uit de casussen is gecodeerd volgens het systeem van open coderen, waarbij de codes 'naar boven' komen uit het materiaal zelf. Ver-

volgens zijn de codes per casus vergeleken en gegroepeerd tot patronen. Hierna zijn deze patronen over de drie casussen vergeleken. Na de bewerking van de data is terug gegaan naar het literatuuronderzoek en zijn de in de empirie gevonden patronen en fenomenen vergeleken met theorie. De manier van werken is te typeren als een retrospectieve betekenisgeving door het afwisselen van vergelijking, inductie, en abductie (Maso & Smaling, 1989).

4.4.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Het gebruik van meerdere methoden refereert aan het begrip 'datatriangulatie' of 'bronnentriangulatie' (Maso & Smaling, 1989) dat vaak gebruikt wordt als een opstapeling van methoden om het bewijs van een stelling of hypothese meer valide te maken. De drie onderzoeksmethoden, observatie, interview en documentanalyse zijn in dit onderzoek echter eerder gebruikt als aanvullend voor de beschrijving van het fenomeen, dan als de opstapeling van bewijs om de bewijsvoering harder te maken (Wolfram Cox & Hassard, 2005). De drie onderzoeksmethoden gaven de mogelijkheid om te komen tot een redundantie van informatie, een 'thick description' (Geertz, 1973) van het ervaren van en omgaan met de dubbele besturingsopdracht, vanuit verschillende perspectieven die voortkomen uit de structuur (gelaagdheid en indeling) van de organisatie. Door het gebruik van meerdere theoretische gezichtspunten, sociaal-wetenschappelijk, organisatiekundig en bestuurskundig, op het thema afstand is sprake van theoretische triangulatie (Maso & Smaling, 1989).

Om de interne validiteit van de resultaten uit de case studies te toetsen is in elke organisatie, per case, een terugkoppeling van de bevindingen gegeven door middel van een presentatie aan bestuurder en respondenten. Na de eerste analyse zijn de voorlopige conclusies uit de casus met de bestuurder besproken en hierna gepresenteerd aan de deelnemers aan het onderzoek. In twee organisaties was een groot deel van de respondenten bij deze terugkoppeling aanwezig. In de organisatie voor verstandelijke gehandicapten werd de bijeenkomst georganiseerd in het bestuurscentrum, er waren niet veel respondenten omdat die er te ver voor moesten reizen. In het ziekenhuis is de terugkoppeling gecombineerd met een managementoverleg. Hierbij waren een aantal van de geïnterviewde zorgverleners wel uitgenodigd, maar in mindere mate vertegenwoordigd. In de organisatie voor Verpleging en Verzorging werd een aparte bijeenkomst georganiseerd, waarbij het grootste deel van de respondenten aanwezig was. De bedoeling was de resultaten van het onderzoek te bespreken en bij te stellen, maar er kwam uit de besprekingen niet veel nieuwe informatie naar voren. De resultaten werden aangemerkt als scherpe analyse van de relaties in deze drie organisaties. Onderzoekstechnisch heeft de groepsgewijze terug-

koppeling, naast het valideren van de bevindingen, geen grote meerwaarde gehad. De groepen waren te groot en te divers om tot een discussie te komen. De terugkoppeling aan de bestuurders leverde wel weer opnieuw gesprekstof en meer subtiele informatie op.

In dit onderzoek zijn drie zorgorganisaties, drie cases, na elkaar onderzocht, niet zozeer om te kunnen komen tot statistische generalisatie van de bevindingen maar om een zo veelzijdig mogelijk, in de antropologie heet dit een 'dikker', inzicht te krijgen van het voorkomen van afstand in verschillende situaties. Dit wordt ook wel een analytische generalisatie genoemd (Robson, 2002; Anthonissen & Boessenkool, 1998). Zoals Rhodes (1997) opmerkt, zijn case studies geen waarheidsclaims, maar verhalen en geschikt voor analytische generalisaties als ook voor het testen van theorie. (Rhodes e.a. 2007). De keuze van drie volstrekt verschillende zorgorganisaties was bedoeld als het verwerven van variatiebreedte (Maso & Smaling, 1989) om vanuit verschillende unieke situaties meer algemene uitspraken te kunnen doen over het ervaren van en omgaan met afstand in het besturen van zorgorganisaties. Zoals eerder is aangegeven zijn de onderzochte zorgbestuurders misschien niet representatief voor hun beroepsgroep omdat zij afstand als besturingsprobleem onderkenden, echter juist hierdoor was het mogelijk verder te komen dan de vraag of afstand nu een besturingsprobleem is of niet, waardoor het onderzoek zich kon richten op de verschillende ervaringen binnen de organisaties en de manier waarop er impliciet of expliciet met afstand wordt omgegaan.

4.5 Conclusie

In de case studies zijn drie onderzoeksmethoden gebruikt: observatie van de bestuurders in hun dagelijks werk, interviews met de zorgmanagers en zorgverleners uit verschillende lagen en onderdelen van de organisatie, en bestudering van documenten uit de organisatie.

De drie bestuurders zijn in hun eigen organisatie geobserveerd. Vervolgens zijn uit de verschillende lagen en locaties van de organisaties managers, afdelingshoofden, teamleiders en zorgverleners geïnterviewd over het thema afstand. Alle geschreven informatie waarop in de periode van de case studie de hand kon worden gelegd is gebruikt. Documenten zoals jaarverslagen, beleidsnota's en informatiemagazines waren nuttig om een beeld te krijgen van de organisaties en van wat zich daarin afspeelde. Ook de ervaringen van de onderzoeker, bij bijvoorbeeld bij het maken van de afspraken, geven zicht op hoe de organisatie werkt en zijn daarmee input voor het onderzoek. In het voorgaande hoofdstuk is beschreven dat afstand een *gegeven* is *én* een *sociale constructie*. De mens beïnvloedt de ruimte maar de ruimte, bijvoorbeeld de grootte of verspreidheid van een organisatie, beïnvloedt ook de sociale structuren en het menselijke gedrag.

Daarom zijn in het onderzoek ook de indrukken van de verschillende locaties en de gebouwen gebruikt om het beeld aan te vullen.

De case studies worden in de volgende drie hoofdstukken als drie aparte beelden naast elkaar gepresenteerd. Deze beschrijvingen zijn opgebouwd uit een eerste presentatie van de organisatie; ten tweede is beschreven hoe afstand door de verschillende respondenten in de verschillende lagen en locaties van de organisatie wordt ervaren, ten derde wordt in een multiperspectief op de bestuurder, een beeld geschetst hoe en in welke situatie bestuurders zelf afstand ervaren en ermee omgaan en hoe hun gedrag dan weer wordt opgevat door de managers en medewerkers in de organisatie. Als laatste wordt beschreven *hoe* besturingspraktijken aangaande afstand en betrokkenheid in deze drie zorgorganisaties werken.

5

Groot en wijdverspreid

Case studie 1: Zorg en ondersteuning van gehandicapten

5.1 Inleiding

We hebben 350 adressen, waar fysieke gebouwen van ons zijn, het is heel gedeconcentreerd en dat is lastiger om iets van saamhorigheid te creëren.

(Bron: interview directeur)

Deze organisatie voor zorg en ondersteuning van verstandelijke gehandicapten (VG) heeft 120 locaties en 350 gebouwen. Het is te verwachten dat uit de interviews en de observatie naar voren zal komen dat hoe groter de schaal en hoe verspreider de organisatie is, des te groter de door de medewerkers ervaren afstand zal zijn naar het bestuur, maar ook tussen de verschillende locaties. Ook is te verwachten dat in zo'n verspreide organisatie managementmechanismen zullen worden ingezet om te coördineren, en dat die mechanismen de afstand tussen de verschillende onderdelen van de organisatie zullen verminderen.

Deze verwachtingen worden maar ten dele bevestigd door de waarnemingen in deze organisatie. De omvang en verspreiding spelen opvallend genoeg geen grote rol in het ervaren van afstand, en de verschillende managementmechanismen die worden ingezet werken, zoals bedoeld, enerzijds coördinerend, maar scheppen anderzijds ook juist afstand tussen beleid en uitvoering. In deze organisatie wordt het ervaren van afstand door de respondenten vooral gekoppeld aan bureaucratische tendensen, aan spanningen die voortkomend uit bezuinigingen, en aan meer of minder betrokkenheid van het management bij de cliënten, werkprocessen en medewerkers. Er is in deze organisatie een expliciete visie die alle respondenten delen en uitdragen, je zou kunnen spreken over een verbindende visie. Maar ook dat is niet helemaal wat het lijkt. Hoewel de medewerkers in principe achter deze visie staan, merken zij dat het lastig is haar uit te voeren. Zij voelen zich niet gesteund door het management bij de problemen die zij in hun dagelijks werk tegenkomen en gaan de gemeenschappelijke idealen steeds meer zien als een ideologie zonder werkelijkheidsgehalte.

Als een utopie die wordt voorgeschreven door het management dat zelf niet in aanraking komt met de dagelijkse problemen. De visie die zo verbindend leek schept uiteindelijk afstand tussen management en werkvloer. *“Idealen binden, maar ideologie schept afstand”* stelt één van de respondenten. Dat de afstand tussen bestuur en werkvloer een punt was in de organisatie, is wel heel duidelijk aangegeven in een jaarverslag van de ondernemingsraad (OR) van deze organisatie voor ondersteuning van verstandelijke gehandicapten (VG). In dit verslag, dat gaat over beleid in relatie tot medewerkers, staat in stripachtige illustraties getekend hoe bestuur en directie proberen vanuit hun toren de werkvloer te bereiken. Op allerlei manieren proberen zij een touwladder te bevestigen, maar de bevestiging laat steeds weer los of de touwladder hangt net iets te hoog. Uiteindelijk worden de bestuurder en directie door de OR, die in een helikopter, op afstand, het hele schouwspel gadeslaat, op het idee gebracht de noest werkende mensen op de grond te vragen wat zij nodig hebben. Dan lukt het, twee touwladders, één voor naar boven en één voor naar beneden, zijn uiteindelijk goed vastgemaakt aan de toren en aan de grond: het contact is gelegd. Dit jaarverslag van de OR is geschreven en getekend in 2000. Toen al werd afstand tussen bestuur en werkvloer in deze organisatie als een probleem gezien. Daarna is er steeds weer op verschillende manieren aandacht besteed aan het bestendigen van het contact, zo blijkt uit het onderzoek en daarna ook uit recente ontwikkelingen in deze organisatie.

In het hiernavolgende verslag wordt eerst in paragraaf 5.2 een schets gegeven van deze uit vele onderdelen bestaande organisatie. In paragraaf 5.3 wordt beschreven hoe vanuit het perspectief van de managers en medewerkers verschillende typen afstand in deze organisatie op verschillende plaatsen, op verschillende manieren worden ervaren. In paragraaf 5.4 wordt daar het perspectief van de bestuurder en op de bestuurder tegenover gezet. Vervolgens gaat paragraaf 5.5 over de manieren die in deze organisatie zijn gevonden in het omgaan met afstand.

5.2 Eenheid en verscheidenheid

Er is hier onderling weinig afstand, dat is historisch zo gegroeid. Het is een hele leuke organisatie, ideeën kunnen hier werkelijkheid worden. We zijn er echt voor de cliënten. In ons werkbegeleidingscentrum worden cliënten overigens medewerkers genoemd.

(Bron: interview teamleider)

Het logo van de organisatie voor zorg en ondersteuning van verstandelijke gehandicapten en mensen met sociaal psychiatrische problemen bestaat uit een heleboel verschillende bolletjes die in kringen om elkaar heen 'bewegen'. De buitenste kring is niet gesloten maar open, en lijkt de kern te ondersteunen. Het logo geeft een beeld van de manier waarop deze organisatie is georganiseerd, en waar de organisatie voor wil staan. Ook de naam van de beleidsnotitie 'eenheid en verscheidenheid' verwijst daar naar: een organisatie die uit veel verschillende eenheden bestaat maar wel een samenhang vertoont en die ondersteuning van de cliënten en van het primaire proces op een open en flexibele manier wil doen plaatsvinden. De organisatie wordt bewust niet afgebeeld in de vorm van een organogram omdat dat een te statisch en te hiërarchisch beeld zou geven van de manier waarop de organisatie gestructureerd is. Eigenlijk kan het logo dienen als organogram.

De organisatie omvat zoals gezegd 120 verschillende locaties en 350 gebouwen. Die zijn verspreid over een groot gebied, deels stedelijk, deels landelijk. In de organisatie werken 1600 medewerkers en worden diensten verleend aan 3200 cliënten. De organisatie levert meerdere soorten zorg en ondersteuning aan verschillende cliëntengroepen. Het gaat om kinderen en volwassenen met een verstandelijke en/of psychosociale beperking die ondersteuning nodig hebben bij alle of bij verschillende facetten van het dagelijks leven: bij wonen, werken, opgroeien, vrije tijd en sociale contacten. De zorg en ondersteuning is in deze organisatie zo kleinschalig mogelijk georganiseerd, waardoor er zoveel verschillende locaties en gebouwen nodig zijn. De organisatie bestaat uit vele verschillende typen zorgvormen, om er enkele te noemen: verschillende soorten kleinschalige woonvormen, logeerhuizen, meeleefgezinnen, gezinsondersteuning, een diagnostisch team, ambulante begeleiding, maar ook vele verschillende soorten werkprojecten (atelier, theater, rijwielspecialist, bakkerij, kwekerij en groenploeg, houtwerkplaats, diverse horeca), dagcentra, jobcoaching en ondersteuning bij vrije tijd en sociale contacten.

Het doel van de organisatie is mensen met een verstandelijke handicap en of mensen met sociaal psychiatrische problemen te ondersteunen en te begeleiden zodat zij een leven kunnen leiden als ieder ander. De opdracht voor de organisatie is voorwaarden te scheppen waardoor zij zelf invulling kunnen geven aan hun leven, kunnen deelnemen aan de samenleving, zich kunnen ontplooiën en vaardigheden kunnen ontwikkelen, relaties kunnen onderhouden met de mensen van hun keuze en tenslotte gerespecteerd kunnen worden door anderen als volwaardige personen (Bron: Beleidsnota 2003 - 2005).

Het uitgangspunt hiertoe is het universele recht van de mens op zelfbeschikking. Mensen met een handicap moeten zelf kunnen beschikken over hun

leven, en zij hebben daarbij recht op de noodzakelijke ondersteuning die zij zelf verkiezen en vormgeven in hun eigen omgeving en situatie. Het is een inmiddels breed gedragen idee om de zorg voor mensen met een handicap te ‘vermaatschappelijken’. Vermaatschappelijking, community care en support zijn concepten die te definiëren zijn als: het ondersteunen van mensen met ernstige beperkingen – waaronder begrepen het ondersteunen van hun netwerk – bij het leven in en deelnemen aan de (lokale) samenleving (beraadsgroep community care, 1998 in RMO advies 25). Uitgangspunt daarbij is dat zorg liefst niet in instituten maar in de maatschappij wordt georganiseerd en gebaseerd is op het ondersteunen – support – en niet op het overnemen van zelfbeschikking en verantwoordelijkheid.

In 1926 richtte de grondlegger een organisatie op met het doel mensen met een beperking zoveel mogelijk in hun eigen omgeving te laten leven en aan de samenleving deel te laten nemen. De ‘inburgering van buitenstaanders’, wordt dit genoemd bij het 75 jarig jubileum van de organisatie. Het gedachtegoed van de grondlegger sluit na 80 jaar nog steeds naadloos aan bij de huidige doelstelling en visie. Er werd een vereniging voor belangenbehartiging voor mensen met een beperking opgericht en rond 1960 splitste die zich in enerzijds een organisatie voor opvang en ondersteuning van volwassenen en anderzijds een organisatie voor zorg voor gehandicapte kinderen. Deze organisaties splitsen en fuseerden in de loop van de jaren nog een aantal keren en kwamen in de jaren negentig weer samen. De huidige organisatie is opgebouwd uit vier gespecialiseerde stichtingen die in twee stappen, in 1996 en in 1999, onder één concernstructuur gebracht zijn:

- verstandelijke gehandicapten (VG) : 2.000 cliënten, 1.100 medewerkers
- sociale psychiatrie (SP): 850 cliënten, 330 medewerkers
- kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen en licht verstandelijke handicap: 325 cliënten, 150 medewerkers
- bestuurlijke stichting

De stichtingen zijn elk gericht op een eigen doelgroep en functioneren als zelfstandige organisaties met een eigen verantwoordelijkheid binnen één concern. Zij hebben eigen directies: er zijn drie directeuren zorg, en daarnaast is er een directeur van het facilitair bedrijf. De bestuurlijke stichting vertegenwoordigt de drie stichtingen, bestuurt en houdt toezicht. De bestuurlijke stichting bestaat uit de bestuurder, de bestuurssecretaris en de raad van toezicht. De twee stichtingen voor verstandelijke gehandicapten en sociale psychiatrie bestaan uit acht divisies, deze zijn verdeeld in vier divisies voor support (ambulante ondersteuning in de vorm van de divisies ingang, kinderen & jongeren, volwassenen, ouderen) en vier divisies voor service (dagbesteding VG & SP en wonen VG &

SP). De stichting voor kinderen en jeugdigen bestaat uit vier units, drie residentiële units en een unit voor ambulante dienstverlening. De facilitaire dienst was ten tijde van het onderzoek nog als projectorganisatie weergegeven, de specifieke positie moest nog worden vastgelegd. De vraag was of de facilitaire dienst als een aparte stichting te verzelfstandigen zou zijn.

In de organisatiestructuur is een scheiding aangebracht tussen 'service' en 'support'. Service staat voor de pasklare, aanbodgerichte, residentiele voorzieningen, terwijl support uit meer ambulante ondersteuning bestaat en een nieuwe stroming in de zorg voor mensen met een handicap vertegenwoordigt. Hierbij is de individuele zorgvraag het uitgangspunt voor het aanbod van ondersteuning. Service is voorgeprogrammeerde zorg zoals woonvormen en dagbesteding, support is volledig op het individu toegesneden ondersteuning (bron: structuurnota, 2003). Kort gezegd: service is confectie en support is op maat gemaakt. De divisie Ingang vormt een aparte divisie die organisatiebreed het eerste contact met de cliënt aangaat en hem of haar de organisatie binnenleidt.

Ingang is een nieuwe divisie met gedragsdeskundigen en artsen. Ingang moet de hele instroom, doorstroom en uitgang van de organisatie realiseren en ook trends en ontwikkelingen signaleren, zichtbaar zijn en het veld overzien.
(Bron: interview divisiemanager)

De medewerker van de divisie Ingang bepaalt samen met de cliënt en zijn omgeving de individuele zorgvraag en combineert dat met de mogelijkheden die de organisatie biedt. De medewerkers van de divisie Ingang onderhouden hiertoe contact met alle locaties van de organisatie en zij merken het als er wel of niet aan individuele vragen kan worden voldaan.

De hiërarchische structuur van de organisatie kent zes organisatorische lagen, van de werkvloer af gezien zijn dat: de zorgverlening, de teamleiding, het divisie (of unit) management, de directie, de bestuurder en de Raad van Toezicht. De bestuurder, de directeuren en het facilitair bedrijf zijn in een apart gebouw in het centrum van de stad gehuisvest, het bestuurscentrum. Om de gefragmenteerde organisatie bijeen te kunnen houden en te kunnen sturen is volgens het bestuur en management een goed passende organisatiestructuur belangrijk. In 2002 is de regionaal gebaseerde clusterstructuur van de organisatie vervangen door een op zorgtype gebaseerde divisiestructuur. De indeling van de divisies is gebaseerd op levensfasen (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen) en op levensterreinen (werken, wonen, school en opvoeding).

Bestuurder en management zoeken naar een manier van organiseren waarbij in deze grote, verspreide organisatie met zes organisatorische lagen het primaire proces centraal kan worden gesteld in plaats van het managementproces. Dat laatste zou volgens hen ondersteunend (vergelijk met support) moeten zijn aan wat er tussen cliënt en zorgverlener gebeurt. Er wordt in de aansturing van de organisatie uitgegaan van een cirkelmodel waarin de persoon met de handicap het middelpunt vormt en de verschillende organisatorische lagen als ondersteunende schillen daaromheen liggen. Alle cirkels staan in relatie en ten dienste van de persoon in het midden. De medewerkers moeten de flexibiliteit en ruimte hebben om op de diverse hulpvragen in te kunnen spelen. Zij zouden daarin ondersteund worden door het management en het bestuur. De medewerkers kunnen deze flexibiliteit en ruimte hebben als er duidelijke kaders zijn waarbinnen zij kunnen werken. Deze kaders zijn vastgesteld in een zogenaamd 'bottom-up' beleid: een 'systeem van integrale beleidsplanning voor sturing, beheersing en kwaliteitsbewaking'. Wat bestaat uit de planning van activiteiten en de controle daarop in een jaarplancycclus: jaarlijks stellen directie en bestuur, aan de hand van actuele ontwikkelingen, het strategische beleid bij. De strategische doelen, de operationalisatie ervan en de financiële ruimte worden beschreven in een kaderbrief. De teamleiders doen op grond van deze kaderbrief in een 'concept-activiteitenkaart' voorstellen voor wat er in dat jaar in hun team gedaan zal worden om de strategische doelen in te vullen. De divisie manager stelt aan de hand van de activiteitenkaarten van de teamleiders de concept-activiteitenkaart op van de divisie en vervolgens stelt de directie op basis hiervan haar concept-activiteitenkaart op. Alle organisatorische lagen overleggen bij het schrijven van hun concept-activiteitenkaarten met hun medezeggenschapsorganen. Deze lijn wordt weer terug gevolgd bij het vaststellen van de definitieve activiteitenkaarten en bijbehorende budgetten. De definitieve activiteitenkaarten worden op intranet geplaatst. De directeuren rapporteren maandelijks in een individueel gesprek aan de bestuurder over de voortgang van het vastgestelde beleid. In die gesprekken gaat het over actuele zaken in de deelstichting, over productie en ziekteverzuim – in cijfers als ook over de personen die beiden kennen – maar ook over het persoonlijk functioneren en de ervaringen en visies van de directeuren.

Opvallend is in deze organisatie hoe betrokken de respondenten zijn bij de cliënten waarvoor zij werken. De meeste medewerkers werken al lang bij de organisatie of komen uit een andere vergelijkbare organisatie. Zij zijn voor het merendeel op MBO - HBO niveau in inrichtingswerk of sociaal pedagogische hulpverlening geschoold. De managers, teamleiders, divisie managers, directeuren (op de facilitair directeur na) en de bestuurder zijn allen in een zorgberoep opgeleid en als zorgprofessional begonnen. Maar ook bij de medewerkers van

het facilitair bedrijf is, ondanks hun andere vooropleiding, die betrokkenheid bij de cliënt terug te vinden.

Ik heb wel wat met de cliëntgroep, ik ga niet bij Philips werken omdat ik niks met gloeilampen heb, ik heb wat met mensen, ik ben maatschappelijk betrokken.
(Bron: interview teamleider facilitair bedrijf)

Die betrokkenheid bij de doelgroep ontstaat vaak in het directe contact. Daar toe biedt de organisatie de mogelijkheid. In het bestuurscentrum waar de facilitaire dienst, de directie en de bestuurder zijn gehuisvest wordt de kantine geëxploiteerd als werkproject. Ook van de interne post is een werkproject gemaakt: deze wordt door mensen met een handicap rondgebracht in de organisatie. Overall in de organisatie kom je in contact met mensen met een handicap, soms ontstond in de interviews verwarring over het begrip medewerkers. In de werkprojecten zijn de mensen met een handicap de medewerkers.

5.3 Ervaren afstand

De omvang en de verspreiding van de organisatie bepalen niet direct de ervaring van afstand in deze organisatie, zo komt uit de gesprekken en observaties naar voren. Vanuit het perspectief van de managers en medewerkers heeft de afstand die zij ervaren veel meer te maken met het tempo waarin beslissingen genomen en uitgevoerd worden. Maar ook met de organisatiestructuur, de verschillende (strijdende) visies op zorg en met andersoortige denkwijzen. In deze paragraaf wordt beschreven of en hoe afstand in de verschillende lagen van de organisatie ervaren wordt.

5.3.1 Ruimte en tijd

De bestuurder van de organisatie legt, zo is afgesproken, één maal per maand een werkbezoek af op één van de locaties van de organisatie. Hij reist door zijn organisatie met zijn auto en gebruikt daarbij een navigatiesysteem. Zonder die handige uitvinding zou hij onthand zijn, de locaties zijn hem niet allemaal bekend en zijn soms lastig te vinden. Ook de respondenten geven aan dat zij niet precies weten uit welke onderdelen de organisatie bestaat, het zijn er teveel om op te noemen, laat staan dat zij er wel eens geweest zijn. Voor de medewerkers en de teamleiders zijn die geografische afstanden in de organisatie niet zo van belang omdat zij meestal toch maar op één plaats werken. De medewerkers van de verschillende locaties kennen elkaar en de andere locaties niet, tenzij er op functioneel niveau, voor de cliënten samenwerking nodig is. Dan wordt er wel contact gezocht en leren medewerkers elkaar en de andere locatie kennen.

De grootte van de organisatie en de onbekendheid met de andere locaties en medewerkers belemmert het werk niet en de medewerkers storen zich daar niet aan. Zij hebben geen behoefte iedereen in de organisatie te leren kennen:

Ik vind gezamenlijke feesten voor onze organisatie niet nodig, je hoeft en kunt niet iedereen kennen.

(Bron: interview teamleider)

In de veel kleinere deelstichting waar kinderen en jeugdigen opgevangen worden, wordt de grote (ruimtelijke) afstand tussen de verschillende vestigingen wel als een probleem ervaren. Voor vergaderingen met de medewerkers en overleg met de divisie manager, in deze deelstichting unitmanager genoemd, reizen teamleiders en medewerkers naar hun 'hoofdgebouw'. Dit is omdat er in het gebouw van de woongroep geen vergaderruimte is. Het hoofdgebouw ligt op een uur reisafstand van de groep waarin zij werken. De medewerkers hebben hier een hekel aan, zij vinden dit heen en weer reizen belastend en te tijdrovend.

Wij gaan vergaderen op het hoofdkantoor. De behandelbesprekingen, stafbesprekingen. De unitmanager is niet bij deze vergaderingen, onze teamleider zit die nu voor.

(Bron: interview medewerker)

In de organisatie zijn de verschillende divisie managers veelal gehuisvest op één van de locaties uit hun divisie. Zij reizen als dat nodig is naar de andere locaties van hun divisie of laten medewerkers van de andere locaties overkomen naar hun kantoor. De bestuurder en de directeurs hebben hun kantoren in het bestuurscentrum, maar in dat pand ontmoeten zij nu net geen medewerkers uit het primaire zorgproces:

Ik loop veel door het pand om even te kletsen, in het pand zit staf en secretariaat.

(Bron: interview directeur)

Ook de facilitaire dienst is in het bestuurscentrum ondergebracht, dus de bestuurder en de directeurs hebben contact met deze medewerkers omdat zij ze elkaar dagelijks tegenkomen in de gangen, de kantine of de lift. Cursussen en scholingsactiviteiten vinden vaak plaats in dit bestuurscentrum, net als vergaderingen van commissies en de OR. Medewerkers van de verst weggelegene locaties vinden het soms wel een wereldreis om voor cursussen naar het bestuurscentrum te gaan. Maar over het algemeen wordt er, behalve in de hiervoor beschreven deelstichting, niet over de geografische afstanden tussen de locaties en het bestuurscentrum geklaagd. Het is wel zo dat er intern veel

gereisd moet worden, maar dat gebeurt in de meeste gevallen maar door enkelen of alleen voor bijzondere gebeurtenissen.

In de vroegere op regio's gebaseerde clusterstructuur hadden locaties met hetzelfde type zorgaanbod weinig contact met elkaar doordat zij geografisch ver van elkaar af lagen, maar vooral ook doordat zij in een ander cluster waren ingedeeld. Hierdoor waren er geen gezamenlijke vergaderingen en geen ontmoetingen, waardoor het niet mogelijk was van elkaar te leren en werkwijzen af te stemmen. De eenheid en samenwerking waren hier wel wenselijk, maar door de ruimtelijke en vooral door de organisatorische structuur niet goed mogelijk.

Sinds de voorlaatste fusie was het een cluster met allemaal verschillende soorten zorg, regionaal georganiseerd met grote diversiteit. Dit is vorig jaar veranderd in een eenduidige divisiestructuur, inhoudelijk gebaseerd op de zorgproductvormen. Dit werkt nu al veel beter, de divisie wordt meer een eenheid.

(Bron: interview teamleider)

De inhoudelijke eenheid die door middel van de invoering van de divisiestructuur werd nagestreefd geeft volgens de respondenten veel meer samenhang, en dat terwijl de geografische afstanden binnen de divisies groter zijn dan ze waren in de op regio's ingedeelde clusters. Het is in deze organisatie blijkbaar zo dat er meer afstand ervaren wordt op basis van grenzen die getrokken worden op grond van de organisatiestructuur, dan doordat de locaties ruimtelijk ver uit elkaar liggen. Elkaar leren kennen verloopt echter niet op een natuurlijke manier als je elkaar niet zomaar tegenkomt. De omvang en de geografische afstanden binnen de organisatie worden door de respondenten alleen als problematisch ervaren als er veel samenwerking nodig is en er inefficiency (tijdsverlies) optreedt door de reisafstand.

Tijd en tempo spelen een belangrijke rol in het ervaren van afstand. Wanneer beslissingen of acties lang op zich laten wachten, en daarmee het werkproces verstoren of vertragen, wordt de organisatie door de respondenten als groot en log ervaren. Worden problemen echter snel opgelost dan ervaren zij de organisatie als klein en lenig. Eén van de respondenten geeft daar een voorbeeld van:

De directie weet nu niet wat er speelt, er is bureaucratie, het lijkt op ambtenarij en dat is erg frustrerend. Voorbeeld hiervan is het feit dat ik een folder nodig had voor de open dag. De lay out van folders moet een eenheid worden, maar vlak voor de open dag had ik geen folders. Ik ben toen zelf met het hoger management gaan bellen. Ik werd lastig gevonden. Zo zwem je tegen de stroom in.

(Bron: interview teamleider)

Het maken van foldermateriaal is, zo komt uit dit citaat naar voren, klaarblijkelijk nog maar sinds kort gecentraliseerd. Er is gekozen voor een eenduidige layout, maar daarmee is de sturingsmogelijkheid voor de teamleider vermindert en blijkbaar kunnen de centrale diensten die de folder moeten maken onvoldoende inschatten wat de urgentie is van de vraag van de teamleider. Het te lang moeten wachten op een beslissing van hogerhand wordt door deze respondent gekoppeld aan bureaucratie en het begrip bureaucratie weer aan een te grote organisatie waar de directie niet meer weet wat er op de werkvloer nodig is. Een ander voorbeeld dat genoemd wordt is het gegeven dat alle groepswoningen natuurlijk te maken hebben met huis, tuin en keukenreparaties. Enkele respondenten van woonvoorzieningen klagen dat zij hiervoor toestemming moeten (of moesten) vragen bij de leidinggevende die op een andere locatie zit. Het is dan ergerlijk om niet snel genoeg wat terug te horen. De medewerkers willen meer ruimte om bij calamiteiten zelf actie te kunnen ondernemen. Zij vinden dan dat er teveel organisatorische lagen zijn. Als de reactiesnelheid te traag is worden de lagen door de respondenten ervaren en omschreven als “*teveel schijven*” of als “*leemlagen*”.

Ik heb het erg naar mijn zin maar zou soms iets sneller antwoord willen en ook de fysieke veranderingen aan het gebouw gaan over teveel schijven voordat er echt iets gebeurt.

(Bron: interview medewerker)

De grootte en verspreidheid van deze organisatie is voor de respondenten dus niet storend, tenzij zij er tijd mee verliezen doordat zij ver moeten reizen voor bijeenkomsten. Bij een te lange reactietijd wordt de organisatie als te groot en te bureaucratisch beoordeeld. Opvallend is dat op grond van de organisatiestructuur werkelijk grenzen kunnen ontstaan tussen inhoudelijk vergelijkbare locaties. Daar vormt de geografische afstand dus geen probleem, maar wel het gebrek aan ontmoetingen waar gezamenlijkheid kan ontstaan.

5.3.2 Richtingenstrijd

De ideologie, missie en visie is onvoldoende vertaald in concreet hanteerbare professionaliteit. Het is alleen vertaald in morele aspecten. Het heeft een scheuring veroorzaakt, tussen support en service, een stammenstrijd.

(Bron: interview divisie manager)

Het beleid van de organisatie is de laatste tijd sterk gericht geweest op het ontwikkelen van ‘support’, de op maat gesneden zorg en ondersteuning. Daarnaast kent de organisatie ook de zorgvorm ‘service’, wat staat voor de meer

confessionele, aanbodgerichte zorg. De toegenomen aandacht voor support leverde twee stromingen op en er ontstond, onbedoeld, afstand tussen de mensen die zich met support en zij die zich met service bezighielden. Dit heeft de mensen die werken aan service het gevoel gegeven achtergesteld te worden in aandacht en waardering. Een aantal voormalige managers in de organisatie zetten zwaar in op vermaatschappelijking en support, de visie werd als breekijzer voor verandering gebruikt. Dat heeft kwaad bloed gezet en geleid tot een richtingenstrijd in de organisatie die volgens een aantal respondenten disfunctioneel was. De ontwikkeling van support wordt door de respondenten vaak als “te dogmatisch” beschreven:

Bijvoorbeeld alle gezinsvervangend tehuizen, voorzieningen, deugden in die visie niet en daar hebben we er nogal wat van. Dus al die mensen die daar werken kregen van boven de boodschap dat zij niet deugden, moet je na gaan hoe dat werkt.

(Bron: interview directeur)

Ook de organisatiestructuur is verdeeld in support en service. De ene directeur leidt het één en de ander het ander. De geldstromen voor deze twee stromingen zijn gescheiden. Hierdoor ontstaan soms organisatorisch ingewikkelde situaties. Tijdens het tweewekelijkse gesprek tussen de bestuurder en een van de directeuren die belast is met het aandachtsgebied service bespreken zij zo'n probleem dat voortkomt uit die scheiding:

Bestuurder: “Wat ik lastig vind in deze discussie is dat wij vinden dat support moet groeien.” Directeur: “De groei bij de dagcentra en de ambulante begeleiding neemt af.” Bestuurder: “Zie je support groeien?” Directeur: “Ja.”

Bestuurder: “Dat is dan goed om te volgen, want jij komt niet aan je productie omdat de mensen support willen, jij blijft dan onderproduceren op de dagcentra. We moeten daar nu al over nadenken anders ga je nat.” Directeur: “Ja, ja, ja, daar heb ik nog geen plan voor.” Bestuurder: “Het is als communicerende vaten, je hebt een budgetverschuiving nodig als meer mensen support willen en krijgen.” Directeur: “Bij VG wonen speelt dit niet, maar bij dagbesteding wel.”

(Bron: observatie dag 1)

Blijkbaar is de vraag naar support groter dan naar de meer servicegeoriënteerde zorg die wordt gegeven op de dagcentra waar deze directeur financieel verantwoordelijk voor is. De bestuurder signaleert dit en geeft aan dat het budget en de bedrijfsvoering daarop zal moeten worden aangepast.

Het ontwikkelen van support in de dagelijkse praktijk blijkt, zo geven de respondenten die ermee werken aan, niet gemakkelijk te zijn en nogal wat haken en ogen te hebben. De zorgverleners moeten de cliënt ondersteuning op maat

bieden, maar mogen daarbij natuurlijk niet over de grenzen van het betamelijke, hun professionele code en hun persoonlijke grenzen heen gaan.

Door de verweving van persoonlijk leven en werk ontstaat er een onhanteerbare grenzeloosheid. Men vraagt een begeleidster maar als je in de advertentie kijkt, vraagt men eigenlijk een vriendin, hoe moet dat?

(Bron: interview teamleider)

Support lijkt lastig via een organisatie te verwezenlijken en professionaliteit en support worden door de mensen die ermee aan de slag zijn gegaan als een paradox ervaren. Zij krijgen nu de opdracht vooral uit te gaan van de wensen van de cliënt maar dat strookt niet met de manier waarop zij zijn opgeleid. Zij komen dilemma's tegen waarin zij zich afvragen om het wel zo goed is om uit te gaan van de wens van de cliënt, en hoe ver moet je daar eigenlijk in gaan? Juist daarom hebben zij behoefte aan ondersteuning bij het uitvoeren van deze weerbarstige opdracht. De bestuurder geeft aan dat hij zelf ook worstelt met de paradox die support oplevert omdat het zo tegenstrijdig is aan de manier waarop de medewerkers zichzelf professioneel vinden handelen. Hij is van plan onderzoek te gaan doen naar de manieren waarop support te organiseren is.

De goeroe van support zegt dat als support door een instelling georganiseerd wordt het al geen support meer is, ik weet niet goed hoe je hiermee omgaat.

(Bron: interview bestuurder)

Een aantal respondenten wijst erop dat het ontbreken van steun aan de medewerkers in hun taak support vorm te geven, ertoe leidt dat support niet goed van de grond komt: "als je support wil voor de cliënten moet je dat ook geven aan de medewerkers". Zij vinden dat er nu meer gecontroleerd dan ondersteund wordt:

Support is dienstverlening bieden aan de medewerkers, op maat organiseren, terwijl er nu veel controledrift heerst met convenanten en protocollen. Ik vind het irritant dat ik mijn vrijheden moet inleveren om anderen op niveau te houden. Ik vind dat nivelerend en demotiverend werken.

(Bron: interview teamleider)

De teamleider geeft aan dat hij de werkwijze liever niet te inzichtelijk maakt om zo voldoende speelruimte of discretionaire ruimte te kunnen behouden. Het vastleggen in protocollen beperkt deze ruimte naar zijn mening. Ook andere respondenten klagen over inflexibiliteit die ontstaat door enerzijds verschil in kwaliteit op de verschillende locaties en anderzijds een te sterke neiging om te beheersen en te controleren:

De organisatie is absoluut niet flexibel en daar loop je als individuele werker tegenaan, er is veel verschil tussen de verschillende woonvormen, sommigen blijven altijd modderen. De inflexibiliteit van de organisatie leer ik aan de clustermanagers die de club beleidsmatig willen beheersen op de cijfertjes en de teamleiders willen de boel ook beheersen en dan als je een cliënt moet plaatsen zit het vast.
(Bron: gesprek medewerker)

In de directie vergadering verwoordt de bestuurssecretaris dit ook, hij gooit in een bestuursvergadering de knuppel in het hoenderhok door te stellen dat er in het management van de organisatie onder het mom van een gebrek aan tijd te weinig creativiteit wordt toegelaten:

“Toch is het niet alleen tijd, het is ook de manier van werken. We werken bijna wetmatig, hoe doorbreek je dat traject? We gaan langzaam toe naar een heel traditionele organisatievorm. Passen de standaardoplossingen wel bij wat we willen, bij een alternatieve organisatie die we willen zijn? Ik mis het denken in alternatieven hier, het denken in: is dit nu voor individuen de beste oplossing...?” Directeur facilitaire dienst:
“Maar is een traditionele organisatie erg, is Mintzbergs’ ‘structures in five’ erg?”
(Bron: observatie dag 5)

De bestuurssecretaris raakt met deze hartenkreet wel de kern van het denken over support. Daarbij wordt van de medewerkers verwacht dat zij flexibel inspelen op verschillende situaties. Dat ongelijke situaties ook ongelijk worden behandeld en dat er niet meteen een gestandaardiseerd zorgaanbod wordt aangereikt. Het management heeft een voorbeeldfunctie in het vertalen van support in een bijpassende organisatie met een flexibele structuur. Een traditionele organisatie volgens de voorschriften van Mintzberg is erg, als het geen ruimte laat voor het nadenken over meer toegepaste manieren van organiseren.

Het structurele onderscheid tussen service en support in de organisatie is in 2007 opgeheven. Support is in de laatste jaren verder ontwikkeld vooral door de invoering van het project ROEL (Regie Over Eigen Leven). In dit project wordt geleerd van plaatsen in de organisatie waar support goed tot stand komt. Alle kringen om de cliënt heen (het eigen netwerk, de hulpverleners, managers en bestuurder) komen in dit project periodiek samen. Zij bespreken op welke manier het beste steun kan worden gegeven aan deze specifieke cliënt. Tegelijkertijd wordt aangegeven waar de organisatie dan de ontwikkeling van support in de weg staat en wat daaraan gedaan kan worden. In de organisatie is inmiddels duidelijk geworden dat het onderscheid tussen support en service een te kunstmatige scheiding was. Zoals één van de medewerkers van de divisie Ingang tijdens het onderzoek al inzag: *“Je moet zien dat service een uitgebreide support is, er moeten veel meer trajecten opgezet worden en we moeten enorm gaan samenwerken!”*

De visie op dienstverlening, support, is belangrijk en richtinggevend in de organisatie. De visie is bij alle medewerkers bekend en wordt door iedereen gedeeld. Enerzijds bindt een dergelijke gedeelde visie, maar het blijkt anderzijds ook juist weer afstand te kunnen scheppen. Wanneer de medewerkers bemerken dat de visie niet tot stand is gekomen op grond van praktijkkennis, gaat het wringen. Dan veroorzaakt deze visie juist afstand tussen beleid en uitvoering. De medewerkers zijn dagelijks bezig de visie te verwezenlijken en support vorm te geven. Zij komen daarbij obstakels, dilemma's en vooral ook zichzelf tegen. Voor deze dagelijkse dilemma's en obstakels in het zorgproces, ervaren zij te weinig aandacht van het management, het management praat over resultaten en cijfers maar voelt volgens hen niet waar de problemen in de uitvoering precies zitten. De medewerkers vragen niet alleen ondersteuning bij de dilemma's in hun werk, zij vragen ook om waardering van het management voor het werk dat zij verzetten. De medewerkers vinden dat de managers te weinig belangstelling tonen voor hun werk en hun problemen. Zij vinden dat ze te weinig aandacht en complimenten krijgen. De afstand tussen de leiding en het eigenlijke werk is daardoor in hun ogen te groot.

5.3.3 Verschillende denkkaders

Maar ook op een andere manier dreigt er afstand te ontstaan tussen management en medewerkers. De staf van directeuren is aangenomen op hun beheersvaardigheden, én op hun affiniteit met het veld. Zij moeten, volgens de bestuurder, in staat zijn twee denkkaders te combineren, zorg en beheer. Maar directeuren, divisie managers en teamleiders veroorzaken afstand doordat zij hun taak vooral invullen op een wijze die voortkomt uit het beheersmatige denkkader. Zij vragen van de mensen op de werkvloer en van elkaar meer verantwoording en die verantwoording vergt, zoals alle informatie die verplaatst moet worden, een abstractie van de werkzaamheden tot een cijfermatige weergave van wat er gedaan wordt. Dit vergt administratie:

De laatste drie jaar wordt er vanuit economische motieven getracht meer controle te verkrijgen. Dat is lastiger, je moet meer op detail verantwoording afleggen. Ik heb in toenemende mate administratieve zaken te doen en dat zie je in alle lagen toenemen.
(Bron: interview teamleider)

Misschien wordt het gevoel van afstand tussen medewerkers en managers ook gevoed door de taal die onderling door de managers gebruikt wordt. Managementtaal wijkt af van de taal die op de werkvloer wordt gesproken. Er vallen veel afkortingen en managementtermen zoals: task force, Reserve Aanvaardbare Kosten, bedrijfsresultaten, ziekteverzuimcijfers, liquiditeitsoverschot,

relatie vaste activa en leningenportefeuille, jaarrekening, kwartaalrapportages, nacalculatie, taakstelling, minimale bezetting, benchmark. Het taalgebruik van het management komt naar voren in het gesprek tussen de bestuurder en de directeur van de facilitaire dienst over de tot stand gekomen herstructurering van de organisatie:

Directeur: "Doelen zijn aangeven voor structurering van het denken over directie en divisie management. We stellen vast en communiceren dan met teamleiders de strategische doelen en de financiële kaders." Bestuurder: "We moeten dat voorbereiden, hoe gaan we dat doen?" Directeur: "Dat doet de bestuurssecretaris en structureel in 2004. Financieel stel ik me voor als we nu doorgaan wat wordt dan de begroting van 2004, één van de afwegingen is de RAK (Reserve Aanvaardbare Kosten, AS) positie."

Bestuurder: "Hoe en wanneer is de raad van Toezicht, december, kan het dan nog wel in de beleidscyclus?"

Directeur: "Ja kan." Bestuurder: "Verder het HRM (Human Resource Management, AS) beleid in al zijn facetten moet op de agenda. We moeten dat concreet vorm gaan geven, POP (Persoonlijke Ontwikkeling Plannen, AS), competenties, functioneringsgesprekken. Waar spelen we het MD (Management Development, AS) programma uit vrij? Moet dat uit de lopende en komende begroting?"

Directeur: "Het opleidingsplan is voor 15.000 Euro, plus het adviesbureau, dan is het jaar betaald. Moet genoeg zijn zeker als je gaat activeren. Ik ben tevreden, dingen vallen op hun plek, dat maandrappportages kunnen in een organisatie..." Bestuurder: "Ja, dat is een verademing."

(Bron: observatie dag 1)

Soms spreken managers ook in dit soort termen tegen medewerkers die minder bekend zijn met dit taalgebruik, en dat werkt vervreemdend. Het beheersmatige denkkader komt niet alleen naar voren in wat managers zeggen maar ook in wat zij doen. Zo werkt ook de manier waarop de jaarplancycclus wordt ingevuld in de hand dat medewerkers het idee krijgen dat de bestuurder, de directeuren en de divisie managers alleen maar belangstelling hebben voor cijfers en geld:

De beleid en begrotingscyclus gaat nu via de activiteiten kaarten. De kwartaal rapportage was tot vorig jaar kwantitatief en economisch georiënteerd, fte's, ziekteverzuim, cliënten aantallen.

(Bron: interview teamleider)

De activiteitenkaarten die op alle lagen van de organisatie ingevuld worden zijn bedoeld om beleid en primair proces bij elkaar te laten aansluiten, maar ook om zichtbaar te maken en te kunnen controleren wat er in de lagen van de organisatie gebeurt. Met het doel beleid en uitvoering bij elkaar te laten

aansluiten, kiezen de managers, zo zien we in bovenstaand citaat, een nogal eenzijdige economische en abstracte invulling. Zij vragen niet naar verhalen over de begeleiding van cliënten of over de oplossing van dilemma's die optreden bij het invoeren van support, er lijkt geen interesse voor het inhoudelijke beleid. Het begrip beleid krijgt daardoor alleen een abstracte economisch en beheersmatige invulling.

De bestuurder vindt het tegenover elkaar zetten van de denkkaders onwenselijk omdat volgens hem visie inhoud en economie een mix moeten vormen die vertaald kan worden in aansturing. Maar de organisatie heeft te kampen gehad met financiële problemen. Daarom is er in het voorgaande jaar meer nadruk gelegd op het financiële beheer. In een bestuursvergadering over de financiële stand van zaken van de organisatie zijn de bestuurder, de vier directeuren en één van de financieel medewerkers van de facilitaire dienst bijeen in de kamer van een van de directeuren. Besproken wordt wat er is gedaan om de financiën weer op orde te krijgen, en tot welk resultaat die actie heeft geleid. De financiële medewerker presenteert een schema waarin met zonnetjes en wolkjes wordt aangegeven hoe de financiële situatie er nu voor staat. De bestuurder geeft aan dat de aandacht van de directeuren voor de financiën eigenlijk pas is ontstaan nadat duidelijk werd dat de organisatie er wat dat betreft niet zo goed voorstond. Interessant is het grapje dat zij met hun hervonden interesse voor cijfers en geld nu de macht grijpen. Blijkbaar leidt kennis van cijfers tot macht:

Directeur facilitaire dienst: "Voor het eerst spreken we over de financiële kant van de organisatie met alle directeuren..." Bestuurder: "Ze grijpen de macht... We beseffen nu het belang van financiën, het is niet voor niets dat we een debacle hebben opgelopen, wat waren de oorzaken daarvan?"

De financieel medewerker geeft aan dat er om te bezuinigen de volgende maatregelen zijn genomen: geen externen meer inhuren, herverdeling overhead, stop uitzendkrachten, 30 FTE (Full-Time Equivalent, AS) bezuiniging in productie. De bestuurder berekent de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AS) aanvaardbare kosten en vraagt naar het bedrijfsresultaat van de RIBW. (Regionale Instellingen Beschermende Woonvormen, AS)

(Bron: observatie dag 3)

Er komen financieel/technische zaken aan de orde zoals: nacalculatie van het Economisch Sociaal Fonds (ESF), de regelingen rond de Regionale Instelling Beschermende Woonvormen (RIBW), De wet Premiedifferentiatie en Marktwerking bij Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (PEMBA), ziekteverzuimcijfers, kosten kapitaal, liquiditeitsoverschot, relatie vaste activa en leningenportefeuille, afrekening College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), het onderhoud van

de panden. Het resultaat van de getroffen maatregelen en de externe invloeden op het budget worden doorgenomen. De waardering met zonnetjes en wolkjes wordt besproken om tot een gezamenlijke beoordeling van het behaalde resultaat te komen. Het financiële tij is was slecht, maar is inmiddels gekeerd, er is echter nog steeds zorg omtrent de financiële positie. Uitgaven en inkomsten moeten in de gaten gehouden worden, de directeur facilitaire zaken is tevreden over de resultaten, maar blijft alert:

Getalsmatig zijn er veel stappen gezet om een minimale positie te realiseren, de marge in de begroting is zo klein dat we het van week tot week in de gaten moeten houden, die zorg is terecht. De fase los zand en puin is afgerond, maar we hebben nog een enorm verbeterproject te gaan.” Een van de directeuren: “Ik laat me niet in slaap sussen door zonnetjes. Hoe verhoog je de productie en hoe disciplineer je? Mensen moeten wel succes ervaren.” Een andere directeur: “Ik vind het heel prettig om op deze manier bij de bedrijfsvoering betrokken te worden, cruciaal.”

(Bron: observatie dag 3)

Om ook de divisiemanagers en teamleiders op te leiden in het beheersmatige denkkader is in 2003 is een intern ontwikkeltraject gestart. Door verruiming van deze kennis kan er meer (financiële) verantwoordelijkheid gedelegeerd worden, de autonomie van de divisiemanagers en teamleider neemt toe, daarmee verschuift de financiële verantwoording naar lagere lagen in de organisatie. Maar daarmee gaan divisiemanagers ook beheersmatige taal spreken waardoor zij zich lijken te vervreemden van de zorg en ondersteuning van de cliënten. De respondenten krijgen dan de ervaring van twee werelden die naast elkaar bestaan in de organisatie: die van zorg en die van de financiën. Deze scheiding van taal en denkkaders van twee werelden zien we ook in ruimtelijke zin naar voren komen in de discussie die in de organisatie wordt gevoerd over de juiste plaats van de kantoren van de divisiemanagers. Het voorstel is de divisiemanagers te huisvesten in het bestuurscentrum, maar een aantal divisiemanagers is hier pertinent tegen. Voor de divisie Ingang is dat wel te begrijpen, deze werkt als hele divisie centraal in één gebouw, hun divisiemanager zou het ongemakkelijk vinden om als enige in een kantoor ver weg te gaan werken. Maar de andere divisiemanagers hebben divisieonderdelen die wijd verspreid liggen. Zij hebben nu hun kantoor vaak op één van de locaties en dat werkt niet altijd goed omdat er dan grote verschillen in betrokkenheid ontstaan. Voor deze managers zou het prettiger zijn om hun kantoor te hebben op een neutrale plek als het bestuurscentrum. Het bestuurscentrum wordt echter gezien als het bolwerk van directie, facilitair bedrijf en bestuur, de exponent van het beheersmatige denkkader. Wanneer de divisiemanagers gaan werken vanuit het bestuurscentrum zou dat alleen al door hun verbondenheid met die plaats er toe kunnen leiden dat medewerkers een grotere afstand tot hen gaan ervaren.

Zo zien we in deze organisatie niet schaal, standaardisatie of sturing maar wel: ruimte en tijd, organisatiestructuren, specialisatie in de vorm van verschillende richtingen of stromingen en verschillende denkkaders op hun eigen manier meer of minder, bedoeld of onbedoeld afstand veroorzaken. Maar ondanks deze ‘barstjes’ wordt de organisatie door de respondenten wel als een geheel ervaren met hun visionaire bestuurder als boegbeeld.

5.4 Bestuurder: Visionair en vrijgespeeld

Ik hoef geen zorgverlener te zijn, maar ik wil affiniteit houden met de werkvloer.
(Bron: interview bestuurder)

De bestuurder is bekend bij de medewerkers in zijn organisatie doordat hij is opgegroeid in deze sector en vanuit de functie staflid is doorgegroeid in deze organisatie. Hij wordt gezien als het boegbeeld van de organisatie, de medewerkers zijn trots op hem vanwege zijn kennis van het werkveld en de visie die hij intern en extern uitdraagt. Hij ziet het als zijn maatschappelijke taak de zorg voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten te ‘vermaatschappelijken’ en te zorgen dat zij niet buiten de maatschappij gesloten worden. Tijdens zijn studie orthopedagogiek is hij zich gaan richten op vermaatschappelijking vanuit het besef dat zelfbeschikking een universeel mensenrecht is en vanuit zijn eigen ervaring van de ontmenselijking van verstandelijk gehandicapten die, naar zijn mening, voortkomt uit de manier waarop zorg in de instituten georganiseerd is. Door deze inzichten te combineren met het vermogen goed te organiseren, zien de respondenten de bestuurder niet alleen als boegbeeld van de organisatie is, maar hij heeft in hun ogen ook het roer in handen. Alleen hoe gaat dat sturen dan in zijn werk als je niet echt een roer in handen *hebt*? Een groot deel van zijn tijd is de bestuurder extern aan het vergaderen, maar elke dag probeert hij al zijn e-mails te beantwoorden, wat meestal lukt omdat hij, zo zegt hij, veel minder e-mails binnen krijgt dan de directeuren. In zijn werkkamer, die wel in het bestuursgebouw is, maar die bewust niet op de bovenste verdieping is gelokaliseerd, spreekt hij met de directeuren. Cliënten, in dit geval medewerkers, brengen er koffie. In de gesprekken met de directeuren stelt hij hen vooral veel vragen. In de besprekingen geeft hij soms opdrachten, maar hij neemt regelmatig ook zelf taken op zich, bijvoorbeeld om iets op schrift te stellen of iets te organiseren. In vergaderingen brengt hij zijn visie naar voren en geeft kritische commentaren. Maar altijd weet hij de sfeer informeel te houden door het gebruiken van humor en door zichzelf te relativiseren. Het lukt hem om de sociale afstand die ontstaat op grond van zijn positie te verminderen.

Alle respondenten geven aan dat zij zeker weten dat iedereen altijd bij de bestuurder kan en mag binnenlopen. Inderdaad lopen er veel mensen zomaar even voor overleg zijn werkkamer binnen. Hij is benaderbaar. Hoe krijgt hij dat voor elkaar in die grote en verspreide organisatie?

5.4.1 Er naartoe

De meeste respondenten kennen de bestuurder nog van vroeger, tegenwoordig, in zijn positie als bestuurder, zien zij hem in de 'blaadjes', op de nieuwjaarsreceptie en hij werkt mee aan het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers. Daarbij heeft hij het contact met de zorgverlening strak georganiseerd door structureel maandelijkse werkbezoeken te plannen en die ook daadwerkelijk af te leggen. Hij wil voeling houden met de organisatie, weten hoe die werkt en wie erin werken. Een beeld van hoe zo'n werkbezoek verloopt geeft het volgende verslag van een bezoek dat de bestuurder en de bestuurssecretaris aflegden aan een Dag Activiteiten Centrum (DAC), een laagdrempelige voorziening voor mensen die in aanraking zijn geweest met de psychiatrie. Zij wonen zelfstandig of begeleid en gaan naar het DAC voor invulling van hun tijd, voor de contacten of voor een goede hap eten:

We worden ontvangen door een vrijwilligster en een DAC bezoeker, er is een programma gemaakt en wij kunnen mee eten. Het DAC is gehuisvest in voormalig industrieel pand midden in een woonwijk. De vrijwilligster vertelt dat zij het moeilijk vond om, sinds de ziekte van haar man, zoveel thuis zitten, zij gaan nu samen elke dag naar het DAC. De bezoeker vertelt dat hij zeeman was. Hij komt elke dag naar het DAC om de contacten en de gezelligheid en hij doet mee met organiseren van activiteiten en bewerkt hout. We krijgen een rondleiding, te beginnen bij de creatieve ruimte waar bewoners kunnen houtbewerken, knutselen (roosjes van was, dakpannen) naaien en stoelen bekleden, in de toekomst zal ook pottenbakken mogelijk worden. Er is een computerafdeling met een ingenieuze uitrolbare tafel waar zo'n acht computers op staan. Er wordt veel ge – internet en spelletjes gedaan. Er staat een wonderschoon biljart, de trots van onze rondleider. In de open ruimte zitten, als op een terras van een restaurant, de bezoekers bijeen. Zij kunnen drinken en snacks kopen aan de bar. Er zijn vele gesprekken en twee schaakpartijen gaande. Wij worden verder geleid langs de vergader - en gespreksruimten, de kantoren van de teamleidster en de begeleiders. We maken een vergadering over de organisatie van de buurtbarbecue mee. Dan kiezen we alle drie een andere activiteit: een partijtje schaak, een mooie partij biljart en een wandeling naar het kanaal. Voor het eten nemen we een kijkje in de keuken, waar alles blinkt, net als de kok in zijn koksjasje. Wij krijgen ook zo'n mooi jasje aan en we worden gevraagd mee te helpen glazen en bestek poetsen en de tafels afnemen en dekken. Tijdens het eten hebben we een goed gesprek over de analyse van het begrip filosofie met zeer onderhoudende tafeldames en -heren.

Tijdens het werkbezoek schroomt de bestuurder niet netelige kwesties aan de orde te stellen en stelt hij de medewerkers van het DAC een kritische vraag: *“Waarom is er hier eigenlijk een apart toilet voor medewerkers?”* Zo'n apart toilet is een netelige kwestie omdat het bestaan ervan aangeeft dat cliënten en medewerkers als verschillende groepen worden gezien. Deze scheiding werkt niet ten gunste van inclusie van mensen met een handicap, maar duidt eerder op tendensen van segregatie. De bestuurder let er buitengewoon goed op dat hij tijdens het meelopen niet even wat zaken gaat regelen, de problemen die naar voren komen worden weer terug gebracht in de lijn der verantwoordelijkheden.

Wat opvalt, is dat de bestuurder tijdens zijn werk, zo was het althans tijdens de dagen waarin de observatie plaatsvond, bijna geen contact heeft met medewerkers of middelmanagers (divisiemanagers of teamleiders). De meeste oog in oog contacten van de bestuurder waren die met de directeurs, met de managers en medewerkers van de facilitaire dienst en met medebestuurders in de externe vergaderingen. Medewerkers en teamleiders ontmoet en spreekt hij natuurlijk wel tijdens de werkbezoeken. Maar ook bij het hierboven beschreven werkbezoek verkiest de bestuurder het te gaan schaken met een van de cliënten, en in de pauze van een bijeenkomst van de cliëntenraad sociale psychiatrie spreekt hij zeer geanimeerd, alleen maar met cliënten. De medewerkers krijgen tijdens die bijeenkomsten beduidend minder aandacht van deze bestuurder. Dat signaleren zij zelf in de interviews en ook, een divisiemanager ziet dat zo: *“Onze medewerkers krijgen niet veel aandacht van de bestuurder. Ik krijg daar van de teamleiders wel vragen over.”*

Er zijn in de organisatie veel mogelijkheden om met cliënten in contact te komen, tijdens het meelopen en doordat cliënten ook werknemers zijn in de organisatie. Maar er wordt ook veel aandacht besteed aan medezeggenschap. De bestuurder grijpt deze momenten van contact aan om te horen wat de cliënten eigenlijk meemaken in zijn organisatie. Hij krijgt daarover heel veel informatie tijdens een bijeenkomst van de cliëntenraad sociale psychiatrie. Daar worden door cliënten en hulpverleners in korte sketches statements afgegeven over de bejegening van cliënten door hulpverleners uit de organisatie.

Sketch: Een cliënt denkt dat het zo goed met hem gaat dat hij wel wil gaan werken bij de PTT. De hulpverlener is van mening dat hij dit niet aan kan en praat hem het plan uit zijn hoofd en daarmee ook de put in. In het nagesprek vinden de cliënten dat de hulpverleners steun zouden moeten verlenen aan de plannen, door te helpen met sollicitatiebrieven, kijken wat de echte problemen zijn en welke mogelijkheden er zijn om het plan te verwerkelijken.

(Bron: observatie dag 4)

De dagvoorzitter haalt de discussie naar het bestuurlijke niveau. Hoe moeten de bestuurder en de directie hier nu mee omgaan? Iemand stelt voor dat het bestuurder en directeuren met de begeleiders meegaan om te kijken welke praktische problemen zij hebben; de directeuren moeten dan, vinden de cliënten, ook wel zelf met cliënten praten. De bestuurder krijgt het laatste woord waarin hij allereerst zijn complimenten uitspreekt voor de manier waarop de vergadering is verlopen, hij prijst de krachtige beelden: *“De sketches gaan over gelijkwaardigheid en respect. Hoe kunnen we dit verbeteren, hoe zie je wat er precies gebeurt op de werkvloer?”* Hij geeft aan dat dit de reden is voor hem om maandelijks mee te lopen, maar concludeert ook dat medewerkers beter opgeleid zouden moeten worden in omgangsvormen en attitude: *“Ik ga met de directie bespreken of we geen scholingsaanbod zouden kunnen doen waarin medewerkers van cliënten kunnen leren.”*

Deze contacten vormen voor de bestuurder een mogelijkheid tot controle en reflectie op het primaire proces, de inzichten kunnen leiden tot beleid om de manier waarop gewerkt wordt bij te stellen.

5.4.2 Visie vertalen

De bestuurder ziet het als zijn taak om ervoor te zorgen dat zorg en samenleving verknoopt raken, opdat mensen die zorg nodig hebben niet buiten de samenleving gesloten worden, hij probeert overal waar hij invloed kan uitoefenen dat ook te doen.

Mijn taak is om bij de verschuiving van zorg naar samenleving vanuit ieder niveau de omgeving te beïnvloeden.

(Bron: interview bestuurder)

Door zijn ervaring en inhoudelijke verdieping in de zorg voor mensen met een handicap, is zijn kennis van deze problematiek breed en diep. Hij is op de hoogte van de mondiale ontwikkelingen in deze sector. Hij heeft een aantal boeken geschreven over vermaatschappelijking en over support en hij zet zich in om die concepten zo goed mogelijk te verwerklijken in zijn eigen organisatie maar ook daarbuiten. Dat is een zoektocht, een leerproces, waarbij hij inziet dat er in het verleden wel eens te dogmatisch met de visie op support en vermaatschappelijking is omgegaan.

Hoe je dat in de praktijk brengt is een leerproces, de hele organisatie moest vermaatschappelijken, maar het hele dogmatische is nu losgelaten.

(Bron: interview bestuurder)

Telkens weer draagt de bestuurder op verschillende platforms zijn zienswijze uit, extern en intern. Zo ook tijdens een werklunch met de directeuren die toevallig die dag volgt op een vergadering met dezelfde deelnemers over de afronding van de herstructurering van de organisatie. Tijdens de belegde broodjes en melk wordt er gesproken over dat wat ter tafel komt. Dat is dit keer de medische zorg in de organisatie. De vraag is of die zorg in het netwerk geregeld moet worden of dat de organisatie zelf meer medici in dienst moet nemen. Het lijkt de directeuren wel prettig als artsen meer weten van de doelgroep en makkelijker in te schakelen zijn. De bestuurder maakt hen duidelijk dat dit standpunt niet overeenkomt met de visie: de organisatie moet niet alles voor de cliënten binnen de organisatie gaan regelen. Wat gewoon in de maatschappij kan, moet op de normale manier gebeuren. Bovendien zou de organisatie wel heel erg veranderen met een medische staf. Eenzelfde type discussie komt in een andere bestuursvergadering in een andere vorm nog eens terug. Hier gaat het om de werkvoorzieningen en de vraag of de organisatie eigen bedrijfjes moet oprichten of juist mensen moet ondersteunen om in gewone bedrijven te kunnen werken. Het antwoord daarop is niet eenvoudig en niet eenduidig. Het uitgangspunt daarin blijft: niet de maatschappij binnenhalen, maar steun in de maatschappij organiseren. Een ander voorbeeld van een platform waarop de bestuurder zijn visie doet gelden is bij een externe vergadering van de voormalige Sociaal Pedagogische Dienst (de naam SPD is veranderd in de naam MEE, hetgeen geen afkorting is) vervangt de bestuurder een van de directeuren en bevraagt hij de managers van MEE op hun taakopvatting en over de taakverdeling tussen deze organisatie en de zorgorganisatie zelf in de indicatiestelling van zorgbehoefte. Hij is van mening dat MEE eigenlijk vooral aan collectieve belangenbehartiging zou moeten doen en veel innovatiever zou moeten zijn.

Een medewerker van MEE legt de werkwijze van de consultants van MEE uit bij het indiceren van de zorgbehoefte, een verhaal over belemmeringen, competenties en vaardigheden van de cliënten. De bestuurder blijft geïnteresseerd luisteren en maakt de opmerking: "Mooi, hoe we die ommezwaai maken, maar het is erg op de persoon gericht en helemaal niet op de sociale context die toch wel erg belangrijk is voor het functioneren." Een bestuurder van een andere organisatie voor ondersteuning van verstandelijk gehandicapten is het met hem eens: "Met deze methode wordt niet de positie van de klant in de samenleving geanalyseerd. Het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO, later het Centraal Indicatieorgaan Zorg, het CIZ, AS) analyseert de lichamelijke problematiek, het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) heeft daarentegen een integratieve doelstelling. Deze doelen lijken hier weg te vallen." De inleider geeft aan dat aandacht voor de context van de cliënten een waardevolle aanvulling is. De bestuurder: "Dit is wel een hele traditionele manier van kijken. Het is wel heel logisch dat dit er uit komt als je het

zo gaat vragen. ...” Inleider: “We zoeken naar een levenslange ondersteuning met behulp van de ‘bij de hand agenda’ waarin aangegeven wordt wanneer ouders welke keuze momenten hebben en hoe en waar kunnen wij dat ondersteunen.” Bestuurder: “Maar als je steeds met zijn allen dit soort dingen blijft roepen dan zul je geen innovatie krijgen...”
(Bron: observatie dag 2)

De bestuurder hamert er steeds op dat de instituties die zijn opgezet om gehandicapten te steunen ook kunnen uitwerken als subtiele manieren om de gehandicapten juist buiten te sluiten. Hij ziet het als zijn taak om deze subtiele werking van buitensluiten te ontmantelen.

5.4.3 Verbinden: buiten en binnen, beleid en uitvoering

Het contact met de werkvloer is voor de bestuurder zo belangrijk omdat hij daar ziet hoe beleid wordt geconcretiseerd.

Met de concrete voorbeelden die ik hier op doe kan ik mij politiek beter manifesteren. In de Raad van Toezicht bijvoorbeeld, kijkt men vanaf grote afstand naar de organisatie, concrete (succes) verhalen leveren betrokkenheid op door te laten zien hoe gedacht beleid overgaat in gedaan beleid. Er is vanuit de politiek grote honger naar concrete voorbeelden. Ik neem daarom soms bijvoorbeeld zelfs video's over begeleid werken mee.

(Bron: interview bestuurder)

De bestuurder kent veel mensen in het externe netwerk van de sector (verstandelijk gehandicapten, VG en Geestelijke Gezondheidszorg, GGz) persoonlijk. Hij is in het maatschappelijke veld rondom de organisatie actief, als lid van diverse besturen: onder andere van de branchevereniging, lid van de Raad van Toezicht van een opleidingsinstituut en initiatiefnemer van een vernieuwende groep van VG bestuurders. De bestuurder heeft de verantwoordelijkheid voor de lopende organisatie gedelegeerd aan de directeuren en heeft daarmee ruimte gecreëerd om zelf veel extern te werken. Dat is noodzakelijk vanwege de vermaatschappelijking van deze zorg. Hiertoe is samenwerking en overleg nodig buiten de organisatie en buiten de sector. Als er verstandelijk gehandicapten gaan wonen in een woonwijk zal er overleg gevoerd worden met de bijvoorbeeld gemeentelijke instanties, de woningbouwcoöperatie en de buurtvereniging, maar ook met de huisarts, de school of de vervoersmaatschappij. Dit voorbereidende werk, wat natuurlijk niet alleen door de bestuurder maar ook de directeuren en divisie-managers wordt gedaan, maakt vermaatschappelijking van de zorg mogelijk.

Maar ook de politiek moet worden bespeeld. In een externe bijeenkomst met bestuurders uit de GGz (geestelijke gezondheidszorg) over het tot stand komen van een sectoraal visiedocument geeft de bestuurder aan dat de visie op de noodzakelijke ontwikkelingen in de GGz moet voortkomen uit het primaire proces. Daar lijkt hij nogal wat stof mee te doen opwaaien:

Bestuurder: "Praten we over waar wij last van hebben of waar anderen last van hebben en wie is dan die ander? Het is een goeie legitimatie om uit het primaire proces te starten en stakeholders te bezien."

Deelnemer 2: "En dan naar intern kijken wat er verbeterd kan worden. We krijgen om de week een tik, ik zie dat niet zo, je kunt geen politicus spreken of er is kritiek op de GGz".

Deelnemer 3: "Mensen die daadwerkelijke zorg leveren hebben andere perspectieven."

Deelnemer 4: "We hebben een slechter imago dan we verdienen."

Deelnemer 5: "Hoe gaan we om met de onvrede van de professionals, is dat binnen of buitenwereld?"

Deelnemer 6: "Ja, maar pas op voor hun eigen belang."

Deelnemer 2: "Horen professionals bij dit probleem? Welke onvrede ligt er bij professionals?"

Deelnemer 5: "We kunnen de balanced score card of het INK model gebruiken om dat te analyseren."

Deelnemer 3: "Ja dat is mooi om analyse als handvat te gebruiken."

Deelnemer 3: "In plaats van SWOT? Maar vanuit wie praten we?"

Deelnemer 5: "Wie is verantwoordelijk voor GGz?"

(Bron: observatie dag 6)

Uit deze lastig te volgen discussie kunnen we, alleen al door de manier van praten, lezen dat de bestuurders in een andere wereld lijken te leven dan de medewerkers uit hun organisaties, die hebben zoals zij zeggen hun eigen perspectieven. Interessant is ook de vraag of de medewerkers, de professionals nu horen bij de binnenwereld van de organisatie. Om de onvrede die er blijkbaar leeft bij de professionals te achterhalen, gaan de bestuurders niet met ze praten, maar zij grijpen naar meetinstrumenten die verschillende kwaliteit- en managementsystemen bieden. De vervreemding die hieruit voort kan komen blijkt misschien wel het meest uit de retorische vraag naar vanuit wie eigenlijk gesproken wordt door de bestuurders.

Wat de bestuurder ter ore komt in de verschillende besturen en verenigingen waar hij aan deelneemt, kan hij weer verwerken bij het aanscherpen van de strategie van de organisatie. In een overleg met de bestuurssecretaris worden

alle interne en externe 'stakeholders' (en dat zijn er nogal wat) besproken om na te gaan of er ergens in het netwerk nog iets moet gebeuren. In die bespreking worden verbanden gelegd tussen de ontwikkelingen in de organisatie en in de omringende maatschappij. Zo is er bijvoorbeeld voor het ontwikkelen van support meer onderzoek nodig en ook meer toegepaste bijscholing van de medewerkers. Hiervoor is het noodzakelijk te weten wat er op universiteiten en opleidingsinstituten op dat gebied gebeurt en de contacten te leggen om daar bij aan te kunnen sluiten.

Deze bestuurder trekt met noodzakelijke hulp van zijn navigatiesysteem zijn organisatie door tijdens de maandelijkse werkbezoeken waarin hij de organisatie toetst en zijn visie scherpt aan wat de cliënten ervaren. Hij wil weten hoe beleid omgezet wordt in daden, hij vormt daartoe zelf een instrument van reflexieve terugkoppeling op basis waarvan de organisatie kan verbeteren. Daarnaast zorgt de bestuurder dat hij tempo houdt, hij neemt snel beslissingen en geeft aan hoe en waar besproken punten verder kunnen worden opgepakt. Hij zorgt ervoor dat zijn agenda en e-mailbox niet overvol raken opdat hij snel in kan spelen op actuele zaken. De bestuurder doet belangrijk werk op de grens van binnen en buiten de organisatie. Hij heeft een eigen wereld gecreëerd, met een eigen systeem en route door de organisatie, een route buiten de hiërarchie om, hij heeft zich verbonden aan, maar ook vrijgespeeld van de organisatorische lagen. Hij is betrokken én tegelijkertijd op afstand

5.5 Omgaan met afstand en betrokkenheid

Hoe kan het dat in deze verspreide organisatie de ruimtelijke afstanden niet als probleem worden ervaren en de gelaagde organisatie met bontgeschakeerde zorg toch als één geheel wordt aangemerkt door de respondenten? De bestuurder speelt daar een belangrijke rol in, zo zagen we in de vorige paragraaf, maar er worden ook coördinatiemechanismen gebruikt. Welke zijn dat en hoe pakken ze uit?

Door de verspreidheid van de organisatie wordt er veel gereisd. Die reizende mensen, gezanten, zijn de verbindende factoren, we kunnen ze beschouwen als de extensies tussen de verschillende soms ver van elkaar af liggende locaties. Reizen of laten reizen, is hierbij klaarblijkelijk een kwestie. Er wordt onderling contact gehouden, gecommuniceerd, op drie manieren: Door middel van extensies, (virtuele) ontmoetingen en door het werk van vertalers. Het bestuurscentrum werkt als centraal ontmoetingspunt en heeft, doordat mensen elkaar daar leren kennen, maar ook door de daar gedeelde ervaringen een bindende werking. Het intranet dient als opslagplaats van gedeelde kennis en werkt net als de betrokkenheid bij de cliënten als mentale ontmoetingsplaats.

5.5.1 Extensies en gezanten

In het beleidsdocument 'Eenheid en Verscheidenheid' staat dat het *“voor een kwalitatief goede besluitvorming belangrijk is om ‘feeling’ te houden met de verschillende onderdelen van de organisatie en het kernproces”*. De bestuurder gaat daarom zoals gezegd eenmaal per maand op werkbezoek om informatie van de werkvloer te verkrijgen, wat hij zelf inmiddels onmisbaar acht voor de uitoefening van zijn functie. Bij het werkbezoek op het dagactiviteitencentrum werd de bestuurder door de medewerkers, een beetje lacherig, in de keuken aan het werk gezet. Later in de auto terug sprak hij met de bestuurssecretaris over de indruk die zij kregen van de werkdruk en de leiding van deze locatie. De bestuurder gebruikt de informatie uit dit directe contact met de werkvloer om het te voeren beleid bij te stellen en om met het beleid de uitvoering weer te beïnvloeden. De verhalen die hij opdoet op de werkvloer zijn van nut om bijvoorbeeld de Raad van Toezicht bij het werk te betrekken, of de lokale politiek voor zijn plannen te enthousiasmeren.

De (zorg)directeuren geven allen aan dat zij te weinig op werkbezoek gaan. Zij zijn alle vier nog niet zo lang in dienst in deze organisatie, en zijn duidelijk minder bekend in de organisatie dan de bestuurder. Bij aanvang van hun functie hebben zij wel meegelopen in de zorg en zij zeggen dat zij daardoor gemotiveerd en geïnspireerd raakten. Het structureel afleggen van werkbezoeken is wel in het beleid opgenomen voor de bestuurder, maar niet vastgelegd als taak voor de directeuren. De directeuren onderhouden het contact met de organisatie vanuit het bestuurscentrum, de spil in de organisatie. Zij organiseren besprekingen met hun divisie-managers en met de commissies waar zij deel van uitmaken. Zij laten deze managers en commissieleden, om tijd te sparen, meestal naar het bestuurscentrum komen. In plaats van zelf op pad te gaan laten zij de gezanten naar hun toekomen. Reizen of laten reizen, wie is er belangrijker en wiens tijd is schaarser, dat is hier impliciet aan de orde. Een uitspraak van één van de directeuren is *“je moet zorgen dat je geïnformeerd wordt.”* De medewerkers zijn van mening dat zij de directeuren te weinig zien en spreken, zij merken bovendien dat de bestuurder, directeuren en managers niet volledig op de hoogte zijn van de gang van zaken in de organisatie en dat zij een voorkeur hebben voor geabstraheerde informatie:

Je merkt het ook bij het management met vragen over wachtlijsten, wij moeten regelmatig uitleggen hoe het precies zit, dat is niet alleen bij de bestuurder maar ook bij de directie en de regiomanagers (waarschijnlijk worden hier de cluster- of divisie-managers bedoelt, AS). Zij zitten heel sterk op het beheersen, willen cijfers zien en van daaruit conclusies trekken.

(Bron: interview medewerker)

Omdat de divisies niet meer regionaal zijn ingedeeld moet de divisiemanager net als de bestuurder soms flinke afstanden reizen om de locaties in zijn divisie te bezoeken. Hierin verschillen de divisies. Eén van de divisie managers geeft leiding aan een drietal ver uit elkaar liggende locaties in zijn divisie. Voorheen was hij vrij vaak op de verschillende locaties, maar nu wat minder omdat er teamleiders zijn aangesteld die leiding geven aan de dagelijkse gang van zaken. Deze divisiemanager heeft zijn werkplek op het hoofdkantoor, waar de medewerkers naar toe komen voor vergaderingen en coachingsgesprekken. Een derde divisiemanager spreekt de teamleiders uit zijn divisie zoveel mogelijk op hun eigen werkplek, hij reist veel.

Zij willen me zien, dat vergeet ik wel eens, een uurtje aandacht helpt. Ik moet naar heel veel kanten contact houden. Dus ik moet in de gaten houden dat ik contact met de medewerkers houd, bijvoorbeeld door een teamvergadering of beleidsdag te bezoeken.

(Bron: interview divisiemanager)

Het hoofd van de dienst informatievoorziening & automatisering (in de structuur vergelijkbaar met een divisiemanager) ziet zijn medewerkers en de directeurs voor wie hij werkt in het bestuurscentrum. Hij loopt elke ochtend even bij de medewerkers binnen. Ook hij probeert eens in de zes weken mee te lopen in de zorg. Hij vindt het 'kicken' om te zien wat er in de organisatie gedaan wordt. De andere divisie managers lopen niet mee maar komen wel langs op de verder weg liggende locaties van hun divisie. Dat langskomen, wordt door teamleiders en medewerkers als belangrijk en prettig ervaren, als het tenminste niet onaangekondigd gebeurt. Onaangekondigde bezoeken vatten zij op als controle, en zij vinden dat die bezoeken hun dagelijks werk maar ook hun autonomie te veel verstoren. Een onaangekondigd bezoek laat de hiërarchische verhoudingen gelden:

Hij (de divisiemanager AS) komt wel eens langs op de groep, niet altijd aangekondigd en dat schept soms meer afstand dan affiniteit, omdat ik wel veel meer te doen heb dan met hem praten. Ik ben zelf vrij chaotisch maar daardoor plan en controleer ik veel en het stoort mij als ik mijn programma niet kan afwerken. Hij verwacht dan wel enige aandacht.

(Bron: interview teamleider)

Bij de bespreking van de voorlopige conclusies van dit onderzoek wordt er gediscussieerd over de plaats van de kantoren van de divisie managers. De aanwezigen vragen zich af of het verstandig zou zijn hen allemaal kantooruimte

te geven in het bestuurscentrum, of zouden zij juist geen kantoor moeten hebben maar volledig mobiel door de organisatie trekken met een leaseauto, een mobiele telefoon en een laptop? De vraag die hier speelt heeft ook te maken met de identiteit van de divisie managers: horen zij bij het management en zijn zij gezanten vanuit het bestuurscentrum, of komen zij daar juist naartoe met informatie van de werkvloer?

De divisie ingang is een belangrijke informatievoorziening in de organisatie. Deze is eerst opgezet als een nieuwe afdeling en daarna is het een op zichzelf staande divisie geworden. De medewerkers van de divisie ingang zien veel van de organisatie, zij komen overal in de organisatie om het zorgaanbod van de organisatie op maat te maken voor de individuele cliënt. Zij merken door de aard van hun werk waar de knelpunten in de organisatie zitten. Zij reizen door de organisatie, bezoeken de locaties en bespreken het zorgaanbod. Toch wordt er van hun uitvoerige en concrete kennis van de verschillende locaties ten tijde van het onderzoek nog niet optimaal gebruik gemaakt:

Wij als ingang worden te weinig gehoord en dan bedoel ik rechtstreeks, wij zien veel we komen overal, ze zouden ons veel meer kunnen gebruiken niet via de cijfers maar gewoon regelmatig rond de tafel zitten met ons en praten. De kennis en het overzicht van ingang worden niet optimaal gebruikt.

(Bron: interview medewerker)

Ergens naar toe reizen staat gelijk aan belangstelling tonen, iemand laten reizen heeft met het uitoefenen van impliciete of expliciete macht te maken. Onaangekondigd als leidinggevende het territorium van de ondergeschikten binnen komen wordt ook ervaren als het uitoefenen van macht, als het controleren van het werk. Reizen of laten reizen vergt dus afweging. Maar ook bezoeken kunnen verschillend – aandachtig, informierend of controlerend – worden geïnterpreteerd.

Nieuwe medewerkers van de organisatie krijgen bij aanvang van hun werk in de organisatie een introductiecursus in het bestuurscentrum, waarin onder meer de bestuurder de missie en visie doceert. Zo kunnen de nieuwe medewerkers, getraind in de manier waarop er gewerkt wordt in de organisatie, worden uitgestuurd naar de locatie waar zij gaan werken. Ook zijn er contacten gelegd met de initiële opleidingen voor zorgverleners, waardoor de training in de andere manier van werken (support) daar al begonnen kan worden. De permanente scholing van zorgmedewerkers heeft aandacht en wordt voor een groot deel zelf vormgegeven. De organisatie heeft een eigen educatiecentrum, een kennisnetwerk en er zijn jaarlijks zorginhoudelijke themadagen.

Twee jaar voor dit onderzoek plaats vond, signaleerde het management dat de communicatie te wensen overliet en is er prioriteit gegeven aan het verbeteren van communicatie- en informatievoorzieningen. De respondenten geven ten tijde van het onderzoek aan goed op de hoogte te zijn van wat er speelt in de organisatie. De informatiestroom loopt indirect door de lagen van de organisatie, maar daarnaast wordt er op een meer directe manier gecommuniceerd door middel van de maandelijkse nieuwsbrief en het tijdschrift dat elke keer is opgebouwd rondom een algemeen thema (kennis, veiligheid, jongeren) en dat wordt gebruikt om de ontwikkelingen en de verschillende ondersteuningsmogelijkheden van de organisatie te laten zien. In het blad komen vooral cliënten en ouders aan het woord en in beeld, maar ook medewerkers, teamleiders, divisie-managers, projectleiders en andere betrokkenen. Als er nieuwe directeuren en managers zijn aangesteld worden die voorgesteld in het tijdschrift, en af en toe is er een column van de bestuurder. De maandelijkse nieuwsbrief en ook het intranet worden vooral gebruikt om organisatorische en beleidsmatige zaken uiteen te zetten.

Naast de persoonlijke contacten, vergaderingen en telefoon, wordt er steeds meer gebruik gemaakt van e-mail. De directeuren krijgen erg veel e-mailberichten, zij spreken soms van 'e-mailbombardementen'. De medewerkers communiceren soms rechtstreeks met de divisie-managers via e-mail. Teamleiders vinden het wel prettig direct en snel door hun managers, maar ook rechtstreeks door de directeur van het facilitair bedrijf, via e-mail op de hoogte gebracht te worden van ontwikkelingen en veranderingen in bijvoorbeeld het financieel- en facilitair beleid.

Er is nu een nieuwsbrief, de informatiestroom is goed, ik wil graag weten wat de ontwikkelingen zijn. Bij structuurveranderingen krijgen we e-mail rechtstreeks van de directeur van de facilitaire dienst. Dit gaat dan in overleg, maar niet via de divisie-managers, snel en goed.

(Bron: interview teamleider)

Het is belangrijk dat er naast de indirecte weg waarop beleid wordt omgezet in uitvoering ook meer directe contacten bestaan, e-mail werkt als 'virtueel', maar direct face-to-face contact. Door middel van Intranet, de nieuwsbrieven en het tijdschrift wordt informatie uitgezonden als een extensie.

5.5.2 Vertalingen

De communicatie door de lagen van de organisatie werkt door middel van vertalingen, op indirecte wijze. Een teamleider bijvoorbeeld betitelt haar functie zelf als 'vertaler', maar stelt ook vast dat de medewerkers uit haar team haar

functie als een buffer zien waardoor de medewerkers zelf geen direct contact meer hebben met de cluster- en de divisiemanager. Zij vertaalt de problemen van de werkvloer naar de laag erboven en koppelt het vertaalde beleid weer terug naar de werkvloer. De functie van teamleider is bedoeld om de verbinding tussen management en werkvloer te verstevigen, door te vertalen en terug te koppelen. De vertaler moet daartoe bekend zijn met de verschillende werelden waartussen zij een verbinding vormt. In de praktijk merkt deze teamleidster dat zij steeds op grond van deze functie als vertaler steeds meer administratieve taken krijgt en meer tijd achter haar computer doorbrengt. Hierdoor verflauwt de binding met de werkvloer ten gunste van de binding met het management en de activiteiten die daarvoor nodig zijn. Zij krijgt van de cliënten commentaar op het feit dat zij zoveel achter haar computer zit te regelen en zij vindt het lastig de taken van medewerker en van teamleider te combineren. Ook anderen in de organisatie nemen dit waar:

Iedereen wil in de zorg van de werkvloer af, je ziet in organisaties dat mensen manager willen zijn, dat is iets anders dan met de mensen bezig zijn en er wordt steeds meer aan administratieve procedures gevraagd: ontwikkelingsplannen, functioneringsgesprekken. De teamleider moet steeds specifiek administreren en is dan niet met de cliënt bezig.

(Bron: interview directeur)

Bijna iedereen in de organisatie vindt dat de teamleiders alles zouden moeten weten van de zorgverlening en veel op de werkvloer moeten zijn. Maar teamleiders willen of kunnen niet zoveel op de werkvloer zijn. Voor de teamleiders is het, zo geven zij zelf aan, soms makkelijker niet meer bij de werkvloer te horen. Toch worden de teamleiders door de respondenten nog steeds gezien als de sleutelfiguren in de organisatie, zij kunnen als vertalers van beleid en uitvoering veranderingen bewerkstelligen, of (niet onbelangrijk) tegenhouden.

Een ander voorbeeld van hoe het vertalen van beleid en uitvoering door de lagen van de organisatie verloopt. Om support goed te organiseren is het nodig om de cliënt en het primaire proces steeds als uitgangspunt te nemen. Deze manier van organiseren vraagt om heel veel zicht op en feeling met de cliënten en het zorgproces. Het is bedoeld om de top en de bodem van de organisatie met elkaar te verbinden en wordt daarom 'bottom up' organiseren genoemd. Dit werken vanuit de 'onderste' laag van de organisatie is niet gemakkelijk tot stand te brengen in de huidige gelaagde structuur. In deze organisatie heeft dat vorm gekregen in de eerder beschreven jaarplancycclus waarbij de concept-activiteitenkaarten vanaf de werkvloer door de verschillende lagen heen vertaald worden in een 'integrale beleidsplanning voor sturing, beheersing en kwaliteits-

teitsbewaking'. Het zoeken naar de specifieke vorm van een dergelijk 'bottom up' proces in de organisatie gebeurt ten tijde van het onderzoek in de vergadering met bestuurder en directeuren, de kaderbrief vanuit de directie vormt het startpunt in het proces:

De bestuurder vraagt een toelichting op de kaderbrief: "Ik wil even breder kijken dan dit stuk, er is een strategisch kader, strategische doelen en organisatie wordt uitgenodigd om bottom-up wat te doen. Dat moet wel in de inleiding aangegeven worden. Divisiemanagers moeten reactie en antwoord geven op de nota 'Eenheid en Verscheidenheid'. Hebben we helder aangegeven hoe de cyclus moet verlopen? Dat moet hier helderder in. Het moet helder zijn dat niet alleen divisiemanagement dingen moet uitwerken maar dat medewerkers en medezeggenschap betrokken moeten zijn, je hoeft het dan uiteindelijk alleen nog af te tikken. Perspectieven worden plannen worden perspectieven."

Directeur: "Maar wat roepen we over ons af, iedereen gaat van alles bedenken en ziet dan maar een beperkt deel daarvan gebeuren." Bestuurssecretaris: "Dit is het waar maken van de strategische doelen." Directeur facilitaire dienst: "Dat hebben we net gedaan." Bestuurssecretaris: "Nee, dat is het kader waarmee we het werk ondersteunen." De bestuurder leest voor wat er in de beleidsnota over de werkwijze met activiteiten kaarten geschreven staat. Directeur facilitaire dienst: "Is helder maar waar is de interventie op gericht?" Bestuurder: "Nou, als ik dit lees dan heb je kans dat er beleidsnota's binnen komen waar wij chocola van moeten maken en ook op een manier zoals wij dat beschreven hebben, bottom up. Als we het hierover eens zijn gaat er een brief uit met deze werkwijze."

(Bron: observatie dag 5)

De directeur facilitaire dienst is bang dat er een papieren chaos zal ontstaan doordat de onderste lagen van de organisatie ook hun plannen formuleren. Als niet alle plannen mogelijk zijn verwacht hij frustratie. Hij stelt voor de activiteitenplannen door de divisiemanagers te laten maken. De anderen zijn van mening dat juist lager in de organisatie, aan medewerkers en teamleiders gevraagd moet worden hoe de strategische doelen bereikt zouden kunnen worden. Een medewerker van de facilitaire dienst gaat uiteindelijk de brief opstellen waarmee deze manier van beleid maken in gang gezet gaat worden. Het bottom up beleid moet wel top down geïnitieerd worden.

5.5.3 Ontmoetingsplaatsen

De binding is nog wel groot, ik heb het gevoel dat de mensen wel denken: we werken wel allemaal voor dezelfde organisatie. Ik denk dat het komt omdat er één centraal bureau is waar we allemaal mee te maken hebben. De divisiemanagers komen er bij

elkaar, we zien elkaar in commissies en werkgroepen, ondernemingsraad, bij cursussen. Wat dat betreft ontstaat er binding. Voor ver weggelegen locaties zal dat misschien helemaal niet zo zijn, maar over het algemeen en zeker in de stad horen we wel bij de organisatie.

(Bron: gesprek medewerker)

Het bestuurscentrum werkt als een spil in de organisatie, er zijn veel verschillende bijeenkomsten en medewerkers uit de verschillende locaties leren elkaar daarbij kennen. Het bestuurscentrum wordt ervaren als een ontmoetingsplaats in de organisatie: sommige medewerkers kennen elkaar van vergaderingen of cursussen die daar, in het educatiecentrum, plaatsvonden. Het bestuurscentrum wordt door de respondenten gezien als het basisstation waar de locaties van de organisatie mee verbonden zijn. Door de geografische afstanden komen de medewerkers van de verst gelegen locaties echter minder vaak op het bestuurscentrum, dit levert het gevaar op dat zij zich minder één met de organisatie zouden kunnen gaan voelen.

Omdat in het bestuurscentrum de facilitaire dienst is gehuisvest met de diensten personeelszaken & deskundigheidsbevordering, financieel economische zaken, facilitair bureau huisvesting en de dienst informatievoorziening & automatisering, wordt er vanuit de verschillende locaties natuurlijk vaak contact gelegd met het bestuurscentrum per e-mail en per telefoon. Deze gecentraliseerde diensten kunnen ook gezien worden als centraal (ontmoetings)punt in de organisatie. Zoals het hoofd van de dienst informatievoorziening & automatisering aangeeft wordt het intranet, de opslagplaats voor gedeelde kennis, ook steeds meer gebruikt:

We zijn nu zo gedeconcentreerd dat Intranet als een centrale vindplaats bij decentralisatie heel belangrijk wordt. Automatisering wordt steeds belangrijker.

(Bron: interview hoofd informatievoorziening)

De betrokkenheid van de medewerkers bij de cliënten is opvallend in deze organisatie, en kan aangemerkt worden als een mentale ontmoetingsplaats. In deze betrokkenheid vinden mensen elkaar en die gedeelde betrokkenheid is iets dat bindt.

5.5.4 Begrenzungen

De structuur van de organisatie, zo zagen we eerder in dit hoofdstuk, speelt een belangrijke rol in het bijeenbrengen of uiteen houden van organisatieonderdelen. Voorheen waren de clusters regionaal opgezet. Hierdoor werden in de

clusters verschillende typen zorg verenigd. Die verschillen leidden tot te weinig gezamenlijkheid, een versnippering van kennis en aandacht waardoor ontwikkelingen en besluitvorming vertraagden. In de divisiestructuur die daarna werd ingevoerd, is afgestapt van de regionale indeling en is gekozen voor één type zorg per divisie. De divisiestructuur is echter wel georganiseerd op grond van een onderscheid tussen service en support. Op grond van deze scheiding zien we nu in de organisatie afstand tussen de medewerkers die zich bezig houden met support en met service ontstaan.

De structurering van de organisatie in lagen is een manier om schaalgrootte te hanteren. Er is in deze organisatie in 2000 een organisatorische laag bijgekomen, maar het is voor de mensen in de organisatie moeilijk aan te geven welke laag er precies bij is gekomen. Volgens de respondenten is de afstand van de bestuurder tot de werkvloer toegenomen door het toevoegen van een extra laag: de afstand is niet alleen in het tekeningetje van de structuur groter geworden, maar is ook gevoelsmatig toegenomen. De laag van het divisie management is overigens in 2007 weer vervallen, opdat de directeuren rechtstreeks gaan leidinggeven aan de teamleiders. Deze structuurverandering sluit aan bij veranderingen die zich tegenwoordig voltrekken in meerdere zorgorganisaties: naar een plattere structuur om de afstand tussen bestuur en werkvloer te verkleinen. En dat terwijl die lagen eerder toegevoegd waren om diezelfde reden:

Ik vraag me af of de directie en het divisie management de afstand werkelijk verkleinen. De afstand is feitelijk en gevoelsmatig toegenomen door de laag tussen voorzieningen en directie. Vroeger was er een bestuur (RVT) drie directeuren en hoofden. Nu is er divisie management tussen geschoven.

(Bron: interview teamleider)

Zo schept elke structuur verbinding, maar ook een eigen afstand. Structurele vergaderingen vormen ontmoetingspunten tussen de verschillende lagen. Maar die ontmoetingen zijn per laag gestructureerd: de bestuurder spreekt met de directeuren; de directeuren spreken met de divisie managers; de divisie managers spreken met de teamleiders en de teamleiders spreken met de medewerkers. Om de lagen heen gaan is 'not done'. Maar het is in de organisatie niet helemaal duidelijk welke taak of welk onderwerp bij welke laag hoort: er bestaat geen eenduidige beschrijving van de taakstelling van de verschillende lagen in de organisatie. Er is natuurlijk wel een impliciete taakopvatting. De divisie managers zijn degene die het meest worstelen met hun rol- en taakin-vulling. Zij kennen de zorg goed uit jarenlange eigen ervaring maar hebben het idee dat zij geacht worden meer op afstand te blijven en zich niet met het

primaire proces te bemoeien. Zij denken dat teveel bemoeienis van hen met de uitvoering benauwend kan werken:

Waar ik zelf mee worstel is: ben je manager of zorg/inhoudskundige? In hoeverre houd je feeling (en wat is daarbij belangrijk?) en contact? Ik heb zelf met jongeren gewerkt, daar heb je ideeën over. In hoeverre ga je je dan bemoeien?

(Bron: interview divisiemanager)

De divisiemanagers en ook de directeuren hebben zich niet zoals de bestuurder vrij gespeeld. Zij hebben weinig contacten met de andere niveaus.

Mensen willen een directeur die van hun is, die betrokken is bij de activiteiten die er gebeuren. Maar je kunt niet de plekken in andere lagen in gaan nemen, je moet goed in de gaten houden waar wiens verantwoordelijkheden liggen, als mensen altijd bij mij langs kunnen komen moeten ze wel eerst de laag door zijn gegaan en met wezenlijke vraagstukken komen.

(Bron: interview directeur)

Net als de divisiemanagers lijken ook de directeuren ‘gevangen’ in de structuur. In de bespreking van de voorlopige conclusies van dit onderzoek bracht de bestuurder naar voren dat het misschien goed zou zijn om voor alle lagen in de organisatie te beschrijven welke toegevoegde waarde de laag eigenlijk heeft ten aanzien van het primaire zorgproces.

Het reizen of laten reizen, de informatiestromen vorm krijgt door de lagen of eromheen, de ontmoetingen en de structuren die verbinden maar ook afstand scheppen zijn ‘gestalts’ van manieren waarop er in deze organisatie omgegaan wordt met de voortdurend overal opnieuw ervaren afstand. Soms wordt de afstand groot gehouden om overzicht te hebben of als er functionele contacten nodig zijn. Soms wordt gewerkt aan het verminderen van afstand door op bezoek te gaan of door de structuur te wijzigen, maar deze ingrepen werken niet altijd. Het werken aan de juiste mate van afstand en nabijheid in een organisatie is een voortdurend actief vormgegeven proces en misschien wel de kern van organiseren.

5.6 Conclusie: elke structuur schept afstand

Wat duidelijk wordt in deze organisatie is dat het probleem van te veel of te weinig afstand in wezen onoplosbaar is, zoals Simmel (Gadourek e.a., 1968) ons al voorhield: een kwestie van iedereen en van alle tijden. Een kwestie die steeds weer op andere manieren terugkomt. In een grote en wijdverspreide organisatie

als deze kiezen de divisiemanagers, directeuren en de bestuurder tussen reizen of de mensen en de informatie naar zich toe laten komen. Er wordt belang gehecht aan het contact van de managers met de werkvloer, maar alleen voor de bestuurder is het meelopen als mechanisme om de afstand te overbruggen in beleid opgenomen. De bestuurder en de zorgverleners houden contact en vinden elkaar in de visie op zorgverlening en betrokkenheid bij de cliënten. Maar deze visie die hen enerzijds verbindt, verwijdert ze anderzijds ook weer van elkaar vanwege de verschillende ervaringen. In de zorgorganisaties zijn drie dimensies te onderscheiden: de cliënt, het zorgproces en de medewerkers. Ondanks de werkbezoeken van de bestuurder en de interne scholingen, de themadagen en het kennisnetwerk vinden de medewerkers dat vooral de cliënt veel aandacht krijgt (cliëntenraden, medezeggenschap, informele contacten) en de medewerkers en het zorgverleningproces veel minder. De zorgverleners ervaren te weinig aandacht voor de dilemma's die zij tegenkomen in de zorgprocessen waarbij zij support moeten 'leveren'. Zo'n zelfde paradox zien we ten aanzien van de lagen in de organisatie die worden gebruikt om de afstand tussen bestuurder en zorgverlening te overbruggen, de lagen scheppen ook juist weer afstand tussen bestuurder en zorgverlening. De mensen die werken in het bestuurscentrum worden alleen al door de plaats waar zij werken verbonden met het 'andere', het beheersmatige denkkader. Het bestuurscentrum werkt als centraal ontmoetingspunt echter ook verbindend.

De besturingsmethoden om met afstand om te gaan: gezanten, extensies, vertalingen, ontmoetingsplaatsen en begrenzingen, zijn in deze casus te herkennen. Maar soms hebben de gebruikte methoden juist een tegengesteld effect. Zij werken wel eens anders dan van te voren is bedacht. Wat bijvoorbeeld door de één gezien wordt als betrokkenheid werkt voor de ander uit als ongewenste bemoeienis, structuren bedoeld om te verbinden vergroten soms de afstand en ook een gezamenlijke visie kan zowel verbinden als uiteendrijven. Besturen is daardoor een sociaal en onvoorspelbaar proces, met 'dubbele opdrachten' op allerlei niveaus.

6

Eilanden en koninkrijken

Case studie 2: Het ziekenhuis

6.1 Inleiding

Het is een 'doctors hospital' zonder dokter aan het hoofd.

(Bron: interview medisch clustermanager)

Een groot ziekenhuis met vijf locaties, door verschillende fusies geworden tot wat het nu is. Hier zouden we fusieperikelen en fragmentatie op grond van de verschillende locaties verwachten. Niets blijkt minder waar, het ziekenhuis wordt door de mensen die er werken eerder als klein dan als groot ervaren. De eigenschappen 'groot en gefuseerd' leiden er niet per definitie toe dat er meer afstand wordt ervaren.

Geen dokter in het bestuur van dit ziekenhuis, en toch zetten de dokters de toon. Een dergelijke situatie leidt vaak tot een strijd tussen bestuurders en professionals, maar die strijd lijkt in dit ziekenhuis al gestreden. De ogenschijnlijke eenheid van het ziekenhuis vertoont echter toch wat barsten als we beter kijken naar wat er werkelijk gebeurt. Dan blijken er afstanden tussen de verschillende partijen in het ziekenhuis, tussen witte jassen en de rest, tussen de streepjes- en de witte pakken.

Lagen, clusters en locaties zijn middelen om met de afstand tussen bestuurders en werkvloer om te gaan, maar daartussen vormen zich ook weer scheidslijnen. Hierdoor werken deze coördinatiemechanismen die worden ingezet om de organisatie bij elkaar te houden anders dan gedacht. Afstand wordt in het ziekenhuis op sommige plaatsen juist geconstrueerd.

In paragraaf 6.2 volgt eerst een schets van de ziekenhuis organisatie. Vervolgens wordt in paragraaf 6.3 beschreven hoe verschillende typen afstand in deze organisatie op verschillende plaatsen, op verschillende manieren worden ervaren vanuit het perspectief van de medewerkers in het ziekenhuis. Zij ervaren afstand tot hun managers, maar ook tot hun collega's als clusters of maatschappen zich gaan gedragen als afzonderlijke koninkrijkjes.

Paragraaf 6.4 geeft weer hoe afstand vanuit het perspectief van de bestuurder wordt ervaren. De twee bestuurders van dit ziekenhuis zijn door de aard van hun werk niet aanwezig op de werkvloer maar zij zoeken die wel op. Daarbij moeten zij strijden tegen het idee dat er een strikte scheiding zou zijn tussen het bedrijfsmatige- en het zorgdenken. Paragraaf 6.5 gaat over de manieren die in dit ziekenhuis zijn gevonden in het omgaan met afstand.

6.2 Een 'gekanteld kwaliteitsziekenhuis'

Aan weerszijden van een grote parkeerplaats staan twee ziekenhuisgebouwen tegenover elkaar. De twee gebouwen worden door de respondenten gezien als de hoofdlocatie. Het ziekenhuis heeft ten tijde van dit onderzoek, voorjaar 2004, een omvang van ongeveer 2750 medewerkers. Er werken 150 medisch specialisten, verspreid over 30 specialismen. Het personeel bestaat uit 531 mannen en 2228 vrouwen. Het ziekenhuis werkt voor een regio waar ruim 300.000 mensen wonen en werken.

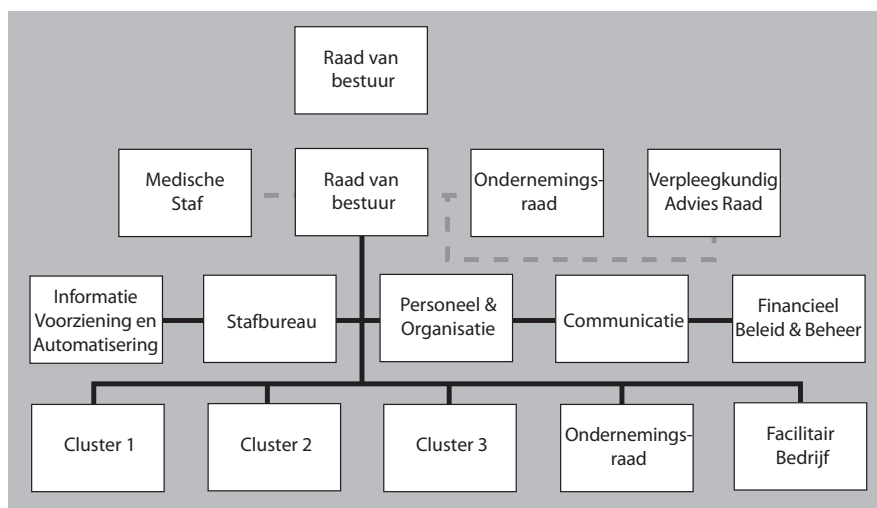
De twee ziekenhuizen staan driehonderd meter uit elkaar. Gebouwd in de jaren zestig, waren het ooit een hervormd en een katholiek ziekenhuis. Er ontstond een samenwerkingsverband tussen de twee ziekenhuizen. Een gemeenschappelijk diagnostisch centrum met laboratoria en ziekenhuisapotheek werd vormgegeven als een soort schakel, een lager gebouw tussen de twee ziekenhuizen in. De ziekenhuizen fuseerden in 1982. Ondanks de ruimtelijke nabijheid van de gebouwen werd hun verzuilde identiteit aanleiding tot sociale afstand binnen de organisatie. In het ziekenhuis van na 1982 maakte het volgens respondenten die al lang in het ziekenhuis werken, een groot verschil waar iemand vandaan kwam en ook nu wordt dat nog door een enkele respondent vermeld. De beide ziekenhuizen groeiden naar elkaar toe (een ruimtelijke omschrijving van een sociale toenadering), want anders dan vroeger wordt deze hoofdlocatie in 2004 ervaren als hét ziekenhuis en als één geheel. De sociale afstand die er vroeger speelde tussen twee 'zuilen' is volgens de meeste betrokkenen geslecht. In het nieuw te bouwen ziekenhuis worden de twee gebouwen aan weerszijden van de parkeerplaats geïntegreerd tot één gebouw, de weerslag van deze ontwikkeling.

Het uit de fusie in 1982 ontstane ziekenhuis fuseerde in 1996 opnieuw met een derde noodlijdend ziekenhuis uit de regio. Daarnaast zijn in 1990 en 2003 respectievelijk een poliklinisch behandelcentrum en een gezondheidscentrum opgezet. Al met al zijn er in 2004 vijf locaties. Het derde ziekenhuis in de fusie heeft de voormalige eigen identiteit als zelfstandig ziekenhuis moeten loslaten

en is veranderd van een klein algemeen ziekenhuis dat eigenlijk geen bestaansmogelijkheid meer had, in een moderne 'electieve kliniek'. Dat is een kliniek voor eenduidige en planbare zorg waar door middel van kortdurende interventie en een maximale opname van vijf dagen behandeld wordt, het gaat hier om de behandeling van aandoeningen zoals staar, spataderen en liesbreuken. De electieve kliniek, het poliklinische behandelcentrum en het gezondheidscentrum liggen geografisch op een tiental kilometers afstand van de hoofdlocatie.

Het voorlaatste bestuur van dit ziekenhuis, waarin de directeur zorg een arts was, heeft zich intensief met kwaliteitsbeleid bezig gehouden. Het ziekenhuis heeft op basis van dit kwaliteitsbeleid inmiddels nationaal en internationaal bekendheid gekregen; het staat bekend als 'kwaliteitsziekenhuis'. Er is nu nog steeds veel aandacht voor kwaliteitsontwikkeling. Sinds 2001 is er een stuurgroep kwaliteit waarin de RvB, managers en medici zitting hebben. Eind 2001 werd een specifiek kwaliteitssysteem ingevoerd dat medewerkers uitdaagt perfectie na te streven. Het doel van de invoering van dit kwaliteitssysteem is de zorgprocessen te verbeteren en de ondersteuning van zorgprocessen te optimaliseren waarbij de verantwoordelijkheid voor kwaliteit meer in de lijn komt te liggen, zodat kwaliteit geen project is, maar een deel van het werk. Dit kwaliteitssysteem is met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, het CBO, geëvalueerd en dient als voorbeeld voor een van de pijlers (pijler drie) van het door het ministerie opgezette programma om de zorg in de ziekenhuizen te verbeteren, het Sneller Beter programma.

De huidige bestuurder is aangetreden in 1999, drie jaar na de laatste fusie en één jaar nadat de structuur van de organisatie werd gekanteld. Dat de organisatie 'gekanteld' is wil zeggen dat er een clusterstructuur en duaal management zijn ingevoerd, als de meest passende structuur bij een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB), een ziekenhuis waarin medici mee managen. De 'medisch manager' vormt dan een duo met een manager, afkomstig uit de verpleegkundige en/of bedrijfskundige sector (Kruijthof & Stoopendaal, 2005). Deze reorganisatie ging in het ziekenhuis gepaard met onrust, bezuinigingen en ontslagen. Sinds de kanteling is *"de verouderde en niet meer in de gekantelde organisatie passende titel van directie vervangen door Raad van Bestuur, een sturend gremium op afstand met als aandachtsgebied de strategische doelstellingen."* (jaarverslag RvB, 2003).



De kanteling stolde in een organisatiestructuur zoals weergegeven in bovenstaand schema, dat in jaarverslagen en op de website van het ziekenhuis gebruikt wordt. Opvallend is dat het schema alleen maar een beeld geeft van de bovenste vier lagen van de organisatie. Het ziekenhuis heeft echter zes organisatorische lagen: de raad van toezicht, de tweehoofdige raad van bestuur (RvB), het duale clustermanagement, het duale afdelingsmanagement, de teamleiding, de werkvloer.

De werkvloer is verdeeld in werkeenheden zoals verpleegunits, poliklinieken, paramedische functies en subafdelingen van laboratoria. Teamleiders coördineren een werkeenheden. Eén of meer werkeenheden vallen onder een afdeling die wordt geleid door een vakgroeftroef (medisch specialist) en een afdelingshoofd. Bij elkaar passende afdelingen vormen een cluster, dat gecoördineerd wordt door een specialist - manager en een clustermanager. De afdeling kwaliteit werkt voor de hele organisatie, en is in de structuur ondergebracht in zorgcluster één. De afdeling kwaliteit wordt geleid door een medisch specialist die als manager kwaliteit lid is van het managementteam. De positie van deze afdeling past niet naadloos in de structuur van de organisatie. De afdelingen van een cluster kunnen zich op verschillende locaties bevinden waardoor clustermanagers, de specialist managers, maar ook het afdelingsmanagement en soms de teamleiders tussen de verschillende locaties reizen. Ook artsen en sommige medewerkers werken op de verschillende locaties. De specialisten die spreekuur houden in het behandelcentrum werken ook op de centrale locatie en vaak ook in de electieve kliniek.

6.3 Ervaren afstand

Geen dokter in het bestuur van de organisatie, maar het zijn wel de medisch specialisten die de boventoon voeren en vooral willen voeren. Enerzijds zijn zij voor het bestuur sterke schakels met het primaire proces, anderzijds plaatsen zij zich op afstand, houden zij anderen op afstand en scheppen hun eigen koninkrijken. Daarnaast wordt duidelijk dat de hiërarchische lagen die in de organisatie zijn aangebracht om verantwoordelijkheden te kunnen verdelen, in dit ziekenhuis processen van distantieering op gang brengen. Deze lagen werken hier eerder scheidend dan verbindend en worden niet voor niets door verschillende respondenten, minder ruimtelijk maar meer symbolisch, beschreven als 'leemlagen'. Daarbij is op alle lagen van de organisatie een worsteling gaande tussen de keuze om te werken aan directe patiëntenzorg of aan administratie (concreet vertaald: een keuze om te werken aan het bed of achter de computer). De afstand die de medewerkers van het ziekenhuis ervaren tussen clusters, afdelingen of tussen de partijen in het ziekenhuis, beschrijven zij vaak met woorden als koninkrijken en eilanden. Het ervaren van afstand hangt maar gedeeltelijk samen met de ruimtelijke opbouw van de organisatie en de organisatiestructuur, ruimtelijke afstand levert soms mentale of sociale afstand op, maar soms ook niet.

In deze paragraaf wordt het ervaren van afstand vanuit het perspectief van managers en medewerkers in de lagen en locaties van het ziekenhuis beschreven.

6.3.1 Medische koninkrijken

Dokters zijn moeilijk en scheppen hun eigen koninkrijkjes

(Bron: toespraak bestuurder voor nieuwe medewerkers, observatie dag 3)

Natuurlijk wordt er ook in dit ziekenhuis vaak gezegd en geschreven dat de klant koning is. De dagelijkse werkelijkheid echter wordt meer weergegeven door de uitspraak dat het een 'doktershospitaal' is. De medisch specialisten nemen een belangrijke plaats in. Verpleegkundigen en medewerkers uit het facilitair bedrijf zijn van mening dat de medisch specialisten naar de macht in het ziekenhuis streven en dat zij zich op afstand plaatsen van de rest van het ziekenhuis. Zeventig procent van de medisch specialisten is via hun maatschap als zelfstandige aan het ziekenhuis verbonden, dertig procent van de medisch specialisten werkt in dienstverband. De verschillende maatschappen vormen ook weer kleine organisaties in de grote organisatie, en tussen de maatschappen en zelfs binnen de maatschappen bestaan afstanden die meestal gebaseerd zijn op de waardering van de verschillende specialismen. De medische staf is derhalve een gefragmenteerde groep. Er zijn grote verschillen tussen de maat-

schappen, in de samenwerking met de RvB zijn er problemen met het ene specialisme, maar wordt er met een andere maatschap juist goed samengewerkt. De medisch specialisten hebben een grote zeggenschap in het ziekenhuis en de kreet: “*het is een doctors hospital*”, betekent voor medewerkers dat de medisch specialisten weinig tegenspel krijgen en dat zij het voor het zeggen hebben. De strijd om de macht in de top van de organisatie lijkt evenwel gestreden, juist doordat er géén dokter aan het hoofd van de organisatie staat. De medisch specialisten zijn tevreden met deze constructie en zij zijn ervan overtuigd dat dankzij managende dokters de medisch-technische kwaliteit van het ziekenhuis behouden blijft. Zij hechten sterk aan in het primaire proces meewerkende medisch managers:

Een specialist in de RvB gaat alleen maar in de weg zitten, die zegt ik ben ook dokter, ben je directeur dan ben je geen dokter meer. Ik heb altijd gezegd dat als iemand van ons full time gaat managen moet ie weg wezen, want dan weet ie na een paar jaar al niet meer hoe het zit. Wij weten in onze clusters wat er medisch speelt, alleen mensen die in de praktijk zitten en het als een bijbaan zien om te besturen zijn geschikt. Als het een full time taak wordt moet je wegwezen, dan denk je dat je weet hoe het zit, maar je weet het niet.

(Bron: interview medisch clustermanager)

De medisch specialisten waken er dus voor dat de medische kennis van hun ‘voormannen en voorvrouwen’ niet verouderd, op basis van verouderde kennis van de werkvloer zouden zij geen leiding meer kunnen geven, is het idee. Een aantal respondenten stelt zich de vraag wie er eigenlijk regeert. De medisch specialisten zijn van mening dat de macht bij de managers ligt omdat die het geld beheren, maar de afdelingshoofden en teamleiders ervaren dat de artsen de beslissingsbevoegdheden over de afdelingen claimen. Daarbij vinden enkele respondenten dat de medisch managers niet veel kaas hebben gegeten van managen. De medisch specialisten die managementtaken uitoefenen, zien het belang in van hun betrokkenheid bij de organisatie van het ziekenhuis, maar zij ervaren het managen ook als een aanslag op de tijd die zij om verschillende (zowel vakinhoudelijke als financiële) redenen liever aan patiëntenzorg zouden willen besteden:

Ik doe maar een dagdeel management en ik moet er niet aan denken meer te doen. Geef mij maar de poli met patiënten, daar vind ik meer bevrediging in dan in managen. Of een lekkere dag OK (operatiekamer, AS) of zo. Dan ben ik echt aan het werk. Maar ja, iemand moet de kar trekken.

(Bron: interview vakgroep hoofd)

De medisch specialisten hechten veel waarde aan hun beroep, zij zien wel de noodzaak in van het organiseren, maar willen daar toch eigenlijk zo min mogelijk tijd voor vrij maken. Een van de afdelingshoofden, een full time als manager werkende verpleegkundige, merkt op:

We moeten ons ook realiseren dat het specialisten zijn die een vak gekozen hebben dat zij voor de volle 100% willen uitoefenen en het managen staat ver bij ze vandaan, bij de een verder dan bij de ander, maar ik kan me er wel wat bij voorstellen, zij willen patiënten opereren of genezen en vinden het niet prettig om veel tijd kwijt te zijn aan vergaderen.

(Bron: interview afdelingshoofd)

De medisch managers zijn, in tegenstelling tot de verpleegkundig managers, eerder geneigd minder tijd te steken in management dan in de directe patiëntenzorg. Zij zijn bang hun vakbekwaamheid als arts kwijt te raken. Die expliciete keuze voor het behouden van de vakbekwaamheid zien we meer bij artsen dan bij verpleegkundigen die gaan managen. Mogelijk heeft dit met de status en beloning van de werkzaamheden te maken. Zorgmanagers hebben meer aanzien en salaris dan verpleegkundigen ook al zijn die nog zo ervaren, gespecialiseerd en kundig. Onder artsen word je gezien als een afvallige wanneer je een voltijdse managementfunctie betreft. Maar door de sterke verbondenheid van de artsen met de uitvoering van zorg, vormen in het ziekenhuis juist de medisch managers een intermediair tussen beleid & financiering en uitvoering van zorg.

In ons cluster is hij (naam clustermanager) de echte (= financiële) manager. Hij is full timer en wordt als de manager herkend, ik ben een brug naar werkvloer waar ik 60% meewerk.

(Bron: interview medisch clustermanager)

6.3.2 Lagen

Als een verpleegkundig teamleider ons direct belt krijgt ie op zijn donder van de afdelings- en clustermanager daarboven: "Had je dat niet via ons kunnen regelen?" dat is weer die hiërarchie... Dat zijn de lemlagen in de organisatie, daar besteden we aandacht aan, maar het gaat langzaam.

(Bron: interview medebestuurder)

Door de lagen in de organisatie zijn de RvB en de werkvloer aan elkaar geschaald. Hoewel de lagen in het algemeen bedoeld zijn als schakels, werken zij evengoed ook als buffers tegen het directe contact van medewerkers uit niet aan elkaar grenzende lagen. Het is niet de bedoeling dat medewerkers de hiërarchie doorkruisen door de lagen te passeren. De lagen verbinden én scheiden.

Clustermanagers zijn bij de medewerkers in hun eigen clusters minder bekend dan de bestuurders. Zij lopen, de één meer dan de ander, wel rond over de afdelingen en bezoeken een enkele keer een teamleidersoverleg maar zij overleggen vooral met elkaar, met hun duale partners, de medisch clustermanagers die voor het grootste deel van hun tijd in de directe patiëntenzorg werken en wel bekend zijn, en met de afdelingshoofden uit de aangrenzende laag aan wie zij leiding geven. Medewerkers zeggen dat zij de clustermanagers niet van gezicht kennen omdat zij hen weinig zien of spreken. Eén van de clustermanagers is niet in een zorgberoep opgeleid en kwam in deze functie vanuit een andere publieke sector. Deze achtergrond ervaren de respondenten niet als probleem, zij vinden ervaringskennis van het zorgproces in deze functie niet noodzakelijk. Een clustermanager heeft volgens hen vooral managementvaardigheden nodig, en de clustermanager moet vooral goed naar de professionals kunnen luisteren. Juist deze clustermanager die niet afkomstig is uit de zorg, besteedt veel tijd en aandacht aan het rondlopen en contact maken met medewerkers, hij is in zijn cluster bekender dan de clustermanagers die wel uit de zorg komen. Eén van hen zegt:

...ik ontmoet de patiënten niet meer en de afdeling vindt dat ik er te weinig ben, vroeger, een paar jaar geleden ruimde ik daar meer tijd voor in. Maar je agenda loopt vol en je komt vaak op het verkeerde moment. Nu maak ik één maal per jaar afspraken met alle teamleiders zodat ik via hen feeling houd met de werkvloer, een beetje surrogaat, maar wel leuk om een beetje contact te houden met de werkvloer, dan hoor ik weer andere dingen dan van hun bazen want die staan ook ver weg van de werkvloer.

(Bron: interview clustermanager)

Ook afdelingsmanagers, allen afkomstig uit de zorg, worstelen, op grond van hun positie in de organisatiestructuur, met de mate waarin zij zich met 'strategische of operationele' zaken bezig houden. Net als de bestuurders, plannen ook de afdelingsmanagers meekijkactiviteiten "één keer per maand een ochtend werkvloer", om met de medewerkers van gedachten te kunnen wisselen en om niet alles te horen via de teamleiders. Zij kampen met dezelfde problemen als bestuurders:

Ik wil niet in een onbereikbare glazen toren zitten, maar mijn deur open houden.

(Bron: interview afdelingsmanager)

Zij willen weten wat er gebeurt op de werkvloer, en "het gevoel grip te hebben op de situatie", maar zij laten de details van de organisatie van het 'zorgen voor' graag over aan de teamleiders.

De valkuil is dat je je teveel met het operationele proces wilt bezighouden, ik heb moeten aanleren daar niet te veel in te gaan. Ik heb nu goede teamleiders, jong, HBO, en daardoor kon ik het ook snel loslaten. Slaan we daarin door? Komen we te ver van de werkvloer af?

(Bron: interview afdelingsmanager)

Van teamleiders wordt verwacht dat zij voor een deel meewerken in de zorg, en daarnaast tijd vrijmaken voor administratieve en organisatorische taken. De bestuurders en de clustermanagers denken dat de teamleiders, zoals ooit is afgesproken, voor vijftig procent meewerken in de zorg. De teamleiders vullen dit percentage echter zelf in, sommigen gaan uit van het standpunt dat meewerken noodzakelijk is, anderen kiezen ervoor, gegeven het feit dat zij met z'n tweeën aan vijftig mensen leiding geven, helemaal niet meer in de zorg mee te werken. Teamleiders van deze grote werkeenheden kunnen de complexe verpleegkundige handelingen niet meer uitvoeren, doordat zij de vaardigheden van het zorgen voor bijvoorbeeld de hele kleine baby's op de afdeling neonatologie, kwijt zijn geraakt. Medewerkers van deze afdeling vinden dit jammer. Op afdelingen waar de teamleiders niet meer in de zorg meewerken, vinden de medewerkers het lastiger om over praktische moeilijkheden te praten. Vooral als zij spreken over de grote werkdruk, hebben zij het gevoel dat de leidinggevende niet goed begrijpt hoe druk het werkelijk is, omdat die zelf niet meedraait. De verpleegkundigen hebben echter merendeels op dit punt, in tegenstelling tot de artsen, de strijd om management en uitvoerend werk te combineren verloren. Zo kan op de afdelingen waar de teamleiders niet meer meewerken, de verwijdering tussen beleid en uitvoering hier al, bij de directe aansluiting op de werkvloer, ontstaan. Als intermediairs tussen uitvoering en beleid raken de teamleiders hun 'hands-on' contact met de directe zorg kwijt en kunnen dan moeilijker als vertalers fungeren.

Van teamleiders naar clustermanagers is een wereld van verschil. De teamleiders krijgen zaken opgedragen waar ze zelf ook niet altijd achter staan en dan hebben ze moeite dat goed te communiceren en andersom is dat ook wel zo omdat ze er zo ver vanaf staan, dat het moeilijk is het goed naar boven toe uit te leggen wat het probleem is, ze staan te ver af en hebben er geen zicht meer op.

(Bron: interview medewerker)

De medewerkers onderkennen het dilemma van de teamleiders, en zij zijn van mening dat de teamleider regelmatig op de afdeling moet zijn om echt te zien en te ervaren wat er gebeurt en niet alleen maar in het kantoortje moet zitten. Maar zij zien in dat de teamleiders zich "kwetsbaar kunnen maken door te veel op de werkvloer te zijn", en dat zij ook "afstand moeten nemen om de goede beslissingen

te kunnen nemen". Toch moet de leidinggevende wel genoeg van de werkelijkheid op de werkvloer weten om leiding te kunnen geven aan het primaire proces, en ook om de medewerkers te kunnen vertegenwoordigen.

Maar te veel betrokkenheid van de teamleider is ook niet wat de medewerkers wensen, teamleiders *"die zo betrokken zijn en alles zo bij zich houden dat het demotiverend is voor het personeel dat ze geen verantwoordelijkheid krijgen"*, een dergelijke teamleider beperkt hun discretionaire ruimte. De medewerkers verwachten van hun leidinggevendenden dat zij precies weten waar het in de directe zorgverlening om gaat, dat zij grote vakkennis hebben maar dat zij de medewerkers wel ruimte en vertrouwen geven om hun werk naar eigen inzicht uit te voeren. Ook de medisch managers, de vakgroepchefs en medisch clustermanagers, hebben moeite met het combineren van 'zorgen voor' en 'zorgen dat'. Een vakgroepchef vindt het spanningsveld tussen medische- en managementtaken steeds groter worden. De medisch clustermanager geeft aan last te hebben van te weinig afstand. Hij combineert zijn werk op de operatiekamer met managementtaken en wordt vooral op dat laatste aangesproken door zijn collega's.

Als ik op de OK kom dan willen ze van alles bespreken en op de gang van de poli word ik aangesproken als manager. Ik moet mij splitsen, soms los ik het meteen op maar is het een groter punt dan parkeer ik het en zeg dan: "Jongens ik ben nu even aan het werk". Je moet compromissen sluiten, ik heb mijn agenda wel gesplitst in heilige dagen voor praktijk en voor ziekenhuis.

(Bron: interview medisch clustermanager)

Als medewerkers spreken over afstand die voortkomt uit de gelaagdheid van de organisatie, kunnen zij dus twee dingen bedoelen. Ten eerste het gebrek aan contact tussen de functionarissen uit de verschillende lagen, ten tweede het ontbreken van inzicht dat naar hun idee voortkomt uit de directe ervaring met het behandelen of verzorgen van patiënten. Zij signaleren zowel een sociale als een mentale afstand tussen 'zorgen voor' en 'zorgen dat'.

6.3.3 Eilanden

Bij clustering wordt de organisatie 'opgeknippt' en de verantwoordelijkheid voor een bepaald deel van de organisatie wordt toebedeeld aan de clustermanager(s). De opdeling van het ziekenhuis in clusters is een middel om de grote organisatie bestuurbaar te houden, maar deze opdeling veroorzaakt wel afstand. Wat we in het ziekenhuis zien is dat zich rondom de clustermanagers eilanden vormen. De clustermanagers voelen zich er verantwoordelijk voor hun cluster bijeen te houden en zij beheren het budget van het cluster. De grenzen van de

clusters worden steeds minder permeabel, clusters trekken 'muren' op om zich van de andere clusters af te scheiden. Maar niet alleen clusters, ook afdelingen en maatschappen scheiden zich op vergelijkbare manier van elkaar af.

Het door de respondenten gebruikte begrip 'eilanden' verwijst naar het gegeven dat grenzen, dus ook meer abstracte of mentale grenzen die gebaseerd zijn op de organisatiestructuur, zowel bijeenhouden als scheiden. Medewerkers die onder eenzelfde cluster zijn geschaard, gaan zich identificeren met dat cluster, dat worden subculturen met eigen manieren van doen en om zich af te scheiden van andere clusters verschansen zij zich zelfs achter de spreekwoordelijke 'barricades'. Zij beschermen hun 'bron', het budget van het cluster en er is onderlinge concurrentie en strijd om de schaarse middelen. Zo gaan de clusters niet alleen op eilanden maar op grond van deze 'domeinstrijd' soms zelfs op rivaliserende 'stammen' lijken die hun eigen belang hoger stellen dan het algemene belang van de organisatie:

Wat je nu ziet, onder druk van de bezuinigingen is dat de clusters tegenover elkaar komen te staan en dat de onderlinge concurrentie groter wordt omtrent de betrekkelijke hoeveelheid middelen. De druk wordt hoger, spanning neemt toe en je denkt dan eerst aan jezelf.

(Bron: interview vakgroep hoofd)

Dit probleem komt sterk naar voren in de electieve kliniek. Daar zijn twee afdelingen die worden aangestuurd door afdelingshoofden vanuit twee verschillende clusters. De afstand tussen de beide clusters is hier in deze kleine setting storend.

Hier zitten de eilanden naast elkaar, dat is altijd wel zo geweest, maar zij hebben een ander afdelingshoofd en een andere clustermanager en wij kunnen niks van elkaar zeggen. Dus juist omdat het hier kleinschalig is, is dat verschil erg merkbaar.

(Bron: interview teamleidster electieve kliniek)

Hoewel de respondenten het idee achter de kanteling – de organisatiestructuur meer richten op bij elkaar passende typen patiëntenstromen – ondersteunen, onderkennen zij bijna allemaal de keerzijde van de kanteling, ofwel het logisch gevolg van decentralisatie: dat clusters 'eilanden' zijn of dat dreigen te worden. Zij geven aan dat de organisatie gefragmenteerd raakt, de organisatie is geen geheel, maar valt in eilanden uiteen. Deze fragmentatie wordt door de respondenten als onwenselijk beoordeeld.

Maar niet alleen tussen de clusters is er afstand, ook geven de respondenten aan dat er afstand ervaren wordt tussen de afdelingen. Die afdelingen zitten ruimtelijk dichtbij elkaar, soms zelfs naast elkaar. Een enkele keer ontstaat er juist een verwijdering tussen afdelingen die niet alleen ruimtelijk maar ook inhoudelijk dicht naast elkaar staan. De verwijdering is gebaseerd op een domeinstrijd tussen verschillende professies, of ontstaat op basis van verschillende visies op zorginhoudelijke kwesties, een strijd om de leidende kennis. Een voorbeeld van een dergelijke strijd tussen twee afdelingen in dit ziekenhuis zijn de afdeling neonatologie en de afdeling gynaecologie, die ieder een andere opvatting over het borstvoedingsprotocol hebben. Hier wordt duidelijk dat als nabijheid toeneemt ook juist afstand kan ontstaan, teveel zichtbaarheid en nabijheid is bedreigend, er ontstaan conflicten en domeinstrijd.

Die strijd heeft vaak ook te maken met de verdeling van de schaarse middelen, hier wordt het budget vertaald in het aantal handen aan het bed. De strijd gaat dan over werkdruk in de directe zorgverlening. 'Handen' staan hier symbool voor de uitvoering van directe zorg, het 'zorgen voor'. Het verpleegkundige personeel kent vaak alleen de collega's van de eigen afdeling. Specialisatie en eilandvorming beletten de zorgverleners van verschillende afdelingen samen te werken en elkaar bijvoorbeeld een handje te helpen bij personeelsgebrek of crisisopvang.

Het grote punt in een ziekenhuis is toch: hoeveel handen hebben we op hoeveel patiënten? Dat is omgeven door veel mist. Iedereen is bang dat het hem handjes kost, daarom is er weinig openheid. Als je 's ochtends vraagt op afdelingen hoeveel bedden er vrij zijn krijg je niet vaak een helder antwoord. Bij elkaar in de keuken kijken is niet echt aan de orde. Op basis van personeelstekorten voert elke afdeling een behoudend beleid. Ik ben er wel voor dat elke afdeling zijn eigen sores oplost, maar soms heb je elkaars hulp nodig. Nu zijn we allemaal wel gespecialiseerd op onze eigen patiënten, maar soms moet je creatief zijn en heb je hulp nodig.

(Bron: interview met teamleidster)

Clusters en afdelingen die elkaar ruimtelijk en inhoudelijk erg na staan, creëren afstand naar elkaar toe om hun domein (ruimte, kennis, budget, regels) af te schermen. Dit afschermen gaat gepaard met identificatie of socialisatie binnen de groep en rivaliteit tussen de clusters en afdelingen. Naar binnen wordt de afstand verkleind en naar buiten toe vergroot.

De respondenten ervaren ook het ondersteunende cluster en het facilitair bedrijf als 'andere werelden' dan het beschouwende en de snijdende clusters. Het ondersteunend cluster en het facilitair bedrijf zijn dienstverlenend aan de

primaire zorg. Er moet tussen deze twee meer ondersteunende clusters en de andere drie zorgclusters samengewerkt worden en juist door deze afhankelijkheid is het voor de medewerkers vervelend te ervaren dat de ondersteunende afdelingen en het facilitair bedrijf er andere regels en gebruiken op nahouden. Er wordt dan door de medewerkers uit de zorgclusters gesproken in termen van onbereikbaarheid en 'eilandvorming'. De ondersteunende afdelingen en het facilitair bedrijf wordt verweten te bureaucratisch te zijn, hun eigen regels op te stellen en er wordt geklaagd over de traagheid waarmee zij hun diensten leveren. Sommige respondenten hebben het idee dat afstand ontstaat doordat de ondersteunende afdelingen en het facilitair bedrijf minder direct betrokken zijn bij de primaire zorg.

Voorgaande beschrijving geeft zicht op hoe de medewerkers van het ziekenhuis afstand ervaren. Het wordt duidelijk dat de gelaagdheid van de organisatie leidt tot een door de medewerkers ervaren afstand tussen 'zorgen voor' en 'zorgen dat'. Bij de door de organisatiestructuur gescheiden afdelingen leidt juist nabijheid en betrokkenheid tot het creëren van afstand: tussen afdelingen, clusters en medisch specialisten onderling. Diezelfde spanning tussen afstand en betrokkenheid zien we terug in de verwachtingen die aan de bestuurders gesteld worden. Zij moeten betrokken zijn en tegelijkertijd buitenstaander blijven. De volgende paragraaf geeft inzicht in deze verwachtingen, hoe de bestuurders daarmee omgaan en hoe dat dan weer uitwerkt.

6.4 Bestuurder: betrokken buitenstaander

De bestuurder van dit ziekenhuis is wiskundig bedrijfskundige; zijn carrière als zorgmanager voltrok zich in de zorg voor verstandelijke gehandicapten. De overstap vanuit deze sector naar het bestuur van een groot ziekenhuis was, in de maatschappelijke rangorde van de Nederlandse gezondheidszorg niet gebruikelijk. De medebestuurder is econoom en komt van buiten de zorg, hij werkte twintig jaar bij de rijksoverheid op verschillende departementen. Beide bestuurders hebben dus geen opleiding of werkervaring in het primaire zorgproces. De kamer van de voorzitter van de RvB, hier verder aangeduid als de bestuurder, bevindt zich op de bovenste verdieping van één van de twee gebouwen van de hoofdlocatie. De bestuurder zorgt ervoor dat hij niet alle vergaderingen op zijn kamer laat plaatsvinden. Daarom loopt hij vaak door het ziekenhuis, meestal in gezwinde pas om op tijd te zijn voor de volgende afspraak. In de gang waar de kamer van de bestuurder is, ligt kamerbreed tapijt in plaats van het linoleum dat in de rest van het ziekenhuis ligt. De kamer heeft een prachtig uitzicht over de stad. De deur staat altijd voor iedereen open, zo zegt de bestuurder vaak. Maar dat de bestuurder zo gemakkelijk benaderbaar

is blijkt meer retoriek dan werkelijkheid en wie de kamer binnen kan gaan, dat heeft te maken met politiek.

De medewerkers in het ziekenhuis verwachten, ondanks de zakelijke rol die zij de bestuurder toedichten, dat hij zich betrokken toont en nabij is. Maar niet teveel en niet te weinig. Een bestuurder die te vaak langskomt, kan teveel inzicht verwerven en dat zou hun soevereiniteit kunnen verminderen. De angst voor verlies van discretionaire ruimte, de privacy van de professionals, leidt ertoe dat zij zelf afstand creëren. Omgaan met betrokkenheid en afstand betekent voor deze ziekenhuisbestuurder dat hij zich betrokken toont bij de medewerkers en bij het primaire proces en dat hij benaderbaar is. Het betekent ook dat hij het beeld dat hem op grond van zijn achtergrond door de professionals wordt toegedicht, het beeld van de 'harde zakelijke bestuurder', steeds weer zelf actief moet bijstellen. Keer op keer moet hij laten zien dat het hem niet alleen om de cijfers gaat, maar dat geld alleen een middel is om goede zorg te kunnen geven aan patiënten. De vermeende 'waterscheiding' tussen het zorg- en het financiële paradigma blijkt meer permeabel dan gedacht, bestuurders houden zich niet alleen maar met budgetten bezig en niet alleen managers bekommeren zich om geld.

De nu volgende vier paragrafen zijn geschreven vanuit het perspectief van deze bestuurder en geven zicht op op zijn daadwerkelijke gedrag, daarnaast belichten deze paragrafen ook welke betekenis door de medewerkers wordt gegeven aan het gedrag van de bestuurder.

6.4.1 *Er zijn*

Alle respondenten kennen de bestuurders. Van de introductie van nieuwe medewerkers, een informatiebijeenkomst over orgaandonatie of nieuwbouw of uit de pers. De voorzitter van de RvB zoekt vaak de publiciteit om het imago van het ziekenhuis op te bouwen. De medewerkers waarderen deze 'boegbeeld' functie, het geeft ze een gevoel van trots en betrokkenheid bij hun organisatie. Zij vinden dat de bestuurder hun ziekenhuis het juiste gezicht geeft. De bestuurder zoekt de pers om zijn trots te uiten bij nieuwe ontwikkelingen in het ziekenhuis en hij probeert met het ziekenhuis vooraan te staan bij landelijke projecten en prijzen. Die aandacht voor het werk van de professionals, die de bestuurder via de pers uit, is van belang om een band met het ziekenhuis, waarop zij trots kunnen zijn, op te bouwen. De bestuurders tonen hun belangstelling voor het zorgproces ook door present te zijn bij presentaties over vernieuwingen in de werkprocessen, zij schenken aandacht aan primaire processen van de zorg, maar ook de medewerkers van het facilitair bedrijf ervaren aandacht van de bestuurders voor de bedrijfsmatige en onderhoudstechnische werkzaamheden die door hen uitgevoerd worden.

De medewerkers in het ziekenhuis ervaren persoonlijke aandacht voor hun welbevinden vanuit de RvB. Ze worden gehoord, gezien en gekend. De medewerkers vinden het erg belangrijk dat de bestuurder hen groet als hij zich door het huis spoedt. De bestuurder kent veel mensen bij naam, hij vraagt naar hun werk en onthoudt waar zij mee bezig zijn:

Hij zegt ook altijd iedereen gedag en vraagt hoe het loopt, dat zijn kleine maar erg belangrijke dingen.

(Bron: interview teamleidster)

De respondenten vinden dat hij 'er moet zijn' op belangrijke momenten, jubilea en afscheidsbijeenkomsten, maar ook wanneer er iets vervelends is voorgevallen, hoewel dat ook weer precair kan liggen. Het werd door de medewerkers erg gewaardeerd dat de bestuurder hen op de laatste nieuwjaarsreceptie zelf verwelkomde met een glaasje. De bestuurder gaat vaak op de 'zeepkist' staan, neemt het initiatief om zaken aan de medewerkers uit te leggen. Hij wordt, zo blijkt tijdens de observatie, vaak aangesproken door medewerkers, in de lift, bij de lunch. De bestuurders laten zich bij de voornaam noemen, zij ondertekenen stukken ook met hun voornaam. Wat de medewerkers daar uit opmaken en wat zij waarderen is het feit dat het contact met de bestuurders 'persoonlijk' is.

Beide bestuurders willen betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg en benaderbaar voor de medewerkers. Om hun benaderbaarheid te benadrukken gebruiken zij het beeld van de 'open deur'. Hun deur staat altijd open, zeggen ze. Daarmee willen ze aangeven dat ieder individu vrij is om de bestuurders op te zoeken en te raadplegen. De bestuurder nodigt nieuwe medewerkers tijdens een introductiebijeenkomst uit om bij hem langs te komen als er vragen zijn. Maar zo eenvoudig is dat niet. In werkelijkheid staat de deur van de kamer van de bestuurder wel open, maar kan je die kamer alleen maar binnen komen door het kantoor van de bestuurssecretaresse. Zij beheert de agenda van de bestuurder en verleent toegang, ten dele bepaalt zij of de deur open is of gesloten. Desondanks zeggen de meeste respondenten dat zij zo bij de bestuurders naar binnen zouden kunnen lopen, maar dat zij dat eigenlijk alleen doen als zich vervelende kwesties zouden voordoen die zij niet via hun direct leidinggevende kunnen aankaarten. De medisch specialisten zijn echter van oudsher gewend altijd bij de 'directeur' binnen te lopen en zaken via de directe benadering te regelen. De medisch specialisten bevestigen hun soevereiniteit door het zomaar kunnen binnenlopen bij de bestuurder, zij creëren een directe toegang tot het hoogste gezag. Nu het bestuur de verantwoordelijkheid voor het aansturen van de clusters echter heeft gedelegeerd aan clustermanagement en afdelingsmanagement, zijn die het officiële aanspreekpunt voor de individuele medisch specialist. De medisch

specialisten ervaren dit als een omweg en blijven bij de bestuurder binnenlopen om hun zaken zelf te regelen, ook nu die directe benadering eigenlijk niet meer gewenst is. Zij gaan daarmee voorbij aan de hiërarchie zoals die is vastgesteld in de organisatiestructuur waarmee zij zowel de bestuurders als de clustermanagers in een lastig parket brengen. Daarom is als vaste spelregel afgesproken dat de RvB altijd alleen met medisch specialisten praat in aanwezigheid van een medisch clustermanager. Hoewel ‘de deur nog altijd openstaat’ is er een extra drempel aangebracht in het directe contact met de medisch specialisten. Zo verandert de retoriek van de ‘open deur’ tot de politiek van ‘wie wordt er binnengelaten’.

6.4.2 Verbinden van ‘zorgen voor’ en ‘zorgen dat’

De taak van de bestuurder is ervoor te zorgen dat goede zorg toegankelijk is voor of gedistribueerd wordt over een groot aantal patiënten. In deze distributieve logica moet kwaliteit van zorg aandacht krijgen naast de logistiek van de zorgprocessen en het beheer van de financiën. De bestuurder is de beheerder van de ‘opslag’ van financiële middelen. Hij zegt dat zelf zo:

Ik zit anderszijds natuurlijk ook op de centen.

De door de bestuurder zelf aangegeven gedrevenheid om mensen te helpen, moet hij combineren met de eindverantwoordelijkheid voor de financiële gezondheid van het ziekenhuis. Terwijl zorg en geld met elkaar vervlochten zijn in de missie van het ziekenhuis en in de taak van de bestuurder, zien de respondenten een dichotomie tussen zorg en geld, enkele respondenten spreken over een “waterscheiding tussen budget en medisch”; de RvB zou alleen maar geïnteresseerd zijn in geld en de dokters in medische zaken. Met het begrip waterscheiding wordt het beeld van een ondoordringbaar onderscheid opgeroepen, een beeld dat in de literatuur ook wel, de (bijna ideologische) ‘kloof’ tussen het zorginhoudelijke en het financiële paradigma genoemd wordt.

Het management heeft geen ideeën hoor, hooguit financiële ideeën zij moeten ideeën aangedragen krijgen door ons de werkers en als het geld oplevert gaan ze het organiseren.

(Bron: interview vakgroep hoofd)

Die waterscheiding kwam echter sterker naar voren in de interviews dan tijdens de observaties. In de gesprekken tussen bestuurder en medisch specialisten werd bijvoorbeeld zowel over de bekostiging als over de inhoud en de toekomstige ontwikkelingen in de zorg gesproken. Het waren de medisch specialisten die in de gesprekken, soms als een grapje soms serieuzer, altijd wel

even hun eigen salaris aantipten. De waterscheiding is blijkbaar niet gebaseerd op de posities zoals door de respondenten gesuggereerd wordt. De scheiding die de respondenten aangeven loopt blijkbaar langs andere lijnen en heeft meer te maken met hardnekkige beeldvorming dan met waargenomen gedrag, een voorbeeld hiervan is een gesprek tussen bestuurder, clustermanager en twee oogartsen over de toekomst van de oogzorg in het ziekenhuis en de benodigde menskracht voor de maatschap.

Bestuurder: "Maar laten we het hier en nu even laten voor wat het is, loskomen en naar de toekomst kijken". Oogarts 1: "Er moeten jongere oogartsen komen en wij moeten ketenzorg gaan leveren."

Bestuurder: "Nee, anders: de patiënt of klant woont thuis en gaat naar de opticien, hoe groeit dat uit? De opticien wordt de verwijzer en moet ondersteund worden, elektronisch ondersteund of we moeten er zelfs een klein winkeltje neerzetten? Alleen als het echt nodig is moet de patiënt hier komen. Ik wil graag jullie toekomstvisie horen, ga dan eens terugdromen, welke patiëntenstromen, hoe bereiken we dat doel, met omgekeerd redeneren kom je het plaatje niet uit."

Ze praten over stoelen en goedkopere verpleegkundigen. Bestuurder: "Maar kosten en baten daar start de discussie niet mee. Je moet over de toekomst nadenken." Oogarts 1: "Dus het gaat niet om goedkoper indikken?" Bestuurder: "Probeer van je af te denken, we zijn niet op iemand uit..."

(Bron: observatie dag 4)

In dit gesprek moet de bestuurder steeds opnieuw weerleggen dat het hem alleen maar zou gaan om bezuinigen. Hij tracht de oogartsen te leren hoe zij meer als ondernemers kunnen denken.

Zitten op de centen verwijst ook naar zuinigheid. Die zuinigheid komt wel in waarnemingen naar voren. Van de bestuurder is bekend dat hij streng let op de uitgaven, wat door de meeste respondenten wordt gewaardeerd, ook omdat hij in die zuinigheid consequent is en zelf het voorbeeld geeft in het verantwoord omgaan met het te besteden geld. Bestuurders en managers rijden niet in (grote) auto's van de zaak, de jaarlijkse managementteamvergadering wordt vanwege de kosten en de beeldvorming niet op de hei gehouden maar in het ziekenhuis zelf, er worden weinig externe adviseurs of interim – managers ingeschakeld. Ondanks zijn strenge alertheid op de financiële gezondheid van het ziekenhuis en ondanks de verwachtingen gebaseerd op zijn financiële achtergrond, wordt de bestuurder door de medewerkers niet ervaren als een puur zakelijke bestuurder die het vooral om de financiële winst gaat. Maar hier moet de bestuurder wel veel voor doen, hij benadrukt vaak dat hij het tot stand brengen van goede zorg hoger acht dan het behalen van financiële winst:

Het gaat erg om de zorg voor de patiënt en niet om de opbrengsten voor het ziekenhuis. Dat is iets wat door de bestuurder komt.

(Bron: interview medewerkster)

Dat de waterscheiding tussen zorg en financiën vooral in retorische zin in stand wordt gehouden, blijkt ook uit het overleg in het kader van de jaarrekening. De bestuurder en zijn collega overleggen met het hoofd van de afdeling financiën, een medewerker van deze afdeling en de accountant. In deze bespreking wordt weinig over en weer geïnformeerd, de aanwezigen zijn van alle financiële informatie uit de organisatie op de hoogte, zij delen hun zorgen en ideeën over de financiële gezondheid van het bedrijf.

De financieel manager maakt zich zorgen over de ontwikkeling van patiënt – gebonden kosten. Het geneesmiddelen- en bloedproductenverbruik is hoog geweest. Hij pleit voor meer kostenbeheersing en verwacht geen oplossing van de verzekeraar. De accountant vraagt wat het ziekenhuis doet om de patiëntgebonden kosten in de hand te houden. De aanwezigen zeggen dat er wel voorschrijfgeregels zijn, maar dat uiteindelijk de medisch specialisten bepalen welk middel gebruikt wordt.

Bestuurder: "Uiteindelijk krijgt de patiënt het beste middel, maar we hebben er bedrijfsmatig nog niet genoeg grip op." Financieel manager: "Ik heb met de internisten gesproken over dit punt, het blijft een lastige afweging. Er is wel lobby bij de minister, als het een standaard verstrekking zou worden dan hebben wij geen probleem met de verzekeraar."

(Bron: observatie dag 6)

In deze bespreking met alleen financiële deskundigen valt niet de waterscheiding, maar juist de verwevenheid van financiën en zorg op. Vanuit financiële kaders wordt er over het mogelijk maken van goede zorg nagedacht. 'Zorgen dat' is bewerkstelligen dat er voldoende financiële ruimte is om te 'zorgen voor'.

6.4.3 'Patients First'

De bestuurder probeert de inhoudelijke ontwikkelingen vooral te beschouwen vanuit het patiëntenperspectief. Tegen de medisch specialisten, die het ziekenhuis willen zien als een 'doctors hospital', brengt hij in dat de patiënt niet voor de specialist komt, maar voor zichzelf. Het ziekenhuis moet een 'patients hospital' zijn waarin de patiënt altijd op de voorgrond staat. Hij noemt dat: "patients first". Hij vertaalt beleid vaak in vragen als: 'Hoe zal de patiënt dat ervaren?' Een voorbeeld daarvan is een vergadering over de nieuwbouw van het ziekenhuis. Bij nieuwbouw komt het aan op een beleidsmatige toekomst-

visie: hoeveel patiënten zullen er in de toekomst in het ziekenhuis liggen en hoe moet de ruimte ingericht zijn om tegemoet te komen aan maatschappelijke en vakinhoudelijke ontwikkelingen? In de bouwvergadering zitten twaalf mensen rond de tafel, coördinator bouw, architect, tekenaar, twee clustermanagers, een aantal afdelingshoofden, teamhoofden, verpleegkundigen en de bestuurder. Het thema van de vergadering is de inrichting van de verpleegafdelingen. De reden dat de bestuurder en de clustermanagers, “jullie van boven”, bij de vergadering gevraagd zijn is dat er een besluit genomen moet worden over het aantal toekomstige bedden op de verpleegafdelingen. Het probleem is dat het plaatsen van veertig bedden per verpleegafdeling in de beschikbare ruimte niet haalbaar lijkt te zijn. De bestuurder probeert te achterhalen wat het effect van het kiezen voor eenpersoonsskamers zal zijn voor enerzijds de werkdruk en anderzijds de ervaringen van de patiënt.

Bestuurder: “Ik zit te zoeken naar welke dynamiek er zal ontstaan. Hoe gaat de patiënt het gebouw beleven, hij ligt dan wel alleen, maar heeft hij dan contact met de gang?” De architect zegt dat mensen zelf de gordijnen dicht doen omwille van privacy. Bestuurder: “Maar hoe beleven patiënten die afgeslotenheid van de wereld? Worden ze daar beter van of juist niet? Ik kom uit de gehandicapten zorg en daar is men juist gericht op normalisatie...”. Het gesprek gaat voort over vereenzaming ten opzichte van prettig alleen herstellen. Bestuurder: “Welke informatie hebben wij hier nu over? Hebben jullie hierover nagedacht en informatiebronnen aangeboord?” Een van de clustermanagers is van mening dat er meer communicatie op afstand met de belsystemen zal ontstaan. Een afdelingshoofd geeft aan dat het patiëntgericht verplegen nog verder moet worden uitgewerkt. Bestuurder: “Jullie moeten dit soort ideeën voorbereiden. Nog even terug, uitgaande van patiënt, jullie gaan uit van patiënt gerichte zorg, patiënt ziet een verpleegkundige en de assistenten vanuit het FAB. Maar als de patiënten wat beter zijn, waar gaan zij dan eten?” Clustermanager: “Ja, waar is dat restaurant gebleven?” Afdelingshoofd: “De patiënten eten al zo snel mogelijk aan tafel op hun eigen kamer.” Bestuurder: “Maar nog liever buiten de deur...” Architect: “Het liefst aan de lichte of dicht bij de verpleging, bijvoorbeeld in de teamkamers.” (Bron: observatie dag 7)

Opvallend is dat de bestuurder hier degene is die zich het meeste tracht in te leven in de ervaringen van de patiënt. Door het patiënten perspectief voorop te stellen met de uitspraak ‘patients first’ en door zichzelf op te stellen als hoeder van het patiëntenperspectief, verwerft de bestuurder legitimiteit in de zorginhoudelijke discussies met de medisch specialisten en verpleegkundigen.

6.4.4 Dicht bij het ‘product’

Toch is onze beider stijl die van dicht bij het product staan.

(Bron: interview voorzitter RvB)

De positie van de bestuurder, zijn kennis, kunde en de invulling van zijn dagelijks werk dat bestaat uit overleggen en vergaderingen, leidt niet vanzelfsprekend tot een direct contact met de werkvloer. De medisch specialisten in dit ziekenhuis hebben expliciet voor een RvB zonder medicus gekozen. De voorzitter van de RvB draagt samen met de vier medisch clustermanagers en de voorzitter van de medische staf de eindverantwoordelijkheid voor wat er in het ziekenhuis gebeurt. De bestuurder geeft aan dat hij en zijn collega bestuurder, afkomstig van buiten de zorg, desondanks of juist doordat zij zo weinig vanzelfsprekend contact hebben met het zorgproces, sterk de behoefte hebben “*dicht bij het product*” te staan. Met het ‘product’ bedoelen zij het primaire zorgproces. De bestuurders organiseren die nabijheid door werkbezoeken af te leggen en door op verschillende manieren in contact te treden met de professionals:

Wij doen werkbezoeken, praten veel, zijn benaderbaar en open. Ik ga naar de symposia die georganiseerd worden en houd daar een praatje omdat ik het van belang acht iets van mijzelf te laten zien en om met verschillende mensen te praten. Ik ga ook mee in de witte jas op de spoedeisende hulp en loop bijvoorbeeld de poli decubitus mee. Dat vind ik heel belangrijk decubitus, daar is zoveel aan te doen, zoveel leed te besparen door goede protocollen... Ik heb een sterke gedrevenheid om patiënten te helpen.

(Bron: interview voorzitter RvB)

De bestuurders zouden meer werkbezoeken op de afdeling willen afleggen maar zij beklagen zich erover dat zij, hoewel zij “*toch zulke gewone mannen*” zijn, bijna nooit door de afdelingen op de koffie worden gevraagd. De afdelingen zitten niet op hun bezoek te wachten en houden de drempel voor de bestuurders om zo maar binnen te lopen hoog.

Bij het gewoon rondlopen door het ziekenhuis komt de bestuurder wel veel patiënten tegen, maar zij blijven anoniem. In een ziekenhuis zijn de patiënten door hun kortstondige verblijf ook anoniemer dan in de gehandicapten zorg waar vaak jarenlange relaties met de cliënten of bewoners bestaan. Klachten van patiënten worden in het ziekenhuis afgehandeld door de klachtencommissie, of verworden tot claims: juridisch-financiële aangelegenheden. Via de patiëntenraad kan de bestuurder met de patiënten uit het ziekenhuis in contact te komen, maar tijdens het onderzoek was er geen vergadering van de

patiëntenraad en bij de besprekingen werd de patiëntenraad niet genoemd, het leek geen partij waarmee veel rekening werd gehouden. Patiënten blijven voor de top van het ziekenhuis abstract.

In het ziekenhuis heb je (als bestuurder AS) niets met de patiënt als persoon te maken, je hebt met de patiënten geen relatie, je handelt vanuit een abstract begrip 'patiënt'. Heel anders dan in de gehandicaptenzorg waar de cliënten gewoon bij je binnen lopen en aan tafel gaan zitten, daar heb je veel meer persoonlijke contacten mee.

(Bron: interview voorzitter RvB)

De bestuurders ontvangen informatie over de aantallen patiënten, de kwaliteit van de behandeling en de organisatie van zorg door middel van cijfers en rapporten. Zij worden geïnformeerd via de lijn, de informatie komt vertaald door de verschillende lagen bij hun aan. Maar zij vinden dat niet genoeg, zij hebben behoefte aan meer concrete ervaringen. Voeling houden met het primaire proces betekent voor de bestuurders dat zij meer weten van de problemen die zich voordoen bij verschillende aandoeningen en dat zij weten welke specifieke behandelingen er in het ziekenhuis worden gegeven en ontwikkeld. Maar voeling houden betekent ook contact maken met de medewerkers en zicht krijgen op wat patiënten in het ziekenhuis ervaren. Bij het meelopen tijdens de behandelingen, bijvoorbeeld op de poli decubitus, slaat de bestuurder twee vliegen in één klap. Hij komt dan in contact met zowel medewerkers als patiënten.

De respondenten zeggen, ondanks dat zij soms drempels opwerpen, dat zij het meelopen over het algemeen een goede zaak vinden want het is belangrijk dat de RvB weet wat er op de werkvloer speelt, dat de bestuurder moeite doet om zoveel mogelijk direct geïnformeerd te worden om ongekleurde informatie binnen te krijgen en niet altijd door de “koker van de lijn” te kijken. Er zijn echter ook bedenkingen over het meelopen: zowel over de manier waarop als over de werkelijke opbrengst aan informatie.

Dat de bestuurder mee kwam lopen was erg leuk, er was die dag een arts jarig, we hadden gebak bij de koffie... Toen dacht ik ja het is wel erg gezellig zo, het koninginnedag fenomeen. Dat is ook normaal hoor, als je thuis bezoek krijgt zorg je ook dat het netjes is en dat je je inhoudt. Als ze dan weg zijn ga je los, en dat was op onze afdeling ook heel duidelijk te zien. Maar ik denk als er dingen zijn, dat het ook heel toegankelijk is.

(Bron: interview verpleegkundige)

Medewerkers zien dat die meeloopdagen een hoog ‘Koninginnedag-gehalte’ hebben. De bestuurder krijgt tijdens het meeloopprogramma een rooskleurig beeld voorgeschoteld van de werkelijkheid. Medewerkers zetten hun beste

beentje voor en de taart staat op tafel. Een van de afdelingshoofden zou het al mooi vinden als de bestuurder gewoon met zijn handen op zijn rug door het ziekenhuis gaat lopen. Zij noemt dat “*het lopen over je landgoederen*” waarmee zij ook impliciet aangeeft dat dit gedrag misschien archaisch, controlerend en daarmee juist distantiërend zou kunnen overkomen. De bestuurders treden dan ongevraagd een ‘andere wereld’ binnen en met het overschrijden van een dergelijke territoriale grens kan het zijn dat zij de sociale afstand tot de medewerkers juist in stand houden. Het kan ook zijn, en dat is waar het afdelingshoofd waarschijnlijk op doelt, dat het rondlopen van de bestuurder dan door het vaker te doen gewoner en minder bedreigend wordt. Het afdelingshoofd heeft gemerkt dat de bestuurder graag op de koffie wil komen op haar afdelingen, maar dat die afdelingen zenuwachtig worden van dat voorstel. De medewerkers zijn van mening dat het zinvoller zou zijn als er door managers en bestuurders niet alleen meegekeken, maar ook werkelijk naar de medewerkers geluisterd zou worden. Het bijwonen van afdelingsvergaderingen is volgens hen net zo belangrijk of zelfs belangrijker dan het meelopen in de directe zorg.

Zij lopen dagjes mee in de zorg, slaan daarmee de brug. Dat is belangrijk, maar belangrijker nog is dat zij werkelijk luisteren en weten welke problemen de professionals tegen komen.

(Bron: interview medisch clustermanager)

Een probleem van het meelopen (en zeker ook van het luisteren) is dat er bij de medewerkers soms de verwachting wordt gewekt dat de bestuurder de problemen wel even zal komen oplossen. De medewerkers vinden dat ook de clustermanagers meer mee zou moeten kijken of gewoon onverwacht binnen zouden moeten lopen op de afdelingen, want de clustermanagers zijn vaak onbekend bij de medewerkers. Onbekender dan de bestuurders. De teamleiders echter zitten niet zo erg te wachten op de meeloopactiviteiten van hun leidinggevend. Zij voelen het meekijken in de keuken als een controle en als een inbreuk op hun autonomie. De teamleiders regelen de zaken liever in de lijn van de organisatie:

Hij komt niet op de afdeling, maar dat hoeft voor mij niet zo ik run graag mijn eigen toko, geldt voor onze clustermanager ook. Voor beiden geldt als ik er met het afdelingshoofd niet uitkom kan ik altijd bij ze binnen lopen.

(Bron: interview teamleidster)

De respondenten vinden dat zij de bestuurders toch relatief weinig op de werkvloer zien. Daarbij gaat het contact met de RvB meestal over organisatorische veranderingen en niet over de inhoud van de zorg. Een van de respondenten

vraagt zich af of de RvB werkelijk weet, en zich realiseert, wat er op het uitvoerende niveau speelt en of de bestuurders zich bijvoorbeeld wel realiseren hoe traag de gewenste veranderingen verlopen. Maar te veel langskomen, kan de medewerkers ook het gevoel geven onder curatele te staan, dan zijn zij het die afstand gaan nemen. Vooral de clustermanagers zijn van mening dat de bestuurder hen niet te dicht moet benaderen, niet *“op de vingers moet kijken”*. Soms heeft hij teveel interesse in een specifiek onderwerp en wordt zijn ‘tot in detail doorvragen’ ingegeven door onenigheid en conflicten. Hij moet vertrouwen hebben en ruimte geven, maar niet te veel op details doorvragen. Bij de partij die het dichtst bij is in de gelaagdheid van de organisatie moet de bestuurder dus op afstand blijven.

De wens om ‘dicht bij het product te staan’ komt voort uit de wens van de bestuurders betrokkenheid en nabijheid bij het primaire proces te organiseren en te bewerkstelligen, maar dit wordt door hen uitgedrukt in bedrijfsmatige taal. Door de taal die zij gebruiken, blijven zij buitenstaanders. ‘Product’ is een vreemd en kunstmatig, maar allengs wel meer ingeburgerd begrip in de wereld van zorg, waar het gaat om het proces en de uitkomst van hulpverlening. Anderzijds is helemaal dezelfde taal spreken misschien ook weer niet wat er van hen verwacht wordt door verpleegkundigen en artsen. Zo wordt het de bestuurder bijvoorbeeld door een van de specialisten ontraden bij zijn werkbezoeken een witte jas aan te trekken omdat hij dan de indruk zou wekken dat hij medisch specialist is. Dat is de verkeerde rol; de bestuurder moet wel interesse tonen voor het medische bedrijf, maar zich niet met de medici vereenzelvigen. Van de bestuurder wordt verwacht dat hij betrokken is, maar ook weer niet te betrokken. Hij moet een buitenstaander blijven maar wel bekend zijn bij en met de uitvoering en de uitvoerders van de primaire zorg: een betrokken buitenstaander, een precare zaak.

6.5 Omgaan met afstand en betrokkenheid

Hoe bestuur je als betrokken buitenstaander een ziekenhuis waar zoveel eilanden en koninkrijken naast elkaar bestaan? Besturen doet de bestuurder niet alleen, daarin spelen de clustermanagers, medisch managers, afdelinghoofden, teamleiders en medewerkers allemaal een eigen rol, maar die hiërarchische lagen construeren, zo zagen we eerder, ook allemaal hun eigen afstand. Een organisatie werkt ook doordat er specifieke manieren van doen zijn ontstaan. Deze paragraaf gaat over de manieren die in dit ziekenhuis gevonden zijn in het omgaan met afstand en betrokkenheid. De vergaderingen in het ziekenhuis vormen ontmoetingspunten waar het handelen kan worden gecoördineerd. Omdat de organisatie

geneigd is tot het vormen van eilanden en koninkrijken is het van belang dat er naast de reguliere organisatiestructuur ook andere ontmoetingen georganiseerd worden. De kwaliteitsprojecten zijn nuttig als functionele en flexibele ontmoetingsplaatsen. Reizende medewerkers zorgen ervoor dat de locaties op afstand als satellieten aan de hoofdlocatie verbonden blijven en er geen afscheidingsbewegingen ontstaan en vertalingen werken grensoverschrijdend en daarmee verbindend.

6.5.1 Ontmoetingsplaatsen

De vergaderingen en besprekingen in het ziekenhuis zijn te beschouwen als ontmoetingsplaatsen. RvB, managers van stafafdelingen en de clustermanagers ontmoeten elkaar aan het begin van het jaar tijdens de 'heidagen' en vervolgens eens per drie weken in de managementteamvergadering. Clustermanagers ontmoeten elkaar elke week in het Overleg Clustermanagers Zorg, dat speciaal bedoeld is om eilandvorming tegen te gaan, zij spreken hun afdelingshoofden wekelijks, maar de teamleiders spreken zij hooguit eens per jaar, als zij eens een teamleidersvergadering bijwonen. Afdelingshoofden overleggen wekelijks, individueel of gezamenlijk met de teamleiders en deze overleggen vervolgens één tot vijf keer per jaar met alle medewerkers van hun afdeling. Teamleiders onderhouden individueel veel contacten met teamleiders van andere afdelingen, met de medisch specialisten en met de ondersteunende afdelingen. Gezien vanuit de organisatie structuur zijn er dus verticaal en horizontaal georganiseerde ontmoetingsplaatsen. Af en toe, het bijwonen van de teamleidersvergadering door de clustermanager is daar een voorbeeld van, wordt een laag gepasseerd, maar dat gebeurt niet vaak.

Kwaliteitsprojecten vlechten de structuur van het ziekenhuis op een heel ander manier aaneen dan de reguliere structuur. Medewerkers vanuit verschillende afdelingen en lagen uit de organisatie komen bijeen in werkgroepen en commissies en de kwaliteitscommissies vormen zo ontmoetingsplaatsen diagonaal door de organisatiestructuur heen. Hoewel er, volgens de respondenten, te veel kwaliteitsprojecten zijn en er te weinig behoorlijk wordt afgerond en geïmplementeerd, komen door deze projecten mensen uit verschillende 'werelden' met elkaar in contact. Medewerkers die elkaar niet in hun dagelijks werk tegenkomen, ontmoeten elkaar in deze commissievergaderingen, leren elkaar kennen en raken met elkaar en met elkaars denken vertrouwd. Zo vormen zij weer schakels tussen de verschillende eilanden, lagen en locaties. In die zin lijkt wat zich in deze kwaliteitscommissies afspeelt van groot belang voor het ziekenhuis, en is dat proces zelfs nog belangrijker dan de resultaten van de projecten.

6.5.2 Verbindingen

De bestuurders steken veel energie in de kwaliteitsprojecten, die hen de mogelijkheid geven meer contact te maken met de werkvloer.

We organiseren via de verpleegkundige adviesraad (VAR) wel eens lunchbijeenkomsten en dan komen wij vertellen over het kwaliteitsproject. Anders denkt de organisatie: "Ze hebben het er over, maar zelf doen ze er niet aan mee". We gaan echt de boer op, maar we doen het eigenlijk nog te weinig. Vorig jaar organiseerden we tien van die bijeenkomsten en proberen met de verpleegkundigen aan de praat te komen.

(Bron: interview medebestuurder)

Door de kwaliteit van zorg als binnenkomer te gebruiken, creëren de bestuurders een eigen binding met de inhoud van het primaire proces. Door het belang dat de RvB aan kwaliteitsverbetering hecht en aan de manier waarop zij hun betrokkenheid uitdragen scheppen de kwaliteitsprojecten een eigenstandige band tussen bestuurders en werkvloer. Zij maken daarmee duidelijk dat hun taak niet alleen het geld beheren is, maar dat zij ook verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis. Zij legitimeren daarmee het overschrijden van de territoriale grens tussen beleid en uitvoering.

Ik ken de directeuren vooral van de nieuwe ontwikkelingen van kwaliteitsprojecten en het op te zetten klinisch pad. Onze bestuurder is echt een stimulator wil alles initiëren. Hij heeft de introductie gedaan, is altijd heel erg betrokken.

(Bron: interview teamleidster)

De bestuurders hebben zo weliswaar een eigen verbinding gecreëerd met 'zorgen voor', waarbij zij de lagen van de organisatiestructuur 'buitenom' passeren. Maar met de fysieke ontmoeting lijkt de mentale afstand nog niet geslecht. Misschien is dat omdat de bestuurders hun bemoeienis met de kwaliteit van zorg toch vanuit een beleidsmatig perspectief invulling geven, terwijl de zorgverleners denken vanuit de problemen die zij in de uitvoering van zorg tegenkomen.

Maar ze (de bestuurders, AS) hebben ook veel aandacht voor kwaliteitsverbetering, ze geven het goede voorbeeld door een voortrekkersrol te spelen. Ze doen vooral beleid en aansturing, ze doen niet echt projecten. Dat is voornamelijk PR, maar we doen er ook veel aan, wie heeft er nu een medisch specialiste als kwaliteitsmanager aangesteld? Voor de zorg denk ik niet dat het helpt, maar intern is er wel secundaire winst door de aandacht voor de inhoud en niet alleen voor de cijfertjes. Als je ziet op welk niveau het gebeurt, dat zet het niet echt zoden aan de dijk, maar voor de PR naar buiten is het heel goed.

(Bron interview medisch manager)

Even zo goed zou het kunnen zijn dat bij dit soort ontmoetingen tussen bestuur en werkvloer de verschillende mentale kaders van 'zorgen voor' en 'zorgen dat' 'pregnant' naar voren komt waardoor de afstand juist als groter wordt ervaren.

De RvB maakt zich zorgen over hoe zij de gefragmenteerde groep medici bij de organisatie betrokken kunnen houden, maar de vraag is wat de bestuurders hiermee eigenlijk bedoelen, betrokken waarbij eigenlijk? De medisch specialisten zijn sterk verbonden met de uitvoering van zorg, zij werken allemaal voor het grootste deel van hun werktijd in de directe patiëntenzorg, ook als zij een managementfunctie vervullen. In tegenstelling tot de managende verpleegkundigen blijven de managende dokters *wel* aan het werk in het primaire proces. Specialistmanagers en vakgroephoofden combineren zestig tot zeventig procent zorg met dertig tot veertig procent management, zij vormen zo een belangrijke schakel tussen management en werkvloer en zij zouden deze twee werelden met elkaar kunnen verbinden.

De functie van medisch directeur is vervangen door vier medisch clustermanagers die parttime werken als manager en daardoor een hele goede binding hebben met de werkvloer.

(Bron: interview medisch clustermanager)

De betrokkenheid waar de bestuurders zich zorgen om maken heeft blijkbaar met iets anders te maken, betrokken zijn bij de organisatie vraagt meer dan deze managementparticipatie. Door de respondenten wordt aangegeven dat de managende medisch specialisten wel hun eigen professie vertegenwoordigen, maar weinig oog hebben voor de belangen van andere specialismen en beroepsgroepen in het ziekenhuis en soms ook niet voor de patiënt. Daarmee creëren de medisch specialisten sociale afstand en zijn deze schakels aan de andere kant dus ook weer buffers, bijvoorbeeld als zij de belangen van andere groeperingen die zij vertegenwoordigen niet daadwerkelijk behartigen bij de RvB.

6.5.3 Extensies: reizende medewerkers

Er bestaan in het ziekenhuis geen locatiemanagers (behalve de manager van de buitenpoli's). Clustermanagers, afdelingshoofden, medisch specialisten en soms ook verpleegkundigen werken op meerdere locaties. Door hun betrokkenheid bij meerdere locaties en het heen en weer reizen tussen die locaties zorgen zij voor verbinding tussen de electieve kliniek, het poliklinische behandelcentrum, het gezondheidscentrum en de hoofdlocatie. De electieve kliniek bijvoorbeeld, ligt op tien kilometer afstand van de hoofdlocatie. De electieve kliniek heeft volgens de respondenten een identiteitsverandering ondergaan:

een sterke eigen identiteit als klein, maar volledig ziekenhuis, is veranderd in een nieuwe 'electieve identiteit'. Het voormalig volwaardige kleinschalige ziekenhuis is omgevormd tot een moderne, vooruitstrevende electieve kliniek, de eerste in Nederland. Omdat het om die reden voor de organisatie een "para-depaardje" is, worden er vaak rondleidingen gegeven door het topmanagement. Een clustermanager heeft veel gedaan aan het tot stand komen van de electieve kliniek, en afdelingsmanager uit hetzelfde cluster werkt elke week een dag op deze locatie. De teamleiders en medewerkers van deze kliniek vergaderen en werken soms (in de vakantietijd) op de hoofdlocatie en zij doen mee aan gezamenlijke kwaliteitsprojecten en scholing. Door het contact over en weer is de electieve kliniek onderdeel geworden van het gehele ziekenhuis en wordt die ervaren als een satelliet, op afstand maar sterk verbonden.

Belangrijk is dat zij niet het gevoel hebben dat ze erbij hangen want het is een belangrijk deel van onze organisatie. Maar ik vind dat je er wel aandacht voor moet hebben anders krijg je heel snel toch het gevoel daar dat ze erbij hangen. Zeker in het begin hadden zij erg de angst opgeslokt te worden door een grote organisatie en daarom heb ik het vanaf het begin belangrijk gevonden mijn gezicht te laten zien, mensen erbij te betrekken, en als het enigszins kan mensen persoonlijk te kennen. Dat geeft voor hen het gevoel een wezenlijk onderdeel van de organisatie te zijn.

(Bron: interview afdelingsmanagers)

In het poliklinische behandelcentrum dat op een tiental kilometers van de hoofdlocatie ligt, wordt wel afstand tot de hoofdlocatie ervaren. De medewerkers van het behandelcentrum zijn medisch specialisten en doktersassistenten. De doktersassistenten van deze locatie komen zelden op de andere locaties. Zij hebben een eigen leidinggevende, de manager buitenpoli's, die geen afdeling leidt in de hoofdlocatie. Daarentegen werken de medisch specialisten zowel op de hoofdlocatie als in het poliklinisch behandelcentrum. Ondanks het feit dat zij meer tijd nodig hebben voor heen en weer reizen en voor afstemming met de verschillende secretariaten, ervaren de medisch specialisten het behandelcentrum als een onderdeel van het ziekenhuis en niet als aparte wereld. Zij zijn de extensie vanuit hoofdlocatie naar het behandelcentrum. Doordat er echter tussen doktersassistenten en medisch specialisten sociale afstand wordt ervaren, werken de medisch specialisten echt als een extensie en niet als verbinding tussen de doktersassistenten van het poliklinische behandelcentrum en de hoofdlocatie.

Het facilitair bedrijf werkt voor de gehele organisatie. De medewerkers van het facilitair bedrijf merken soms dat het gevaar dreigt dat hun werkeenheden op de

verschillende locaties van elkaar vervreemden. Zij proberen de boel bij elkaar te houden door bij hun collega's op de andere locatie te gaan koffiedrinken:

Ik ga naar dat andere gebouw toe omdat we een project gestart zijn met de huishouding en ik ken die meiden al langer en ik dacht nu het gaat fout. In het verleden is er al geklaagd van “ja, we zien nooit iemand”, dus ik dacht daar moeten we een stokje voor steken, want dat vind ik niet leuk, zou ik zelf ook niet leuk vinden. Zij komen niet hierheen.

(Bron: interview medewerkster FAB)

De ruimtelijke verspreidheid van de organisatie over vijf locaties levert in tegenstelling tot de organisatiestructuur niet veel sociale afstand op. De locaties hebben niet de neiging zich van de andere locaties af te scheiden en worden door de respondenten beschreven als satellieten die sterk verbonden zijn met de hoofdlocatie. De organisatiestructuur ligt als een beweeglijk netwerk over de locaties heen. Door medewerkers als gezanten naar de locaties te laten reizen worden deze locaties satellieten van de hoofdlocatie en geen eigenstandige koninkrijken of eilanden. Er is een zeer geringe aanwezigheid van wij-zij patronen gebaseerd op de locaties. Die patronen krijgen door de mobiliteit van de medewerkers de kans niet te ontstaan want ‘wij zijn namelijk ook wel eens zij’.

6.5.4 Vertalingen

Op elk niveau in het ziekenhuis worden in het kader van de beleidscyclus jaarplannen en jaarverslagen geschreven, van de specialistische verpleegkundige tot de RvB, maar deze stukken worden door de lagen heen naar boven toe samengevat, herschreven en worden daardoor steeds abstracter. Vaak komt er door het abstraheren van de informatie meer nadruk te liggen op cijfermatige (productie en budget) informatie. Zo wordt zorg vertaald in productiecijfers.

Maar dan moeten we een jaarverslag maken en mag onze clustermanager, voor het hele cluster, twee A-4tjes inleveren. Wat moet erin? De productiecijfers en financiële resultaten... dat vind ik zo jammer!

(Bron: interview afdelinghoofd)

Maar door die vertaling valt ook een deel van de informatie weg. Een afdelingshoofd is van mening dat het beter zou zijn als de jaarverslagen meer een brug zouden kunnen vormen tussen RvB en primaire proces. Zij denkt dat er meer binding zou ontstaan als de verslagen van de afdeling zonder filter, dus juist zonder vertaling in cijfers, maar meer als verhalen bij de RvB terecht zouden

komen. Dan zou de bestuurder in de werkbezoeken aan de afdelingen kunnen refereren aan hun eigen afdelingsverslag. Voor het afdelingshoofd vormen de jaarverslagen vooral informatie vanuit de afdelingen naar de bestuurders. De RvB beschrijft het jaarverslag daarentegen juist als een “*brug van bestuur naar de werkvloer*”, als een mogelijkheid om aan de medewerkers te laten zien waar het bestuur de prioriteiten legt:

In het jaarverslag proberen we te laten zien wat we in het primaire proces hebben gedaan en daarmee overbrug je afstand want dan laat je zien naar de dokters en de verpleegkundigen dat het primaire proces ook voor ons relevant is.

(Bron: interview medebestuurder)

Dat de bestuurder zelf geen arts is, betekent dat hij door de medisch specialisten over de ‘ins and outs’ van hun werk geïnformeerd moet worden, maar ook een arts zou niet in alle specialismen volledig op de hoogte kunnen zijn van alle specifieke vakinhoudelijke en contextuele ontwikkelingen. De bestuurder heeft inzicht nodig in de zorgprocessen om extern lobbywerk en politiek te kunnen bedrijven, en om de pers te woord te kunnen staan en verhalen over het ziekenhuis te vertellen. Hoe dat in de praktijk toegaat, hoe de bestuurder geïnformeerd wordt over inhoudelijke ontwikkelingen komt naar voren in een gesprek met het vakgroepshoofd cardiologie waarin de concurrentiepositie en de strategie van het ziekenhuis worden besproken. Bij dit gesprek is, zoals afgesproken is, de clustermanager aanwezig. De medisch specialist ventileert zijn visie op de volgens hem noodzakelijke ontwikkelingen op zijn vakgebied in het ziekenhuis. De clustermanager en de bestuurder luisteren aandachtig. De aanleiding voor het gesprek is de vraag of het ziekenhuis een vergunning zal en kan aanvragen voor de uitvoer van dotterbehandelingen. De cardioloog is tien minuten te laat en verzucht bij binnenkomst dat het even aanpoten was. Opvallend is zijn wat kleinerende houding. Hij maakt een opmerking over de grote hoeveelheden zout in het soepje van de bestuurder, hij zou beter koffie kunnen drinken is zijn advies. Tijdens het gesprek maakt de cardioloog nog de opmerking: “*Ja daar hoeft je geen wiskunde voor gestudeerd te hebben*”. En als hij wordt gebeld antwoordt de cardioloog schalks: “*Ik zit nu bij prof. dr.*”. De cardioloog schetst de regiopolitiek met de verschillende spelers in de cardiologische arena en hun verhoudingen tot elkaar. De bestuurder vraagt wanneer het ziekenhuis een dottervergunning zou kunnen krijgen. De cardioloog weet dat een voorwaarde voor deze vergunning is dat het ziekenhuis cardiologen in dienst heeft die gespecialiseerd zijn in interventie cardiologie. Het ziekenhuis wil zich profileren als kwalitatief hoogstaand in de ‘gewone dingen’. Dotteren is volgens de cardioloog tegenwoordig een ‘gewoon ding’, maar de concurrerende ziekenhuizen willen in de vergunning laten opnemen dat er in het ziekenhuis

een hartchirurgische afdeling moet zijn voor als er iets mis gaat tijdens het dotteren. Die hartchirurgische afdeling heeft dit ziekenhuis niet. De cardioloog zegt:

Ik denk dat er meer mensen doodgaan op de wachtlijst dan door het dotteren zonder hartchirurgie.

(Bron: observatie dag 6)

Er is voldoende informatie gegeven en de strategie is duidelijk, de bestuurder weet wat hem te doen staat. Hij gaat extern overleggen en aftasten welke mogelijkheden er zijn om de dottervergunning te verkrijgen en de strategie van de concurrentie te weerleggen. Het wordt hier duidelijk hoe de bestuurder zich laat informeren over de benodigdheden voor het primaire proces en de strategische ontwikkelingen in het desbetreffende specialistische werkveld. Maar het wordt in dit gesprek ook duidelijk dat de zorgverleners zelf hun werk aan het bed, zittend aan de tafel bij de bestuurder al vertalen in strategie en beleid.

6.5.5 Intermediair

De afdeling kwaliteit, die de projecten begeleid, wordt aangestuurd door een specialist-manager, zij wordt door de bestuurder de “*Queen of Quality*” genoemd. Deze manager kwaliteit maakt geen deel uit van de RvB, zij is wel bij de managementteamvergaderingen aanwezig maar valt officieel onder een zorgcluster. Door het aansturen van zoveel kwaliteitsprojecten, komt zij op vele plaatsen in de organisatie en is zij bekend op de afdelingen. Hierdoor brengt zij als intermediair verbindingen te weeg buiten de normale organisatiestructuur om. De manager kwaliteit onderzoekt het primaire proces en bespreekt de resultaten van haar onderzoek met de RvB. Zij geeft op interne en op externe beleidsvergaderingen presentaties over bijvoorbeeld de mortaliteitscijfers. Zij belicht daarin vooral ook het belang van aandacht voor de ‘kleine kwaliteit’: stervende patiënten blijken uit haar analyse vooral last te hebben van dingen als ‘zware theekopjes en koude ondersteken’. Hierdoor laat zij de bestuurders deelgenoot worden van wat verpleegkundigen en patiënten meemaken in het ziekenhuis. De verhalen van de werkvloer komen sterk naar voren in de kwaliteitsprojecten. De manager kwaliteit is voor de bestuurders een vertaler (eigenlijk een verteller) van wat er op de werkvloer plaatsvindt en daarenboven is zij een belangrijke intermediair tussen RvB en de medisch specialisten, dat wordt duidelijk als de bestuurders haar mee vragen bij een dineetje dat wordt georganiseerd met de voorzitter van de medische staf en de RvB om het contact tussen RvB en de medisch specialisten te verstevigen:

De bestuurders bespreken hoe zij meer grip zouden kunnen krijgen op de medisch specialisten: "Het loopt als zand weg, het is niet goed. We moeten iets doen, hapje eten met de voorzitter van de medische staf, de manager kwaliteit mee of zo."

(Bron: observatie dag 1)

De manager kwaliteit wordt hier als derde partij ingezet, zij kent de taal en de 'mores' van zowel de RvB als de medische staf.

6.6 Conclusie: spel van toenadering en distantisering

De schaalgrootte en verspreidheid is net als in de voorgaande casus het probleem niet in dit ziekenhuis. Het probleem is hier dat de bestuurder door medisch specialisten wel bij het primaire proces betrokken wordt, maar tegelijkertijd ook op afstand wordt gehouden. De afstand tussen bestuurder en medisch specialisten wordt gecultiveerd. De bestuurder zoekt toenadering terwijl de medisch specialisten hem vooral op afstand houden. De bestuurder moet met allerlei middelen de illusie van nabijheid scheppen, maar mag niet té betrokken raken: er wordt van hem verwacht dat hij een betrokken buitenstaander is en dat ook blijft.

De bestuurder werkt, vanuit zijn positie waarin hij niet op een natuurlijke manier met de werkvloer in aanraking komt, aan het leggen van contact met het primaire proces door medewerkers en patiënten actief te benaderen, te bezoeken en te laten onderzoeken. Hij combineert indirect leidinggeven door de lagen van de organisatie met een directe 'bypass' naar het zorgproces. Maar vaak wordt die directe benadering ervaren als grensoverschrijding, bestuurders zijn immers geen gewone mannen, zij zijn bestuurders. Het meelopen door de bestuurder wordt als nuttig ervaren maar het geeft ook een ongemakkelijke onnatuurlijke situatie waarin niemand zich eigenlijk goed een houding weet te geven, de respondenten duiden dit als 'koninginnedag'. Zij zouden willen dat er tijdens het meelopen meer geluisterd wordt, maar ook al zou een koningin luisteren dan nog kan zij weinig invloed uitoefenen. Door 'patients first' tegenover 'doctors first' te zetten tracht de bestuurder zich een legitieme stem in het primaire zorgproces te verwerven door zich te identificeren met het patiënten perspectief en de kwaliteit van de zorg. De verschillende partijen lijken gevangen in hun posities ten opzichte van elkaar en er spelen tegenstrijdige belangen die zich uiten in een subtiel spel van toenadering en distantisering.

Deze casus maakt duidelijk dat afstand door alle lagen van de organisatie beïnvloed wordt en dat vooral ook de gefixeerde percepties van grote invloed zijn op het ervaren van afstand. De scheiding tussen bestuur en uitvoering ofwel tussen 'zorgen voor' en 'zorgen dat' is namelijk in dit ziekenhuis niet zo scherp als in de literatuur (zie hoofdstuk twee van dit proefschrift), maar ook door de

respondenten zelf in de interviews gesteld wordt. De vermeende waterscheiding is gebaseerd op een hardnekkige beeldvorming en blijkt meer retoriek dan werkelijkheid, er is niet zo'n grote tegenstelling tussen professionals en management. Wel vragen die verschillende logica's, het werken aan het bed of aan de computer, in elke laag van de organisatie specifieke keuzes van de artsen en verpleegkundigen.

Opvallend is dat zich overal in de organisatie grenzen of afscheidingen kunnen voordoen die de eenheid van de organisatie bedreigen. Er ontstaan eilanden en koninkrijken. Vaak, dat lijkt tegenstrijdig, komen juist vanuit nabijheid en betrokkenheid distantiërende processen voort. Een kleine afstand tussen afdelingen maakt ook de kans op conflict groter, soms is het verstandiger afstand te houden om daarmee de eigenheid en het territorium te beschermen. Vanuit dat inzicht is besturen en managen in dit ziekenhuis te beschouwen als het bijeenhouden van een gefragmenteerde organisatie juist door voortdurend in de gaten te hebben waar zich barsten gaan vertonen. 'De boel een beetje bij elkaar houden' (uitspraak van burgemeester Cohen bij de aanvaarding van zijn functie als burgemeester van Amsterdam) is nog niet zo'n slechte omschrijving van wat besturen eigenlijk is.

7

Vloerbedekking en verzakelijking

Case studie 3: Organisatie voor Verpleging en Verzorging

7.1 Inleiding

Wij zitten vrij goed in het personeel, maar de bewoners ervaren het nog als te weinig... Dat zou kunnen komen door ons gedrag, dat we staan praten met de deurknop in onze hand bijvoorbeeld, maakt een gehaaste indruk. Het zit hem in kleine dingen.
(Bron: interview hoofd zorg)

Uit een onderzoek van de Stichting 'Cliënt en Kwaliteit' kwam deze organisatie voor verpleging en verzorging (V&V) als beste uit de bus. Zij scoorden hoog op de vakbekwaamheid, de aandacht voor het personeel en de bewoners, de flexibele opstelling tegen de bewoners en de werkvloerervaring van de managers. Toch lopen de twee bestuurders nooit mee op de afdelingen, en zijn in deze organisatie de verschillende locaties afzonderlijke instellingen, met medewerkers die nooit op de andere locaties komen. Met zes organisatorische lagen die 'beleid vertalen', een jaardocument dat door het managementteam (MT) wordt geschreven en een budget dat beheerd wordt door bestuurders en locatiemanagers, valt te verwachten dat bestuur en werkvloer grote afstand tot elkaar zouden ervaren, maar dat is niet het geval. De organisatie wordt door de medewerkers zelfs ervaren als een *platte* organisatie waarin ook na de recente fusie geen duidelijke partijen te vinden zijn die tegenover of op afstand van elkaar staan. Een gemoedelijke organisatie, met een bestuurder die alle mogelijkheden aangrijpt om op het toneel te gaan staan. In deze organisatie zijn medewerkers en managers er vooral op beducht dat de toenemende werkdruk en regelgeving leidt tot minder direct contact met de bewoners.

In dit hoofdstuk wordt allereerst (in paragraaf 7.2) de organisatie geschetst die door de bestuurder wordt omschreven als '*enigszins divisionair*'. Vervolgens beschrijft paragraaf 7.3 hoe verschillende typen afstand in deze organisatie op verschillende plaatsen op verschillende manieren worden ervaren. Of beter

gezegd: niet wordt ervaren. In paragraaf 7.4 komt naar voren hoe de bestuurders worstelen met de opdracht op afstand te sturen terwijl zij, ieder op hun eigen manier, nabij en betrokken willen zijn. Paragraaf 7.5 gaat over de manieren waarop er in deze organisatie wordt omgegaan met afstand.

7.2 ‘Enigszins divisionair’

De organisatie is deels in locaties, deels functioneel georganiseerd. De bestuurder noemt dat ‘enigszins divisionair’. De organisatie bestaat ten tijde van het onderzoek eind 2004 uit acht locaties: drie verpleeghuizen en vijf verzorgingshuizen. Elke locatie heeft een locatiemanager en een eigen hoteldienst. De medebestuurder en twee locatiemanagers sturen ieder twee locaties aan. Soms zijn dit een verpleeghuis en een verzorgingshuis die bij elkaar in de buurt staan. Er zijn eigenlijk vijf ‘divisies’ (en vijf locatiemanagers), maar zo wordt dat niet genoemd in deze organisatie, de respondenten spreken over acht locaties. Daarnaast is er een manager medische – psychosociale dienst en transmurale projecten en een hoofd paramedische dienst, het deel van de organisatie dat nog ‘enigszins’ functioneel – dus niet – gekanteld – is georganiseerd.

Er zijn in totaal 608 bewoners. 115 mensen wonen in tijdelijke opvang (TOP) of in aanleun- of zorgwoningen en er zijn 96 dagopvang of meerzorgplaatsen, dat is dagbehandeling voor mensen met een verpleeghuis-indicatie, zij krijgen een dagprogramma aangeboden opdat opname in een verpleeghuis kan worden uitgesteld of afgesteld. De verpleeghuizen hebben samen 279 erkende bedden en veertien dagbehandelingplaatsen. Het instellingsbudget is bijna 48 miljoen euro. In het voorgaande jaar is de exploitatie afgesloten met een overschot van bijna drie ton, ondanks een plotselinge van overheidswege ingestelde budgetkorting en de administratieve meerkosten vanwege de modernisering van de AWBZ. In de organisatie werken in totaal 1065 personeelsleden en een grote groep vrijwilligers. Van de personeelsleden is 92% vrouw. Er werken verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, en vier verpleeghuisartsen.

De organisatie wordt bestuurd door een Raad van bestuur van twee leden. De voorzitter van de RvB is begonnen als verpleeghuisarts in het verpleeghuis en centrum voor revalidatie A. Hij werd de ‘kroonprins’ van de oude, maar gezagsvolle geneesheerdirecteur. Het verpleeghuis A. was in die tijd, jaren tachtig, nogal hiërarchisch georganiseerd. In vijf jaar werd de bestuurder van hoofd medische dienst, adjunct directeur en eind 1989 geneesheer-directeur. Dit verpleeghuis is in 1992 gaan samenwerken met een verzorgingshuis. Een paar jaar later is deze organisatie opnieuw gefuseerd met een verzorgingshuis en een klein verpleeghuis. De zo ontstane stichting is nadien nog uitgebreid met twee

verzorgingshuizen. In 2000 is de stichting gefuseerd met een zorgcentrum dat bestond uit een verzorgingshuis en een verpleeghuis voor psychogeriatric. De directeur van deze organisatie is lid van de toen in leven geroepen RvB geworden. De Raad van Bestuur bestaat dan uit de voorzitter, verder in de beschrijving bestuurder genoemd, en zijn collega medebestuurder.

De organisatie als geheel heeft geen religieuze signatuur, na de fusie behield ieder huis zijn eigen, lokaal ingebedde identiteit. Na de laatste fusie is een nieuwe naam voor het gehele concern aangenomen. Er is voor een nieuwe naam gekozen omdat er bij een fusie allerlei gevoeligheden ontstaan en zeker de naamgeving dan precair is. De nieuwe naam van het concern heeft geen specifieke betekenis, maar wordt wel door alle respondenten ervaren als de naam van 'hun' organisatie, terwijl daarnaast ook de locatienamen gebruikt worden.

Na de fusie in 2000 zijn twee directeuren bestuurder geworden. De twee andere voormalige directeuren zijn na de laatste fusie locatiemanagers geworden. De bestuurders hebben ervoor gekozen ook locatiemanager van hun oorspronkelijke organisatie te blijven. Dit is voor de bestuurder het grootste verpleeghuis A. en voor de medebestuurder het verzorgings- en verpleeghuis waar hij voorheen directeur was. Zij worden hierbij gesecondeerd door een manager verpleeg- en hoteldienst. Dit is een poging van de bestuurders betrokken te blijven bij de werkvloer, en om de oude, herkenbare besturingsstructuur binnen betreffende huizen niet op de kop te zetten. Eigenlijk zijn zij 'enigszins' gaan besturen. De taakverdeling tussen de twee bestuurders is allereerst gebaseerd op de locaties die zij aansturen.

In zijn takenpakket zijn wel wat verschuivingen opgetreden na de fusies, maar hij heeft toch ook nog een aantal taken die meer passen bij een verpleeghuisdirecteur dan bij een zorgbestuurder. Zo leidt hij nog altijd de cliëntenraad vergaderingen van dit verpleeghuis, dat is eigenlijk gek dat hij dat doet, maar hij heeft daardoor wel nog contact met de bewoners.

(Bron: interview manager verpleeg- en hoteldienst)

Wat betreft de overkoepelende taken is de medebestuurder verantwoordelijk voor de (financiële) beheerstaken, het onderhouden van contacten met banken en de inkoop. De voorzitter van de RvB richt zich op de inhoudelijke en strategische zaken en bijbehorende externe contacten. De verantwoordelijkheid voor de diverse bouwprojecten is gedecentraliseerd naar de locatiemanagers waar het betreffende project plaatsvindt.

Het managementteam heeft elf leden. Twee bestuurders, drie locatiemanagers, twee managers verpleeg- en hoteldienst, een manager medische/psychosociale dienst en transmurale projecten, en de staf: twee controllers en het hoofd P&O. Eén van de locatiemanagers is tevens hoofd van de paramedische dienst en zijn locatie behelst een verzorgingshuis en het kleinste verpleeghuis.

Het middenkader bestaat uit de hoofden zorg en de teamleiders. De hoofden zorg geven leiding aan meerdere teamleiders en dragen de verantwoordelijkheid voor een groep van zo'n honderd medewerkers. De taak van de hoofden zorg is het beheren van het budget voor hun afdeling(en), het organiseren van vergaderingen, zij roosteren en zitten in de organisatiebrede commissies over zorgdossiers, automatisering en planning. Zij zijn verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van de vrijwilligers en soms ook voor de huishoudelijke dienst, en regelen de zorg in de aanleunwoningen. Teamleiders hebben geen budgetverantwoordelijkheid, zij maken de werkindelingen, plannen het Multi-Disciplinair Overleg (MDO), het afdelingsoverleg en het bewonersoverleg. Zij zorgen voor vervanging bij ziekte, regelen arbozaken, overleggen met huishouding- en keukenpersoneel en begeleiden stagiaires.

7.3 Ervaren afstand

In de organisatie zijn de acht locaties die door fusies aaneengesmeed zijn, zelfstandige eenheden. Omdat de medewerkers van die verschillende instellingen geen werkrelatie met elkaar hebben, wordt er ook geen afstand ervaren. Er is weinig specialisatie in de organisatie, de grootste groep medewerkers bestaat uit verzorgenden. Wel wordt er een beperkte domeinstrijd gevoerd op grond van het verschil dat door de medewerkers wordt ervaren tussen het werken in een verpleeg- of een verzorgingshuis (zie ook Fabbricotti, 2007). Maar losstaande entiteiten of verschillende domeinen zijn niet het grootste probleem in deze organisatie voor ouderenzorg. De respondenten vullen het begrip afstand vooral in met het algemene gevoel van vervreemding en distantiëring van het directe werk met de bewoners. De toenemende afstand tot de bewoners, die door alle respondenten vanuit alle lagen in de organisatie in verschillende bewoordingen wordt weergegeven, daar zit hem de kneep in deze organisatie.

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de begrippen afstand en betrokkenheid in deze organisatie worden ervaren vanuit het perspectief van medewerkers en managers. Ten eerste wordt er in paragraaf 7.3.1 door de respondenten gesproken over de fusie waardoor er strijd, wrijving en afstand tussen delen van de organisatie zouden kunnen ontstaan, maar kennelijk is dat niet gebeurd, althans zo wordt het niet ervaren. De locaties blijven aparte instellingen die wel bijeengehouden worden door de paraplu van het managementteam en de naam

van de organisatie, maar verder weinig met elkaar te maken hebben. Maar toch vormt de organisatie ook een eenheid door de homogeniteit en de sfeer op de verschillende locaties van de organisatie (paragraaf 7.3.2). Medewerkers werken al lang samen, kennen elkaar door en door en zijn bij elkaar betrokken. Deze vertrouwelijkheid doet zich dus vooral voor op de locaties, niet tussen de locaties. Maar een dergelijk 'familiegevoel' kan ook wel eens benauwend gaan werken, blijkt op een van de locaties ten tijde van het onderzoek. Op de locaties worden met de bewoners de traditionele feesten gevierd, uitjes gepland en vakanties georganiseerd. De betrokkenheid van de managers en medewerkers bij de bewoners, dat zij hun achtergrond kennen en weten wat er speelt tijdens het 'zorgen voor' wordt aangeduid met de uitspraak van één van de managers: het weet hebben van het belang van 'karnemelkse saus' (paragraaf 7.3.3). Maar geldt de vraag naar 'karnemelkse saus' ook voor de bewoners van morgen? Wat is eigenlijk de houdbaarheid van praktijkkennis? Naast de dreigende veroudering van praktijkkennis ondermijnt de verzakelijking bestaande uit veranderende opvattingen over werk en toenemende administratieve druk in deze organisatie sluipend de betrokkenheid bij de bewoners.

7.3.1 Losstaande instellingen

De laatste fusie heeft zich voltrokken op grond van financiële overwegingen: 'economy of scale'. Beide organisaties waren financieel gezond, maar het was voordeliger om de komende noodzakelijke investeringen samen te voegen. De fusie heeft voordelen gebracht, een grotere organisatie staat steviger in de markt, heeft meer mogelijkheden in het overleg met het zorgkantoor, de organisatie wordt daar meer serieus genomen. De medewerkers van de oorspronkelijke instellingen waren bang opgeslokt te worden door de grote zuster verpleeghuis A., maar hun angst is geen werkelijkheid geworden. Iedere locatie heeft het eigen karakter kunnen behouden en de medewerkers zien de voordelen van de fusie. Wel wordt gezegd dat locaties niet zo gemakkelijk meer eigen initiatieven lijken te kunnen ontplooien, omdat nu vaak eerst organisatiebrede consensus bereikt zou moeten worden.

Een aantal zaken kunnen na de fusie organisatiebreed geregeld worden, zoals scholing, inkoop, financiële administratie, automatisering (zorgdossiers, bewonersadministratie en dienstroosterplanning) en de paramedische dienst. De personeelsadministratie verloopt ook centraal en is daardoor minder kwetsbaar geworden. Er zijn gezamenlijke protocollen en enkele locatieoverstijgende werkgroepen. Er is voor gekozen alleen die diensten te centraliseren waar het niet anders kan of waar centralisatie grote voordelen oplevert. De locatiemanagers willen bijvoorbeeld de technische dienst niet centraliseren omdat zij

hun eigen zeggenschap over deze dienstverlening in hun eigen locatie willen behouden.

Ik wil het direct leidinggeven alleen afstaan als het echt voordelen oplevert. We kunnen de technische dienst centraliseren, maar we hebben de afspraak alleen te centraliseren als het anders niet kan.

(Bron: interview locatiemanager)

Het nadeel van die gecentraliseerde diensten als P&O en de financiële administratie is dat sommige zaken langer duren omdat de 'lijnen langer zijn geworden'. Ook ontstaat er strijd om de zeggenschap tussen managers en staf:

Bij fuseren is niet iedereen meteen dol op elkaar en iedereen verdedigt zijn eigen territorium, dat is ook hier gebeurd vooral rondom het afstaan van verantwoordelijkheden van jouw gebied. Dat geldt vooral voor het werk van P&O en van de administratie. Die hebben de neiging om te beslissen, terwijl wij zelf zeggenschap willen houden, dat is een gebied van spanningen, maar het heeft niet tot gigantische problemen geleid.

(Bron: interview locatiemanager)

De centralisatie doorkruist de vertrouwde manier van werken en het kost tijd en aandacht om deze nieuwe werkwijzen aan te leren. De locatiemanagers hebben het gevoel dat zij hun bevoegdheden af moeten staan aan de centrale diensten (zie ook Fabbriotti, 2007).

Door de fysieke afstand tussen de locaties kennen de medewerkers van verschillende locaties elkaar niet en dat hoeft ook niet, vinden ze. Op personeelsfeesten voor de hele organisatie blijven de medewerkers zitten bij de mensen die zij kennen, in het eigen locatie-gebonden groepje. De organisatie bestaat daardoor uit losse entiteiten die eigenlijk alleen vanuit het managementteam bijeengehouden worden. De locaties staan zo los van elkaar dat er niet eens afstand naar elkaar toe wordt ervaren.

7.3.2 Maar toch homogeen

De organisatie is wat betreft de verschillende beroepsgroepen of specialisaties, behoorlijk homogeen. Er werken vooral verzorgenden, in de verpleeghuizen ook verpleegkundigen en er zijn vijf artsen waarvan één arts in opleiding is. Veel medewerkers werken al heel lang in de organisatie, één van de locatiemanagers en een manager verpleeg – en hoteldienst werken al vijftwintig jaar samen en ook tussen de bestuurder en de manager medische/psychosociale dienst en transmurale projecten bestaat er een jarenlange samenwerking.

De artsen hebben met hun relatief kleine groepje een groot aandeel in het beleid van de organisatie, de bestuurder als voorzitter van de Raad van Bestuur en de manager medische – psychosociale dienst en transmurale projecten als lid van het MT. Een van de afdelingshoofden ervaart dat de artsen wel sterk bepalend zijn in de organisatie van de afdeling en in de zorg voor de bewoners. De verpleeghuisartsen zijn verbonden aan specifieke locaties en staan met zowel de werkvloer als het 'beleid' in contact. De artsen zelf vinden het prettig om als beroepsgroep zo sterk bij beleid betrokken te zijn, maar zij hebben het met de combinatie van beleid en directe zorg wel druk:

Ik heb het idee dat wij ons overal mee bemoeien en mee bezig houden. Op mijn vorige werk hadden de artsen helemaal geen stem, in geen enkele beleidszaak. Nu zit je er midden in, praat mee en onze manager heeft een voortrekkersrol bij allerlei zaken en als er werkgroepen zijn is vaak de verpleeghuisarts de voorzitter. Zijn we ook niet altijd even blij mee, maar ze zoeken bepaalde kennis en kwaliteiten en komen dan bij arts of psycholoog.

(Bron: interview verpleeghuisarts)

Een enkeling in de organisatie vindt dat de artsen wel een erg grote vinger in de pap hebben. De artsen zelf vinden dat zij veel, soms zelfs een beetje te veel, worden betrokken bij de beleidsmatige beslissingen in de organisatie. In het directe werk worden de artsen vaak gevouvoeyeerd door de medewerkers, maar ondanks deze sociale afstand die waarschijnlijk gebaseerd is op het verschil in opleiding, zijn de artsen sterk betrokken bij de bewoners en het personeel. Zij gaan mee met de uitjes, en op de feesten staan zij ook op de dansvloer en op het toneel. Zij hebben zich geen 'status aparte' aangemeten.

De enige 'wereld van verschil' die in deze homogene organisatie als 'enigszins' storend wordt ervaren, is het verschil tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Hier is iets van een domeinstrijd merkbaar, maar dat komt in de beste 'families' voor:

Want als je altijd hebt gewerkt in een verpleeghuis weet je niet wat zich afspeelt in de verzorgingshuizen, dat is een wereld van verschil, hoewel het meer bij elkaar komt.

(Bron: interview hoofd zorg)

De medewerkers vergelijken de zorgzwaarte van de verschillende zorgvormen en het type werk tussen het verzorgings – en het verpleeghuis. Zij zeggen vaak dat het werk in het verpleeghuis en ook in de thuiszorg minder druk en heftig is dan in het verzorgingshuis.

Ik vind dat het (werk in een verzorgingshuis, AS) onderschat wordt wat betreft de drukte. Ik vond het in het verpleeghuis rustiger.

(Bron: interview medewerker)

De medewerkers van de verzorgingshuizen voelen zich wat achtergesteld, misschien ook omdat verpleeghuis A. impliciet als de spil van de organisatie wordt beleefd. De medewerkers geven aan dat zij hard moeten werken, zeker nu de zorgswaarte is toegenomen en er merendeels eenpersoons-kamers zijn. De verzorgingshuizen en de verpleeghuizen lijken wel wat naar elkaar toe te groeien, enerzijds door de inzet van één van de managers verpleeg- en hoteldienst die er altijd op uit is deze 'kloof' te overbruggen; anderzijds doordat de financiële positie is veranderd: voorheen verkeerden de verzorgingshuizen altijd in een slechtere financiële positie, maar ten tijde van het onderzoek stonden zij er beter voor dan de verpleeghuizen.

Van een heel andere orde is de sociale afstand die door de medewerkers ervaren wordt naar de locatiemanagers. Eén van de locatiemanagers staat erop dat hij door de medewerkers van de locatie met mijnheer wordt aangesproken. Hij ondertekent brieven nog met de toevoeging directeur, terwijl hij sinds de laatste fusie in 2000 locatiemanager is. Er wordt door de medewerkers op deze locatie van kleine schaal een grote sociale afstand naar de locatiemanager gevoeld, teamleiders zijn zenuwachtig als zij zijn kamer binnen moeten gaan. Maar hij is ook betrokken bij de bewoners en trots op de locatie en dat wordt door de medewerkers gewaardeerd. Diezelfde medewerkers tutoyeren de bestuurder. De bestuurder die overigens altijd zeer correct spreekt en overeenkomstig gekleed gaat, soms in driedelig pak. Hij rijdt in een kleine opvallende sportwagen die op zijn eigen parkeerplaats voor het verpleeghuis A. geparkeerd staat. Maar deze statussymbolen leiden er klaarblijkelijk niet toe dat er afstand naar hem toe wordt ervaren.

7.3.3 Verzakelijking

De bewoners vinden het belangrijk om karnemelkse saus met spekjes over hun stampot te doen, dat is heel belangrijk voor mensen en dat weet je want je hebt zelf maaltijden rondgebracht, dat zit in je genen, je zult de karnemelkse saus niet snel afschaffen.

(Bron: interview manager verpleeg- en hoteldienst)

Zoals de bestuurder moeite heeft zijn vak als verpleeghuisarts los te laten, omdat hij dan volgens eigen zeggen de interactie met de patiënten mist, zo hebben ook de (locatie)managers, hoofden zorg en teamleiders hun eigen worsteling met deze keuze. De praktijkervaring die voortkomt uit het directe contact met de

bewoners en hun familie wordt heel belangrijk gevonden in de hele organisatie, maar in een groot deel van de organisatie is deze praktijkervaring gebaseerd op ervaringen uit het verleden, hun ervaringskennis is niet actueel. Bestuurders en locatiemanagers werkten vroeger wel, maar nu niet meer als zorgprofessionals en omdat zij de zorg vanuit deze vroegere ervaring denken te kennen, lopen zij ook bijna nooit mee of rond op de afdelingen. De bestuurder organiseert geen meeloopactiviteit omdat hij ervan uitgaat dat hij de zorg kent door zijn jarenlange ervaring als arts. Het gevoel 'weet te hebben van karnemelkse saus' is nu op ervaringen van vroeger gebaseerd. De bestuurders en locatiemanagers zijn echter wel maandelijks betrokken bij de cliëntenraad vergadering in hun locatie, zo houden zij contact met de afvaardiging van de bewoners. Ook in een externe vergadering over wijksteunpunten en de bouw van zorgwoningen zitten naast alle concurrerende ouderenorganisaties, de gemeente en de woningbouwvereniging ook twee oudere dames, de ouderenvertegenwoordiging aan tafel. De cliënt is in de ouderenzorg wel vertegenwoordigd en bestuurder en locatiemanagers staan zo wel met afvaardigingen van hun doelgroep in contact.

Locatiemanagers en hoofden zorg werkten vroeger nog mee in de zorg, maar nu niet meer en omdat zij de zorg kennen lopen zij ook niet mee. Zij vormen zich geen, althans niet op deze manier, actueel beeld van de zorg die in hun organisatie wordt gegeven. Een manager verpleeg- en hoteldienst geeft aan dat zij niet meer zo veel meer rondloopt omdat de locatie groter is geworden en ook omdat zij het moeilijk vindt hiervoor tijd vrij te maken. Haar kantoor is op een afdeling in het verzorgingshuis en daar lopen de mensen uit het verzorgingshuis wel gemakkelijk binnen, maar voor contact met het verpleeghuis waar zij ook leiding aan geeft moet zij toch echt op pad en dat komt er niet zo van. Deze manager is bang dat de afstand tussen haar en het zorgproces nog verder zal toenemen door de nieuwbouw plannen, het geplande torentje waarin de kantoren voor alle managers gedacht zijn. Die toren wordt volgens haar een valkuil. Eén van de locatiehoofden geeft ook aan dat hij door schaalvergroting en door het verdelen van aandacht over twee locaties, meer afstand moet nemen. En afstand nemen betekent dan minder rondlopen en meer vergaderen:

Toen ik de tweede locatie erbij kreeg werd de afstand groter. Dat vond ik jammer want ik merk dat daar de kracht ligt om een organisatie draaiende te houden, met de handen in de zakken tegen een deurpost leunen, praten met mensen en vertrouwen krijgen van mensen, in die zin is de afstand groter en gebeurt dat nu meer in vergaderingen en overleg.

(Bron: interview locatiemanager)

Toch levert het meelopen, als het incidenteel wel gebeurt, de managers nieuwe inzichten op. De manager verpleeg- en hoteldienst licht tijdens een MT vergadering toe hoe zij vanuit eigen ervaring anders is gaan denken over de zwerfdiensten en hun veiligheid. Zij is nu eens zelf de nachtdienst mee gaan lopen en het zat anders dan zij dacht:

“Bij aankomst stond ik lang te wachten bij de bel omdat de zwerfdiensten op de PG afdeling zitten en die is ver weg van de ingang. Ik kon toen naar binnen lopen toen iemand het pand verliet. Dat betekent dat mensen met slechte zin hier zo naar binnen kunnen komen. Ook vinden de verzorgenden het 's avonds eng om buitenom naar de andere locatie te lopen en naar de fietsenstalling. Dat er een zwerfdienst af gaat zullen de nachtdiensten niet leuk vinden, maar ik zie veel meer nut in een mannelijke portier, de zwerfwacht vond ik eigenlijk niet zoveel waarde hebben. Je hebt helemaal geen overzicht, zusters gaan bij elkaar zitten op de afdeling waar de ernstig zieken zijn. Je moet niet vaak op de kamers komen want dat stoort de mensen in hun slaap. Het is kortom belangrijk dat er 's nachts een man in huis is.”

(Bron: observatie dag 8)

De hoofden zorg werken niet meer mee in de zorg, sommigen zelfs niet als het erg druk is, zij hebben daar geen tijd voor, sommigen sturen vijf afdelingen aan. Zij geven aan dat zij de bewoners niet (goed) meer kennen. Hun verpleegkundige vaardigheden raken in het slop zodat zij zelfs niet meer kunnen inspringen bij de bereikbaarheidsdiensten. Zij ervaren dit niet als een probleem, maar meer als een verandering van hun taak. Twee hoofden zorg zeggen in het interview dat zij moeite hebben veranderingen in het zorgproces aan te sturen, omdat de medewerkers zeggen: *“jullie hebben mooi praten, jullie zitten de hele dag op kantoor”*. Zij raken blijkbaar in de ogen van hun medewerkers de legitimiteit om mee te praten over het zorgproces kwijt doordat zij er geen directe ervaring meer in hebben.

De teamleiders werken wel mee in de zorg, volgens de bestuurders voor zestig tot zeventig procent van hun tijd. De verhouding blijkt in de praktijk eerder fiftyfifty te zijn. De teamleiders redden het niet meer om zeventig procent van hun tijd aan de zorg te besteden, zij wijten dit aan een toename van administratie en vergaderingen, maar ook aan het feit dat bewoners er slechter aan toe zijn en hun familie meer vragen stelt. De teamleiders worstelen daarmee, zij willen meer tijd aan de bewoner besteden, maar zij hebben er minder tijd voor door de toename van het indirecte werk. In één van de verzorgingshuizen hebben de teamleiders er moeite mee teveel tijd aan administratief werk kwijt te zijn en zij vechten voor het behoud van het werk op de werkvloer. Desondanks is

ook hier het percentage van de tijd die zij aan de primaire zorg besteden maar vijftig procent.

Er komt steeds meer administratie en er wordt steeds meer aan je getrokken, maar ik vecht voor het contact met de werkvloer. Je moet weten wat zich daar afspeelt. Stel ze zeggen, het is niet meer te doen, het is te druk... Ik voel dat dan ook aan mijn eigen lijf, dat het niet meer te doen is. En dan kan je erover praten of we extra personeel gaan inzetten of niet. En kunnen dingen anders? Daar ga je dan samen over brainstormen: andere dagindelingen of manieren van werken. Je moet als leidinggevende je vakbekwaamheid behouden, katheters kunnen zetten enzo en ik wil weten waar ik over praat en dat praat veel makkelijker.

(Bron: interview teamleider)

Blijkbaar is de trekkracht van de administratieve taken moeilijk te weerstaan. De teamleiders werken meestal nog wel mee in de ochtenddrukte, gewoonlijk tot half elf. Na die tijd zijn zij bezig met administratief werk, personeelsplanning en overleggen. Medewerkers zien de teamleiders vergaderen en achter de computer zitten maar dat wordt door de verzorgenden niet als 'echt werk' gezien en dat levert voor de teamleiders als 'primus inter pares' een worsteling op.

Ondanks het grote belang dat er door de respondenten wordt gehecht aan het 'weet hebben van karnemelkse saus' is hier een tendens van distantiëring, een verzakelijking merkbaar die zich sluipend voltrekt. De oorzaak van deze verzakelijking wordt door de respondenten enerzijds gewijd aan zorgverzwaring: "vroeger fietsten de bewoners nog, maar nu rijden alleen de aller besten nog in een scootmobiel", maar vooral aan toename van 'bureaucratie'. De verhoogde administratieve belasting komt voort uit een aantal tendensen. Allereerst is er de veranderde regelgeving die maakt dat de managers alert moeten zijn op naleving van de regels voor indicatiestelling omdat het anders niet vanzelfsprekend is dat er geld voor de geleverde diensten binnenkomt. Vroeger was er niet meer geld, maar er hoefde minder verantwoord te worden.

Alle protocollen, de regels, de formulieren. De veranderingen in de toewijzing, de administratie van alles, je komt er bijna in om. Het wordt allemaal afgeschoven. Moet er niet eens iemand opstaan die zegt nu is het afgelopen. Het is controle op controle op controle. En het blijft ook niet meer hangen, voor je het door hebt, is er alweer iets anders bedacht. Die uit de hand gelopen regelgeving dat stoort mij mateloos, dat gaat ten koste van de tijd voor de bewoners, daar heb ik al niet zoveel tijd voor.

(Bron: interview hoofd zorg)

De medewerkers benadrukken dat de financiële controlesystemen nieuwe kosten met zich mee brengen. De vraaggestuurde zorg en het strikter gehanteerde indicatiebeleid vragen veel organisatie en administratie. De maatschappelijk werkenden bijvoorbeeld zeggen dat hun functie zakelijker is geworden, omdat zij steeds meer administratie moeten verrichten voor het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO, later werd dit het Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ) en het zorgkantoor. Deze organen nemen een machtspositie ten opzichte van de zorgorganisatie, de medewerkers voelen zich daardoor soms in een spagaat terecht komen vanwege hun loyaliteit aan de zorgorganisatie, de bewoners en de eisen van de indicatiestellers:

Het zorgkantoor verzakelijkt de zorg heel erg, zij zeggen ons wat er moet gebeuren, de wachtlijstbegeleiding is een opdracht van hun, wij moeten mensen monitoren, het financiële stukje in de gaten houden en dat leggen ze dus gewoon op en geeft wrevel en irritatie want wij zijn in dienst van het verpleeghuis.

(Bron: interview hoofd afdeling maatschappelijk werk, zorgwoningen en dagbehandelingen)

In de verzorgingshuizen moeten, anders dan in verpleeghuizen, voor het inschakelen van andere disciplines administratieve procedures worden gevolgd. Het RIO moet worden geïnformeerd en geconsulteerd als er meer zorg nodig is voor bewoners die achteruit gaan. Hulpmiddelen voor bewoners moeten hier of bij de gemeente worden aangevraagd via de huisarts. De bewoners van een zorgcentrum behouden hun eigen huisarts, dus er moet met veel verschillende huisartsen gecommuniceerd worden.

Maar ook de eigen professionalisering leidt tot een toename van de papierstroom en het bureauwerk. De interne drang tot protocollering van de zorg is hier debet aan. In de kantoorruimtes staan de kasten vol mappen met protocollen en bijbehorende formulieren. Ook het gebruik van de computer, waarmee vooral de wat oudere medewerkers slecht bekend zijn (de digitale generatiekloof), levert volgens sommigen in de organisaties steeds meer bureauwerk op: er kan, maar moet nu ook meer worden geregistreerd.

Ook in het managementteam wordt er geklaagd over de toenemende verzakelijking en administratieve handelingen die verricht moeten worden. Zo zijn bijvoorbeeld de subsidies voor de opzet van opleidingen voor verzorgenden tegenwoordig verbonden met gelden uit het Europese Sociale Fonds (ESF). Na een presentatie hierover in het managementteam merkt een van de managers op:

Zitten we daar met z'n allen over te praten en dan worden die subsidies aangevraagd en hoeveel uur en hoeveel geld heeft dat allemaal al gekost vooraleer je een aanvraag doet? Daar heb ik echt moeite mee.

(Bron: interview manager verpleeg- en hoteldienst)

De organisatie zelf levert niet veel ervaring van afstand op bij de respondenten maar de externe ontwikkelingen wel. Door de veranderende indicatiestelling en gewoon doordat mensen ouder worden dan vroeger neemt de zorgzwaarte toe. Dat maakt het werk zwaarder en is er meer directe zorg nodig. Door de toegenomen administratieve taken blijkt de mogelijkheid die extra zorg te geven juist af te nemen. Deze tegenstrijdige beweging laat de organisatie knarsen en kraken.

7.4 Bestuurder: 'Enigszins' op afstand

De afstand is niet zo groot, het zijn geen echte bestuurders.

(Bron: interview manager medische/ psychosociale dienst en transmurale projecten)

Van 'ingebod' besturen naar meer op afstand besturen is een stap die deze bestuurders bijna gedwongen worden te maken. Op allerlei manieren proberen zij betrokken te blijven bij het primaire proces, bij de medewerkers en bij de bewoners. Hoewel hun werkzaamheden zich grotendeels richten op financieel beheer van de organisatie weten zij dat steeds te verbinden met de inhoud van de zorg. De respondenten ervaren geen afstand op grond van beheersmatig of management gedrag, de bestuurders worden toch in eerste instantie gezien en ervaren als zorgvuldige zorgverleners in plaats van de ondernemende managers die zij ook zijn.

7.4.1 Afstand nemen

De twee bestuurders zijn, zoals een van de locatiemanagers dat uitdrukt: "*aan het leren afstand te nemen*". De medebestuurder formuleert de verandering van directeur naar bestuurder door te beschrijven dat zij eerst "*ingebod*" bestuurden, maar het nu anders zouden moeten doen. Beide bestuurders worstelen met de keuze tussen besturen op afstand (waarvan zij eigenlijk niet goed weten wat dat is) en 'ingebod' of 'nabij' besturen. Dit is een keuze tussen de nadruk leggen op strategische zaken of op gewone, dagelijkse zaken. Een keuze ingegeven door de op toenemende concurrentie gebaseerde dwang tot expansie en door beelden over wat besturen is. Van nabij besturen, dat je als bestuurder weet hebt van de problemen rond vloerbedekking, en koekjes bij de koffie. Dat is

eigenlijk de manier van besturen die de voorkeur heeft van deze bestuurders, waar hun hart naar uitgaat. De Raad van Toezicht adviseerde hen hun directe betrokkenheid bij de organisatie waar zij voorheen directeur van waren, los te laten. Dat deden zij niet.

We zeggen dat we laagdrempelig zijn, maar dat moeten anderen maar zeggen of dat zo is, door de vele afspraken staat de deur niet meer zovaak open, maar ik vind het wel hartstikke mooi als mensen nog naar me toekomen. Dat gebeurt nog en ik vind dat ik een maal per week door het huis moet lopen. Maar afgelopen week was de manager verpleeg- en hoteldienst op vakantie en dan ben ik eerstverantwoordelijke, dan denk ik, ach ik ga eens langslopen en dan drink je ergens gezellig een kop koffie en hoor je weer eens wat. Tot 2002 nam ik nog alle personeel zelf aan, anderen stellen zich de vraag hoe ik dat deed, maar ik kan dat heel snel. Maakte de salarisafspraken en daarin zette ik de puntjes op de i, ik stuurde de organisatie aan.

(Bron: interview lid Raad van Bestuur) [onderstrepingen AS]

Aan het gebruik van het woordje *nog* in bovenstaand citaat is merkbaar dat de medebestuurder denkt dat deze manier van besturen weldra tot het verleden behoort. De medebestuurder is verpleegkundige en maatschappelijk werker van origine, en werkt sinds 1983 als directeur van een verpleeghuis. Zijn gevoel van betrokken zijn heeft te maken met het wel of niet uitvoeren van operationele managementtaken, terwijl het bij zijn collega bestuurder, die verpleeghuisarts was, gaat om het wel of niet uitvoeren van zorgverlening. De bestuurder werkte bij aanvang van zijn loopbaan full time als verpleeghuisarts, maar dat is ten gevolge van de groeiende bestuurlijke taken steeds verder afgenomen. Hij mist de directe informatie:

Ik geloof werkelijk dat een buitenstaander die nooit op de werkvloer van de zorg heeft gewerkt de zaken niet echt kan invoelen. Als arts doe je mee, de informatie is rechtstreeks. Nu ik geen medische taken meer heb, ken ik nog wel wat bewoners, maar het contact en de kennis van hun persoonlijke wel en wee is anders. Ik moet het nu doen met gefilterde en altijd op een of andere manier gekleurde informatie.

(Bron: interview voorzitter Raad van Bestuur)

Doordat de bestuurders toch verbonden zijn gebleven aan hun eigen locatie, ervaren medewerkers dat de lijn naar 'hun' bestuurder nog even kort is als voor de fusie, zij zijn, in ieder geval voor de locaties waar zij vroeger directeur waren, nog even makkelijk te bereiken. Beide bestuurders werken nauw samen met hun 'eigen' hoofden verpleeg- en hoteldienst. Zij laten hen ruimte om zelfstandig te werken, maar zijn en blijven toch de eindverantwoordelijken voor het beleid en de begroting van deze locaties. De locatiemanagers hebben meer

gedelegeerde verantwoordelijkheid voor hun eigen locatie. Maar de bestuurders bezondigen zich ten opzichte van hen af en toe aan overschrijding van de impliciete grenzen. Zij bemoeien zich dan met zaken waarvoor hun hoofden en locatiemanagers verantwoordelijk zijn. Zij zitten de locatiemanagers soms te dicht op de huid of zetten ze buitenspel door de medewerkers de kans te geven hen te passeren. Zo bemoeit de medebestuurder zich met besluiten die locatiemanagers al genomen hebben, bijvoorbeeld over het type vloerbedekking dat in de nieuwbouw gekozen gaat worden. Hij doorkruist dan het toch al langdurige besluitvormingsproces:

Hij wilde ook vloerbedekking en ging mij zeggen dat ik geen marmoleum moest willen: te koud en kil. Ik ben toen naar de bestuurder toe gegaan en heb gezegd: "Dat kan niet, nu ben ik anderhalf jaar een proces aan het aansturen en dan komt mijn bestuurder zeggen dat het anders moet". Ik wil een besluit wat genomen is wel door kunnen voeren zonder dat een bestuurder me voor de voeten ligt.

(Bron: interview locatiemanager)

Invloed willen uitoefenen op de keuze van de vloerbedekking leidt in dit geval tot een locatiemanager die zijn discretionaire ruimte gaat bevechten. De beide bestuurders hebben moeite met afstand nemen en door die te sterke betrokkenheid veroorzaken zij dan soms juist afstand naar de mensen aan wie zij direct leidinggeven.

7.4.2 Verbonden denkkaders

De twee bestuurders spreken samen en in het MT vaak over de oploaiende concurrentie in de ouderen- en thuiszorg en over de financiële staat van de organisatie. Veel bespreekpunten in het MT gaan over financiële zaken, even zo goed over grote als over kleine bedragen. Ook spreken de bestuurders met de OR over productiecijfers, tarieven, CAO ontwikkelingen en (eventuele) budgettaire kortingen. Opvallend is dat er zoveel onzekerheden zijn rondom een convenant tussen de zorgkoepels en de overheid. De tarieven zijn daardoor nog niet duidelijk, terwijl er wel een begroting moet worden gemaakt: hier is behoedzaamheid geboden. In een vergadering van het MT waarbij een afgevaardigde van het zorgkantoor aanwezig is, wordt de toekomstige financieringsstructuur doorgenomen. Opvallend is dat beide partijen, de organisatie en de afgevaardigde van het zorgkantoor, moeten leren omgaan met de nieuwe relatie die zij met elkaar hebben als marktpartijen. Er wordt in die ongemakkelijke en onwennige sfeer voor het eerst 'onderhandeld' over de tarieven:

Verzekeraar: "Maar dit was een voorstel, ik verwacht een voorstel terug. Ik heb met vijf andere organisaties al afspraken gemaakt over prijzen. Jullie leveren behoorlijk goede kwaliteit maar ik moet op een gegeven moment keuzes maken, het wordt wel zakelijker, ik kan geen afspraken meer maken zoals in het verleden. Ik wil best met jullie zoeken naar een win - win situatie, maar het is de realiteit. Bij de één kijken we meer, bij de ander minder naar kwaliteit. Er zijn hier in de regio instellingen die sterk hun prijs dumpen om te concurreren." De medebestuurder vraagt of als die organisaties in de problemen komen de verzekeraars de gaten gaan vullen? Verzekeraar: "De cliënt heeft zelf de keuzevrijheid. We moeten zoveel mogelijk instellingen toelaten om de cliënt keuze vrijheid te geven maar dat kan gewoon niet. We zoeken naar win - win, we zijn voor de cliënten." Manager transmurale, medische en psychosociale zorg: "Win - win? De cliënt is uiteindelijk toch de verliezer?" Verzekeraar: "Dit moet op een ander niveau worden gespeeld, ik heb geen antwoord." Manager: "Ik word hier heel triest van." Stille. Verzekeraar: "Jullie zullen hier toch al over hebben nagedacht?"

(Bron: observatie dag 6)

De verzekeraar zegt aan het einde van het gesprek dat deze organisatie de eerste is waar hij moet terugkomen om de 'productprijzen' vast te stellen. Daar wordt door de bestuurder een grap van gemaakt, hij stelt de vraag wie er dan eigenlijk normaal is: "Zij of wij?" De verzekeraar vindt het inderdaad wonderbaarlijk dat hij in de andere organisaties de prijzen zo snel rond had. Na het vertrek van de verzekeraar slaat wat gelaten stemming direct om in strijdbaar strategisch denken, waarbij gezocht wordt naar structurele en financiële oplossingen. Er wordt daarbij vooral in kansen gedacht: uitbreiden, extramuraliseren, ziekenhuisverplaatste zorg aanbieden in een zotel. Ondertussen wordt er in deze organisatie al op creatieve manier op de randen van wetgeving gebalanceerd, er wordt bijvoorbeeld vanuit de V&V organisatie een nieuw gebouw neergezet voor oudere patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen: bouwen vanuit V&V kent ruimere mogelijkheden dan vanuit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De financiële besprekingen in het MT van deze organisatie worden altijd gecombineerd met het zoeken naar de prettigste, meest elegante en menselijke oplossingen voor cliënten en medewerkers. Zo zorgen bestuur en management van de organisatie dat de cliënten ruime woningen hebben en kwalitatief goede zorg voor een gunstige prijs. Zij maken met hun 'zorgen dat' het 'zorgen voor' mogelijk, en weten dat ook zo over te brengen aan de organisatie want het valt op dat bestuurders en locatiemanagers in de organisatie door de respondenten uit de andere lagen van de organisatie niet specifiek met geldzaken geïdentificeerd worden, terwijl zij toch een groot deel van hun tijd aan financiële en strategische zaken besteden.

7.4.3 Nabije leider: voorleven

De bestuurder laat de medewerkers weten dat je hem altijd kan bellen als er wat is, dat zij altijd bij hem terecht kunnen. Dat doen zij niet want hun contacten met de bestuurder lopen via hun directe leidinggevendenden, maar het gevoel dat de mogelijkheid er is, is blijkbaar van belang. In de aandacht die de bestuurder aan de medewerkers geeft staat hij niet alleen. Ook de locatiemanagers en de managers uit de andere lagen van de organisatie zijn er altijd op feestjes, doen mee in toneelstukken en liedjes en een aantal van hen (maar lang niet allemaal!) zorgen dat zij regelmatig koffiedrinken en eten met de medewerkers.

Net als ik even moet gaan zitten bij de bewoner moet ik ook de medewerker het gevoel geven aandacht te hebben. Het gevoel geven dat je tijd voor ze hebt. Je hebt de slag verloren als je geen aandacht hebt, dan krijg je onrust. Ik probeer elke ochtend koffie mee te drinken, overleg, meedenken, ik probeer met de mensen te lunchen, maar dat schiet er wel eens bij in.

(Bron: interview hoofd zorg)

Het uitdelen van de kerstpakketten is een jaarlijkse ritueel waar iedereen in de organisatie naar uitzielt. Het MT besteedt veel tijd en creativiteit aan het maken van een cabaretesk toneelstukje waar alle MT leden aan deelnemen. De bestuurder is hierin wel de drijvende kracht, zijn voorbeeld doet de leden van het MT volgen en er hebben zich inmiddels talenten ontwikkeld in tekst schrijven, zingen, dansen en acteren. De persoonlijke aandacht wordt door de medewerkers gewaardeerd. Zo is bijvoorbeeld voor het welzijn van de medewerkers het fitnessprogramma 'Wij gaan gezond(er)' gestart. Het heeft in de hele organisatie veel tweeweg gebracht, mensen zijn kilo's afgevallen, er wordt volop samen gesport. Dat heeft ook verbondenheid gegeven, door alle lagen van de organisatie, iedereen deed mee. De bestuurder, een fervente hardloper, wordt door de respondenten aangewezen als de initiator van dit geslaagde project.

In de gesprekken tussen bestuurder en locatiemanagers en het hoofd zorg en hoteldienst wordt besproken welke medewerkers ziek zijn of problemen hebben. Op basis van deze informatie kan de bestuurder er tegen de medewerker iets over zeggen, wat hij ook doet. Hij toont belangstelling voor zowel cliënten als medewerkers en heeft een ijzeren geheugen voor mensen en namen, hij onthoudt zelfs waar mensen mee bezig zijn en als je iets met hem hebt besproken komt hij erop terug. De medewerkers vinden dat hij goed luistert.

Hij kent het personeel heel goed bij naam en dat vond ik heel wonderbaarlijk, deze organisatie is zo groot, er werken zoveel mensen... Dat wordt erg gewaardeerd.

(Bron: interview medewerker)

Waar nodig houdt de bestuurder toespraken en dat wordt door bewoners en medewerkers gewaardeerd. In elke vergadering en bijeenkomst schenkt hij de koffie in. Hij is zorgzaam voor de mensen met wie hij omgaat. Tijdens het voorzitten van de vergaderingen, bedankt hij de notulisten en deelt waar mogelijk complimenten uit. Hij vraagt in vergaderingen steeds na of hij het goed heeft begrepen of voldoende heeft samengevat en of iedereen met de besluiten kan leven. Een van de locatiemanagers geeft een treffende schets van het gedrag van de bestuurder door zijn gedrag af te zetten tegen modern managementgedrag:

Die moderne managers kunnen heel lelijk zijn tegen mensen, dat zit erin, die hebben een bepaald hardheidsgehalte, als je er daar een stel van bij elkaar heb kan je een hele onvriendelijke organisatie worden naar mensen toe, en dat mag niet van onze bestuurder. Zo simpel is het, zo gaan wij niet met elkaar om, dat past niet in het gebied en niet bij ons. We moeten best wel eens vervelende dingen doen, harde maatregelen, maar hij beheert de menselijkheid.

(Bron: interview locatiemanager)

In een externe vergadering die door de bestuurder wordt voorgezeten komen steeds weer verlate deelnemers binnen. Telkens weer wordt door de voorzitter voor deze nieuwkomers de voorstelronde herhaald. Dit maakt dat de verlate deelnemers zich enerzijds bezwaard, maar anderzijds wel welkom geheten en gezien voelen. Met dit gedrag toont de bestuurder dat hij meer waarde hecht aan relationele zaken dan aan de efficiency-gedachte: 'tijd is geld'.

De bestuurder is er van overtuigd dat hijzelf als bestuurder moet voorleven hoe je met elkaar om kunt gaan. Ook is het zijn overtuiging dat de kwaliteit van de zorg in een organisatie als de zijne vooral voortkomt uit de relationele kant van de zorgverlening, die kwaliteit toont zich in het respect en de aandacht voor de cliënt.

Met de rationele deskundigheid van zorgverleners zit het wel snor, dat wordt door de structuur gewaarborgd, maar het gaat erom hoe zij het relationeel doen, daar zit de werkelijke kwaliteit. Zorgverleners moeten de cliënt in zijn waarde laten en goed weten te communiceren. Ik probeer daarop te sturen, mijn managers moeten dit aan hun middenkader leren.

(Bron: interview bestuurder)

Zijn idee is dat goed voorbeeld doet volgen, en ook de manager medische en psychosociale dienst en transmurale projecten denkt er zo over en is heel helder in waar zij haar prioriteiten legt:

Afdelingen blijven voorgaan, ik ben daar altijd heel duidelijk in geweest, ik ben hier voor die mensen en niet omdat we zo graag manager willen zijn of wat dan ook, je bent er voor de mensen. Dat lukt. Ze weten het allemaal, ze kunnen dan hoog of laag springen.

Dat goed voorbeeld inderdaad doet volgen blijkt uit het resultaat van het in de organisatie uitgevoerde onderzoek naar de tevredenheid van de cliënten. Om die positieve resultaten uit dat onderzoek te vieren is er door de managers voor de medewerkers een 'Verwenkoffie' georganiseerd. De staatssecretaris van VWS is hierbij aanwezig en de bestuurder houdt een laaiend enthousiaste toespraak. De medewerkers krijgen een mok met de tekst: 'Ik ben de beste!'. Het succes wordt gedeeld, gevierd en vooral volledig toegeschreven aan de mensen die de zorg uitvoeren.

De bestuurder houdt contact met de bewoners ook door altijd aanwezig te zijn bij de vergadering van de cliëntenraad van 'zijn' verpleeghuis, net als de andere locatiemanagers dat op hun locatie doen.

De voorzitter van de cliëntenraad vertelt van een bezoek aan een bijeenkomst van andere cliëntenraden, zij concludeert uit het bezoek dat het in deze organisatie allemaal veel gemoedelijker gaat, andere cliëntenraden eisen bijvoorbeeld dat alles schriftelijk wordt vastgelegd. De voorzitter stelt: "Dat je de beste bent van Nederland komt niet uit de lucht vallen, hoor. Dan kan je wel erg op de cijfers zijn, maar het gaat er om dat we gemoedelijk blijven, en niet tegen het bestuur zijn, maar samenwerken".

(Bron: observatie dag 1)

Net als in andere vergaderingen is de bestuurder ook hier weer zorgzaam en respectvol. Als er een vertwijfelde afatische bewoner per ongeluk de vergaderruimte binnenloopt, springt hij op om hem te helpen de weg te vinden. Dit voorbeeldgedrag, de rituelen, de belangstelling, de zorgvuldigheid en de persoonlijke aandacht leiden tot een door de respondenten geroemde prettige sfeer en door de cliënten gerespecteerde gemoedelijkheid die past bij de tradities en gewoonten van de landelijke streek waarin de organisatie ligt.

7.5 Omgaan met afstand en betrokkenheid

Deze paragraaf gaat over de manieren die in deze organisatie voor verpleging en verzorging zijn gevonden in het omgaan met afstand. De eerste manier heeft

te maken met tempo: door geleidelijk in laag tempo te veranderen ontstaat er eerder een gevoel van gezamenlijkheid dan een te grote afstand tussen bijvoorbeeld management en werkvloer, of tussen management en bewoners. Het zoeken naar het juiste tempo van veranderingen speelt daarbij een belangrijke rol. Schakelen, we zouden dat ook grenzenwerk kunnen noemen, zien we gebeuren op het gebied van issues en informatie. Voor wat betreft de budgetten en de toekomstplannen wordt niet alles doorgeschakeld van bestuur naar werkvloer maar vormen de lagen buffers. Er zijn een aantal centrale ontmoetingsplaatsen in de organisatie zoals het grote verpleeghuis A., waar de meeste bijeenkomsten plaatsvinden en waar het bestuur zetelt, maar ook de manager transmurale, medische en psychosociale zorg is zo'n spil of spin in het web, waar vele lijnen samenkomen.

7.5.1 Tempo

Veranderingen hebben in deze organisatie een lange aanlooptijd nodig. Zowel bewoners als medewerkers zijn niet dol op veranderingen, daarmee wordt in de vergaderingen van het MT rekening gehouden. Alle veranderingen, hoe klein en nietig ze ook voor buitenstaanders lijken, worden qua opzet en implementatie uitvoerig besproken.

Zo moeten bijvoorbeeld alle locaties overstappen op het gebruik van naambordjes met het organisatielogo zonder locatiennaam, maar met vermelding van medewerker en functie. In de managementteamvergadering geeft de controller aan dat het beter is de naambordjes in één keer te veranderen dan om een sterfhuiskonstructie te hanteren. De bestuurder vraagt hoe duur ze zijn. Een van de locatiemanagers denkt dat geleidelijk invoeren zou moeten kunnen, een andere locatiemanager doet het invoeren van de bordjes liever ineens. De derde locatiemanager denkt dat er nog wel wat tijd nodig is om het in te masseren, want men is aan de oude bordjes erg gehecht.

(Bron: observatie dag 4)

Hoewel de veranderingen zich langzaam voltrekken, wordt er veel gebouwd en gerenoveerd in de organisatie. De bestuurders en locatiemanagers zijn eraan gewend te moeten vernieuwen in een conservatief klimaat. Zij moeten de gebouwen en de zorg zo inrichten dat de nieuwe generatie bewoners er door aangetrokken wordt, maar dat de oude generatie zich er nog in thuis voelt. Dat betekent zorgvuldig overleggen, afwegen en beslissen. Veel van deze beslissingen gaan bijvoorbeeld over de keuze van de vloerbedekking. Een omslag van tapijt naar linoleum heeft nogal wat 'voeten in de aarde'.

Veranderingen in de ouderenzorg hoe doe je dat: tijd en praten en helder zijn in je argumenten waarbij je moet aangeven dat je begrijpt wat de ander zegt en vindt. De bewoners hebben een grote stem. In de nieuwbouw wilde ik zelf harde vloerbedekking en in het oude huis lag vloerbedekking en de bewoners wilden pertinent vloerbedekking. Uiteindelijk is met volledige instemming voor marmoleum gekozen en iedereen is erg blij. We hebben er twee tot drie jaar over gedaan.

(Bron: interview locatiemanager)

Toch gaan de zaken soms sneller dan de bestuurder kan voorzien. Hij kondigt tijdens de vergadering van de Cliëntenraad aan dat het winkeltje voor de bewoners verplaatst gaat worden en de bar vervangen wordt, hij legt uit wat de bedoeling is en laat de bouwtekeningen zien.

Bestuurder: "De bar is versleten, dat wist ik ook niet, ik wilde de bar eerst behouden maar hij is echt versleten. Deze verandering kan heel snel gebeuren." Eén van de cliëntenraadsleden: "Ze hebben de bar er al uit hoor, dat is wel heel snel, het is maar fijn dat wij zo aardig zijn..." Bestuurder: "Ja dat is wel heel snel. Het is netjes het eerst aan jullie voor te leggen, maar niet netjes dat het nu pas gebeurt! Maar wat vindt U ervan? Als U het er niet mee eens bent moet u het vooral zeggen."

(Bron: observatie dag 1)

Net als de bewoners zijn ook de medewerkers niet zo veranderingsgezind. In de OR vergadering wordt het kledingreglement besproken, er is een discussie gaande of verzorgenden in uniform of in burger zouden moeten werken. Het merendeel van de verzorgenden vindt het moeilijk afscheid te nemen van het uniform. De OR leden vinden dat de kledingvoorschriften voor alle locaties gelijk zou moeten zijn. De bestuurder zegt lachend: *"Ja, iemand moet dit reviseren, maar het zal wel weer veel discussie opleveren, iedere locatie wil er vast iets ouderwets inhouden!"*

In het voorwoord van het jaarverslag 2003 wordt aangegeven dat de organisatie zich ten doel stelt voortdurend kritisch te kijken naar het proces en de inhoud van de zorgverlening. Daarnaast wil de organisatie elke kans om de verblijfsomgeving door nieuwbouw of renovatie te veraangename, aanpakken. Er is een zorgvisie opgesteld om de medewerkers houvast te geven in hun uitvoeringspraktijk. Belevingsgericht, huiselijk en kleinschalig zijn sleutelwoorden in deze visie. Bij dementerende bewoners zal er meer gewerkt gaan worden volgens het concept van belevingsgerichte zorg: het meegaan in de belevingswereld van iemand met dementie waarbij hun gevoelens worden onderkend. De bestuurder heeft het onderwerp belevingsgerichte zorg op de agenda van de cliëntenraadvergadering gezet, hij licht toe dat er op grond van een wachtlijst

voor psychogeriatrische patiënten besloten is tot kleinschalige en huiselijke nieuwbouw. Doordat de wachtlijst verdween is dat plan vervallen. Maar de veranderende visie op zorg voor dementerenden bleef doorwerken. Het management heeft nu besloten een deskundige psycholoog uit te nodigen om met de zorgverleners en de familieleden van de bewoners te bespreken wat zij zouden willen veranderen in de zorg.

Een van de leden van de cliëntenraad reageert. Zij heeft de uitnodiging ontvangen, maar denkt dat het nog een hele klus zal worden en zij vraagt zich af hoe ze de bezetting rond gaan krijgen. Het lijkt haar lastig dat bewoners moeten gaan aardappels schillen, wie wil dat nog, en wie kan dat nog (zeker met die stompe messen...) vraagt zij zich af. Het lijkt haar ook moeilijk met alle vrijwilligers. De bestuurder vertelt daarop van de keren dat hij mee was met de bewonersvakantie waarbij hij merkte dat de sfeer heel anders was en dat hij zich heeft afgevraagd hoe dat kan: "Het is de aandacht, maar het is misschien ook de uitdaging van de pan aardappelen..." Maatschappelijk werker: "Maar het zal wel veel drukker worden, ik hoop wel dat het lukt." De bestuurder geeft aan dat het voor de verzorgenden misschien drukker zal zijn, maar ook leuker: "Misschien moet je de lat juist wat hoger leggen." Een mevrouw uit de cliëntenraad geeft een voorbeeld uit haar tijd als onderwijzeres, als de kinderen met rode inkt mochten schrijven schreven zij veel mooier, zij wijst dat aan de doorbreking van de sleur.

(Bron: observatie dag 1)

Beslissingen worden wel snel genomen, maar de noodzakelijke veranderingen, bouwkundige of zorginhoudelijke veranderingen, hebben echter, een uitzondering daar gelaten, een langdurigheid die past in de context van de zorg voor ouderen. Die veranderingen verlopen op een manier die rekening houdt met het bestaande en met de historie, het zijn langdurige veranderingen die gebaseerd zijn op het verleden. Snelle, alleen maar op de toekomst gerichte veranderingen die geen rekening houden met het bestaande en het verleden, zouden hier tot een gevoel van vervreemding en distantie leiden.

7.5.2 Vertalingen én begrenzingen

Het managementteam komt eens per maand gedurende twee uur bijeen. De bestuurder zit de vergadering voor. Zes van de MT leden zien elkaar ook nog eens per maand gedurende anderhalf uur in het instellingsoverleg van verpleeghuis A. In de kamer van de bestuurder vinden de MT vergaderingen en het instellingsoverleg plaats. Er worden in deze vergaderingen veel verschillende zaken besproken, zaken van uiteenlopende strekking, het MT spreekt evengoed over de financieringsstructuur als over huisdieren en de koekjes bij de koffie.

Mooi voorbeeld wat een beetje uit de hand gelopen is, is dat hondje. Ik liep tegen een alleenstaande verwaarloosde vrouw op, dementerend geen kinderen of partner, uitgekotst door de buurt. Het enige dat zij had was het hondje waar ze de hele dag mee op schoot zat. En uitgaande van de principes van die belevingsgerichte zorg, dat angst veel van het gedrag stuurt, nou dat was bij haar heel sterk. Ik dacht als ik haar zonder hondje opneem wordt dat haar dood. Ik ben gaan lobbyen en praten en het mocht: opname met hondje. Dat is voor haar heel goed geweest en was volgens mij ook goed voor de afdeling want je kan er zoveel mee doen. Je kan het hondje laten uitlaten, laten verzorgen. Maar goed op een gegeven moment kregen we een partijensrijd, de mevrouw ging dood en wat doen we dan met het hondje. Moet het blijven of weg? Het hondje is incontinent, het is een echt verpleeghuishondje, hij hoort hier gewoon. Nou ja, ik volg het vanuit de zijlijn, er zijn er een heleboel voor en ook tegen. Nu heeft het MT gezegd dat dit hondje mag blijven, maar hierna geen dieren meer in het verpleeghuis. Er is een hoop te doen geweest om het hondje.

(Bron: interview hoofd afdeling MW en zorgwoningen en dag-behandelingen)

Het hondje wordt evengoed besproken in het MT als de strategische en financiële jaarplannen. De aandacht wordt verdeeld over heel verschillende zaken, de MT leden schakelen voortdurend tussen grote en kleine zaken. Naast grote uitgaven, er wordt bijvoorbeeld 300.000 euro uitgetrokken voor kinderopvang, worden in het MT ook de kleinere uitgaven besproken, de uitgaven voor de uitjes en reizen van de bewoners en de kosten van jubilea van medewerkers:

Er wordt besloten dat er bij de jubilea van werknemers voortaan cake in plaats van taart geserveerd zal worden. "Cake, omdat taart erg duur is en je niet van te voren weet hoeveel taart er zal worden gegeten, vaak is er veel taart over."

(Bron: observatie dag 8)

Juist doordat de MT leden even zo goed praten over de samenwerking met de grootste thuiszorgorganisatie van Nederland als over de uitjes met de bewoners en de koekjes bij de koffie, blijven zij met de voeten op de zorgvloer en betrokken bij het 'zorgen voor'. Vanuit het management wordt alleen indirect, door de lagen heen controle uitgeoefend op de inhoud en kwaliteit van het zorgproces. Er wordt echter wel vanuit het MT een lijn uitgezet in de visie op zorgverlening: belevingsgerichte zorg moet veel meer invulling krijgen. Met studiedagen, trainingen en ook door kleinschaliger te bouwen wordt hieraan invulling gegeven. Zo geeft het management de richting voor verbetering van de zorgverlening aan.

Een andere manier van vertalen is het doorgeven van informatie tussen de organisatorische lagen. Bestuurders en MT houden elkaar via de MT vergaderingen en individuele overleggen uitgebreid op de hoogte.

Ik informeer mijn bestuurder overal over, als je het niet weet is het een ongeluk, heb ik er niet bij stilgestaan of niet gekund, maar van wat een bestuurder moet weten daar moet hij blindelings op kunnen vertrouwen dat ik dat meld. De informatiestroom werkt goed.

(Bron: interview locatiemanager)

De locatiemanagers geven de informatie en de gemaakte afspraken uit de MT vergaderingen door aan de hoofden zorg. De locatiemanager zit bij het MT, en daar worden dingen besloten en afgesproken en er wordt dan naar de hoofden zorg teruggekoppeld wat zij moeten uitvoeren. In de taakverdeling tussen de locatiemanager en de hoofden zorg is de locatiemanager de schakel van en naar het MT.

De locatiemanager is verantwoordelijk voor het budget voor de locatie, voor het gebouw en voor de facilitaire dienst. De hoofden zorg beheren het budget voor hun afdeling(en). Maar voor een aanschaf op basis van het budget moet eerst de toestemming van de locatiemanager verkregen zijn.

Ik ben verantwoordelijk voor mijn eigen budget en daar word ik op aangesproken. Wij leveren onze wensen in voor de begroting, kan je zelf kopen, maar je moet het even overleggen en laten tekenen. Hij (de locatiemanager AS) tekent alles, ook al is het een tientje. Maar we zijn wel verantwoordelijk voor het eigen budget.

(Bron: interview hoofd zorg)

Locatiemanager en hoofd zorg zijn beiden goed op de hoogte van wat er in en om de locatie speelt, zij houden elkaar geïnformeerd door bijna dagelijks te overleggen. Daarbij is de taakverdeling zo dat de locatiemanager zich richt op extern en het hoofd zorg vooral op intern. Eenmaal per twee weken of per vier weken is er op de locaties een instellingsoverleg tussen locatiemanager, hoofden zorg en facilitaire dienst.

De hoofden zorg hebben veel contact met de teamleiders. Zij hebben ook wel contact met de medewerkers en de cliënten, lopen veel rond op de afdelingen, hun kantoren zijn meestal op de zorgafdelingen. Zij zijn, zo ervaren teamleiders en medewerkers, goed telefonisch bereikbaar en gemakkelijk aanspreekbaar. Het makkelijk bij de leidinggevende binnen kunnen lopen is een fenomeen dat door bijna alle respondenten genoemd wordt, het lijkt erop dat die openheid

en bekendheid met elkaar bijdraagt tot het gevoel dat het een 'platte organisatie' is, terwijl er toch zes organisatorische lagen zijn (RvT, bestuur, locatiemanagers, hoofden zorg, teamleiders, medewerkers). Het hoofd zorg is de schakel naar de teamleiders, naar de uitvoering. Vaak houden de teamleiders de functioneringsgesprekken met de medewerkers, maar soms doen ook de hoofden zorg een deel van de functioneringsgesprekken. Die worden ervaren als middel om contact te houden tussen de laag van de medewerkers en de eerste twee managementlagen.

Teamleiders beheren geen budget, zij bespreken 'in concreto' met de hoofden zorg wat er nodig is op hun afdeling. Teamleiders en medewerkers spreken bijna nooit met elkaar over geld en budgetten. Geld is in deze lagen van de organisatie geen verbindende factor, er wordt in de interviews opvallend weinig over budgetten, bezuinigingen of tekorten gesproken. De budgettaire verantwoordelijkheid ligt bij de RVB en de locatiemanagers, de budgettaire verantwoordelijkheid is niet gedecentraliseerd. Volgens de medebestuurder is dat een bewuste strategie: *"Als je steeds over te weinig geld spreekt gaan de medewerkers zich ook gedragen alsof er niks kan."* Dat dit beleid werkt blijkt uit het gesprek met een verpleeghuisarts:

De bestuurder klaagt niet over het beleid van de overheid, dat heeft geen nut en er wordt ook niet bij ieder probleem geroepen dat er geen geld voor is. Als je dat doet dan krijg je ook een bepaalde sfeer. Er wordt gekeken naar het probleem en gezocht naar een oplossing, wat dat betreft is er hier geen klaagcultuur.

(Bron: interview verpleeghuisarts)

Ook hier weer een staaltje van het goede voorbeeld geven, maar ook van grenzen stellen in de verantwoordelijkheden. De mensen die bezig zijn met de uitvoering van de zorg hoeven zich niet bezig te houden met de verdeling van de budgetten. Deze scheiding van taken is ook terug te vinden in de jaarplancyclus. Het jaarplan wordt in deze organisatie gezien als een middel om prioriteiten te stellen en duidelijkheid te scheppen over toekomstige ontwikkelingen. Het jaarplan wordt door bestuur en MT geschreven, het wordt dus van bovenaf opgesteld en vastgesteld.

Het jaarplan spreken we door, maar we hebben bij de samenstelling niet veel stem. Ons eigen plan staat niet in het jaarplan. Dat wordt geschreven door het MT, wij leveren daar geen bijdrage aan. Soms is er wel een speerpunt dat bij ons vandaan komt. Onze eigen actiepunten worden wel vertaald, maar het is geen methode. Veel staat er ook niet in, een hele hoop eigenlijk niet zoals zaken rondom de eerst verantwoordelijke verpleegkundige (Evv). We hebben wel de ruimte om dingen aan te geven, maar het

is geen systeem. Ik mis het niet, maar het is wel zo dat ineens het jaarplan er is. Maar ik heb het idee dat er veel ruimte is voor onze ideeën.

(Bron: interview twee hoofden Zorg)

De hoofden zorg, de teamleiders en de medewerkers vinden het eigenlijk wel goed zoals het gaat. Zij hebben geen directe inspraak door middel van inbreng in het jaarplan, maar zij voelen zich voldoende vertegenwoordigd in en door het MT. Een enkele respondent, een teamleidster, klaagt over te weinig communicatie tussen locatiemanager en werkvloer: dan staan er bijvoorbeeld opeens nieuwe zitjes en zijn de medewerkers daar niet in gekend.

Zaken van verschillende orde, het hondje en de koekjes bij de koffie, passeren wel de scheidslijnen tussen de verschillende lagen naar boven, maar financiële zaken sippelen niet door tot de werkvloer. Deze wordt door de bovenste managementlagen vrijgehouden van financiële zorgen. De medewerkers en teamleiders vinden het best daar niet mee te worden lastig gevallen. Zij vertrouwen erop dat het management de juiste financiële afwegingen maakt.

7.5.3 Ontmoetingsplaatsen

De meeste vergaderingen vinden plaats in verpleeghuis A. dat door de respondenten de spil van de organisatie wordt genoemd. Daar zetelt het bestuur en komt het MT bijeen, daar worden OR vergaderingen gehouden en cursussen en bijeenkomsten georganiseerd. De kamer van de bestuurder ligt tussen de centrale entree en de personeelskantine van het verpleeghuis. Medewerkers lopen vaak langs en maken in het voorbijgaan gemakkelijk even een praatje. De kamer van de bestuurder, vooral de vergadertafel wordt gebruikt als ontmoetingsplaats, alle bijeenkomsten van het MT, de grotere vergaderingen vinden daar plaats en er worden toneelstukjes in elkaar gezet en geoefend. Aan deze tafel komen zowel de grote strategische en financiële vraagstukken zoals nieuwbouw en verdergaande samenwerking aan de orde evenals de dilemma's uit de directe zorg, de uitjes, hondjes en koekjes. Hier worden 'zorgen voor' en 'zorgen dat' daadwerkelijk met elkaar verbonden.

De uitjes met de bewoners en de feesten en activiteiten voor het personeel vormen in deze organisatie belangrijke concrete ontmoetingsplaatsen waar door het management veel aandacht aan besteed wordt. Over de gezamenlijke ervaringen wordt in de organisatie nog lang nagesproken en zeker over de rollen die de bestuurder op het toneel neerzet. Ondanks dat medewerkers op die feesten niet veel contact leggen met medewerkers van andere locaties zorgt de gedeelde ervaring voor een 'organisatiegevoel'.

Wat dat betreft is ook de naam van de organisatie als een symbolische ontmoetingsplaats of beter gezegd een vrijplaats te beschouwen. Die naam is voor alle bij de fusie aaneengesloten organisaties nieuw, door een speciaal bureau bedacht en het betekent niets. Juist doordat de naam in zichzelf geen betekenis heeft kan iedereen er zijn eigen betekenis aan hechten en krijgt deze nieuwe naam, als ontmoetingsplaats van verschillende betekenissen een verbindende functie.

7.5.4 Intermediar

Een specifieke verbindende kracht in deze organisatie is de manager medische en psychosociale zorg en transmurale projecten. Zij werkt al 25 jaar in deze organisatie en kent iedereen en komt overal. Zij werkt op alle locaties als verpleeghuisarts, en als medisch adviseur in de verzorgingshuizen. Door haar directe contact met het primaire proces op de verschillende locaties verwerft zij veel informatie over het reilen en zeilen van de organisatie.

Zij is een organisatie brede schakel met pootjes en voelhoorns overal en als je kijkt van top naar bottom zit zij overal.

(Bron: interview maatschappelijk werker/teamleider dagbehandeling)

Zij organiseert nieuwe ontmoetingsplaatsen zoals het organisatiebrede overleg tussen alle afdelingshoofden, zij zit het overleg voor en kan over alle zaken informatie geven. Naast interne contacten en de gehele medische, paramedische en psychosociale dienst die locatie overstijgend werkt, heeft deze manager de coördinatie van transmurale projecten in haar takenpakket. Om projecten op te zetten waarin mensen van verschillende organisaties samenwerken heeft zij ook veel contacten extern met managers en medewerkers van andere organisaties.

Zij kent de huizen en weet hoe de formulierenstroom gaat. Zij zit dicht bij de werkvloer, zit bij heel veel overleggen is goed geïnformeerd.

(Bron: interview hoofd zorg)

De transmurale projecten verbinden op een nieuwe en verfrissende manier mensen met elkaar in en buiten de organisatie. In de interviews wordt wel een aantal keer opgemerkt dat de formele plaats van deze manager in de organisatie een beetje onduidelijk is, zij is de enige in het MT die geen locatie aanstuurt, maar een functiegroep. (Deze vage plaats is vergelijkbaar met de kwaliteitsmanager in het ziekenhuis!) Als voortrekker van de transmurale projecten is zij een verbindingsofficier die weet hoe de organisatie werkt. Zij heeft de capaciteit

om informatie naar verschillende niveaus in de organisatie te vertalen. Veel verbindingen lopen via haar en daarmee kunnen we haar ook zien als een intermediair, maar ook als een spil, een ‘menselijke ontmoetingsplaats’.

7.6 Conclusie: van oude mensen, de dingen, die voorbij gaan

Deze organisatie is als een eiland waar de tijd een enigszins stil is blijven staan. De manier waarop er wordt gewerkt en samengeleefd in deze organisatie geeft, in vergelijking met de twee andere organisaties, een anachronistisch gevoel van bijna voorbijge weldadigheid. Alsof er ondanks modernisering en schaalvergroting hier nog een klein bolwerkje van een oude sociale structuur is blijven bestaan, een bolwerkje tegen verharding en verzakelijking. De bestuurder beheert de menselijkheid en dat gedrag wordt gekopieerd en gewaardeerd.

De medewerkers van de verschillende locaties voelen zich verbonden met de organisatie, maar allereerst met de eigen locatie, er wordt amper gereisd binnen de organisatie, ook niet door bestuur en management. Omdat er niet zoveel specialisaties zijn in deze organisatie zijn er ook niet veel grenzen of centrifugale krachten. Tussen de locaties zijn die grenzen echter juist scherp, er is bijna geen contact tussen de medewerkers van de verschillende locaties. Maar omdat dat contact ook niet nodig is voor de zorgverlening wordt het ontbreken ervan niet als probleem gezien. Dat ontbreken van contact wordt door de respondenten dan ook niet omschreven in termen van afstand. Voor het ervaren van afstand moet er blijkbaar eerst een relatie zijn.

Er zijn in deze organisatie voor verpleging en verzorging zes organisatorische lagen en de communicatie verloopt door middel van vertalingen, ‘cascading’, in de lagen. De lagen worden door de respondenten niet als hinderend of als ‘leemlagen’ ervaren. Zij werken eigenlijk meer als een zeef: kwesties die op de werkvloer spelen komen wel boven in de organisatie aan, maar niet alle financiële en beleidsmatige zaken worden op alle lagen van de organisatie besproken. Het ‘zorgen dat’ is voorbehouden aan bestuurder, locatiemanagers en hoofden zorg maar zij denken ook mee over ‘zorgen voor’. De teamleiders en de hoofden zorg fungeren als schakel tussen ‘zorgen voor’ en ‘zorgen dat’. Zij vertalen beleid in uitvoering. De teamleiders zijn, doordat zij zowel ‘zorgen voor’ als ‘zorgen dat’ in hun taak moeten vormgeven, wel terecht gekomen in een spaagaat. Hun werk tekent zich door een scheiding tussen ‘tafel en bed’.

De medewerkers hebben vertrouwen in bestuur en management omdat zij merken dat zij geïnteresseerd zijn in en weet hebben van wat er op de werkvloer gebeurt. Hun belangen worden voldoende behartigd door teamleiders en

hoofden zorg. De kennis die het management heeft van de werkvloer wordt grotendeels toegeschreven aan voormalige eigen ervaring van het management in de zorg. Maar door de veroudering van deze ervaringskennis is het werkelijk weet hebben van wat er op de werkvloer gebeurt, meer beeld dan realiteit. Het vertrouwen van de medewerkers in het management is ook gebaseerd op de belangstelling en zorgvuldige aandacht die het management toont voor de 'kleine' dilemma's uit het directe zorgproces en op de informatie en communicatie tussen de lagen van de organisatie. De betrokkenheid tussen bestuurder en werkvloer ontstaat in deze organisatie niet door georganiseerde bezoeken van het management aan de werkvloer. Dat is hier niet de manier om contact te houden, er is voldoende mogelijkheid om elkaar meer terloops te ontmoeten.

De opdracht om ondanks schaalvergroting, concurrentie, rationalisatie en registratie, toch dicht bij de directe zorg te blijven wordt door alle respondenten als dé grote (besturings)opdracht in deze organisatie ervaren.

8

Conclusies

8.1 Inleiding

Ce n'est pas la distance qui mesure l'éloignement

Antoine de Saint - Exupéry, 1939

De kritiek op zorgbestuurders zoals die wordt geuit in het maatschappelijke debat wordt door dit onderzoek genuanceerd. 'Processen van distantiëring pakken in de dagelijkse besturingspraktijk in de onderzochte zorginstellingen verschillend uit en de bevindingen wijken soms af van de veronderstellingen over afstand en de oorzaken ervan. Grootschaligheid veroorzaakt niet per definitie afstand, professionals zijn er niet op uit de afstand naar de bestuurders te verkleinen, integendeel, vaak houden zij managers en bestuurders juist op afstand. De drie zorgbestuurders in dit onderzoek hebben invloed op het zorgproces, ook al worden zij op afstand gehouden en functioneren zij vanuit een bestuurscentrum, een ander denkkader of is hun ervaringskennis van het zorgproces gedateerd.

De centrale vraag in dit onderzoek is hoe zorgbestuurders grote zorgorganisaties op afstand besturen.

De aanleiding voor deze vraag is de veelgehoorde kritiek op de grote afstand die er zou zijn tussen zorgbestuurders en zorgverleners. Maatschappelijke tendensen als schaalvergroting, standaardisatie, specialisatie en sturing scheppen het decor waarin de relatie tussen bestuurders en medewerkers wordt gevormd door verschillende processen van distantiëring. In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen uit de drie case studies geïnterpreteerd. Op grond daarvan worden conclusies getrokken over de betekenis van het fenomeen afstand en over de lokaal ontwikkelde manieren om met afstand en betrokkenheid om te gaan.

In het eerste deel van dit hoofdstuk staat de betekenis die zorgbestuurders, managers en medewerkers zelf aan het begrip afstand geven centraal. Vervolgens wordt beschreven hoe afstand in de organisaties ontstaat of wordt geconstrueerd. Het derde deel van dit hoofdstuk richt zich op de wijze waarop afstand in zorgorganisaties kan worden bestuurd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een concluderende paragraaf.

8.2 Afstand in soorten en maten

Eerder zijn vier verschillende typen afstand onderscheiden: ruimtelijke afstand, sociale afstand, mentale afstand en temporele afstand. Aan deze theoretisch onderscheiden typen is nu vanuit het empirisch onderzoek een rijkere betekenis te geven. Hoewel ruimtelijke afstand vaak wel de eerste betekenis is die de respondenten aan het begrip afstand toekennen, is de afstand die uit de interviews en observaties naar voren komt vooral opgebouwd uit de andere onderscheiden typen afstand.

Ruimtelijke afstand ofwel de spreiding van de organisatie over verschillende locaties vormt in geen van de organisaties een onoverkomelijk probleem. Uit dit onderzoek blijkt dat er afdoende manieren gevonden zijn om verspreide locaties verbonden te houden met de organisatie. Door reizende medewerkers en managers wordt contact tussen de locaties onderling en tussen het bestuurscentrum van de organisatie en de locaties behouden. Als de respondenten geen contact hebben met andere delen van de organisatie wordt dat door hen niet vaak als probleem ervaren, als er samenwerking nodig is wordt er wel contact gelegd, ruimtelijke afstand vormt daartoe geen belemmering.

Uit de case studies komt naar voren dat wanneer er veel ruimtelijke afstand tussen de locaties van de organisatie bestaat, de sociale afstand zo groot kan zijn dat er niet eens afstand ervaren wordt. Voor het ervaren van afstand tot elkaar is een relatie of contact nodig. Opvallend is dat ruimtelijke afstand tussen de locaties niet tot sociale afstand leidt wanneer actieve interventies ingezet worden om de sociale afstand niet te groot te laten worden. Dat gebeurt dan bijvoorbeeld door het benadrukken en handhaven van dezelfde gewoonten, door regelmatige communicatie en door de organisatie van ontmoetingen. Vergaderen, werkbezoeken, feesten, samen sporten om gezonder te worden, maar ook het samenwerken volgens eenzelfde visie en werkwijze, of het samen zoeken naar mogelijke kwaliteitsverbeteringen in daartoe ingestelde commissies zijn hiervan voorbeelden. Medewerkers houden natuurlijk zelf ook contact met delen van hun groep waarvan ze door ruimtelijke afstand gescheiden zijn, zoals de medewerkster van de huishoudelijke dienst in het ziekenhuis die

haar collega's op de andere locatie gaat bezoeken om 'ze erbij te houden'. Dit gedrag dat soms spontaan is en soms geïnstitutionaliseerd, zorgt ervoor dat betrokkenheid met de collega's ver weg actief wordt onderhouden. Gedeelde kennis, actieve inspanning en gezamenlijke ervaringen scheppen betrokkenheid tussen de medewerkers van de verschillende locaties. Maar negatieve ervaringen kunnen er natuurlijk toe leiden dat juist actief afstand gehouden wordt. Ruimtelijke afstand staat het bestaan van betrokkenheid niet in de weg zolang er activiteiten ontplooid worden waarin gescheiden groepen gedeelde ervaringen kunnen opdoen. Maar als er een ander type dan ruimtelijke afstand bestaat tussen groepen, sociale of mentale afstand, zal de ontmoeting zelf niet zonder meer tot betrokkenheid leiden. Deze uitkomsten zijn congruent aan de bevindingen van antropologen in verschillende onderzoeken naar de afstanden tussen etnische groepen (Barth, 1969). Barth concludeert dat sociale afstand tussen stammen kan blijven bestaan ondanks mobiliteit van mensen, contact en informatie en dat distincties vooral gearticuleerd worden tussen groepen die het meest aan elkaar verwant zijn. Ruimtelijke nabijheid betekent niet per definitie dat er betrokkenheid is. Waar mensen dicht op elkaar leven of werken kan de betrokkenheid bij elkaar groot zijn, maar even zo goed kan die nabijheid bedreigend ervaren worden zodat er gedrag ontstaat dat de sociale afstand juist groter maakt. Deze bijna tegen- intuïtieve waarneming van zowel Hall als Simmel (zie hoofdstuk drie) komt ook in de case studies naar voren. De respondenten nemen vaak juist afstand waar, tussen locaties die veel met elkaar te maken hebben of dicht bij elkaar gelokaliseerd zijn, waar de ruimtelijke en mentale afstanden klein zijn. De verschillen in het werk zijn daar eerder geaccentueerd dan geaccepteerd. In de case studie van de organisatie voor verpleging en verzorging wordt er bijvoorbeeld door de medewerkers zelf onderscheid aangebracht tussen de medewerkers uit het verpleeghuis en die uit het verzorgingshuis. Ook loopt er een scheidslijn in het ziekenhuis tussen de afdelingen gynaecologie en neonatologie, en in de organisatie voor gehandicaptenzorg ontstaat er een distinctie tussen service en support. Die distincties die zowel bijeenhouden als scheiden, gaan een eigen leven leiden en uiten zich als een domeinstrijd die soms leidt tot onoverbrugbare afstand.

De betekenis van afstand waar de respondenten in dit onderzoek vooral aan refereren betreft vaker *mentale afstand*. Eerder werd mentale afstand gedefinieerd als 'niet emotioneel betrokken zijn'. Uit dit onderzoek komt naar voren dat mentale afstand vooral te maken heeft met uiteen lopende zienswijzen en verschillende denkkaders. Ten eerste is dat het verschil in denken dat gebaseerd is op de directe zorgverlening: 'zorgen voor', en op het initiëren en organiseren van zorg: 'zorgen dat'. In de case studies staan medewerkers die 'zorgen voor' en managers die 'zorgen dat' niet onoverbrugbaar ver van elkaar af, maar

zeker is wel dat managers en bestuurders vanwege hun andere type werkzaamheden bijna niet op een natuurlijke wijze met de patiënt en het primaire proces in contact komen. Door het missen van de concrete ervaring van 'zorgen voor' krijgen zij weinig prikkels om hierop te reflecteren en is het moeilijk 'zorgen dat' te laten aansluiten op 'zorgen voor'. Bestuurders en managers staan voor de opdracht de ervaringen waardoor betrokkenheid met de patiënt of cliënt en het primaire proces kan ontstaan op een of andere manier te organiseren. Dat kan door zelf actie te ondernemen, enerzijds door erop af te gaan en mee te lopen, met mensen te praten, anderzijds door informatie van verschillende soorten abstracties (jaarverslagen, tevredenheidonderzoeken, prestatiemetingen) op verschillende manieren naar zich toe te laten komen. Besturen is een relationeel proces waarin een wederkerigheid van geven en nemen plaatsvindt. Besturen betreft het verwerven van informatie, deze informatie verwerken en op grond daarvan iets terugsturen. Ten aanzien van het laatste deel van dit proces klagen zorgverleners in de case studies soms over een te financiële of cijfermatige manier van sturen. Het werken met abstracties van wat er gebeurt op de werkvloer levert vervreemding op als er geen vertalingen en concretisering plaatsvinden. Een te radicale toepassing van rationaliteit, objectiviteit en abstractie, die voort komt uit een bedrijfsmatig, en niet uit een relationeel perspectief op besturen, leidt tot een bevestiging van de mentale afstand tussen managers en zorgverleners. Daardoor vervreemden zij van elkaar. Maar zorgverleners nemen managementtaal over. Hierdoor gaan managers en medewerkers in ieder geval in taalgebruik meer op elkaar lijken, in een onbewuste poging om de mentale afstand te overbruggen. Het gebruik van managementtaal door zorgverleners is echter niet onschuldig. In de relatie tussen zorgverleners en patiënten en cliënten schept dit een niet bij zorg passende (en daardoor vervreemdende) afstandelijke zakelijkheid.

Mentale afstand komt, zo laten de case studies zien, niet alleen voor tussen managers en medewerkers, maar ook tussen verschillende afdelingen en professionele domeinen of zelfs binnen eenzelfde domein op grond van verschillende mentale kaders. Voorbeeld hiervan is de verschillende visie op begeleiding in de organisatie voor gehandicaptenzorg, de verschillende opvattingen over borstvoeding in het ziekenhuis en de verschillen in het omgaan met ouderen in het verzorgingshuis of het verpleeghuis. Mentale kaders zijn te vergelijken met grenzen die bijhouden, maar tegelijkertijd afscheiden. Waar er wel verbindingen in de zorgorganisaties georganiseerd zijn op grond van ruimtelijke afstand, zijn mechanismen en middelen om de mentale kaders bij elkaar te betrekken minder sterk ontwikkeld.

Temporele afstand is in het theoretische hoofdstuk niet veel aan de orde geweest, maar in de case studies doet het er zeker toe. Temporele afstand, afstand in tijd tussen heden, verleden en toekomst, manifesteert zich op verschillende manieren in de case studies.

In de organisatie voor V&V is temporele afstand een punt, hier heeft besturen veel te maken met tempo. Er wordt ruimschoots de tijd genomen om bewoners en medewerkers mee te krijgen in de veranderingen. Besluiten worden langdurig voorbereid, maar zijn daarna snel genomen. In het werken met oude mensen moet het verleden een plaats krijgen in het heden, maar in het bedrijfsmatig sturen van deze organisaties wordt er vooral gekeken naar de klant van de toekomst. Door medewerkers en bewoners wordt een grotere afstand naar het management gevoeld wanneer veranderingen te snel worden ingezet of geen verbinding meer hebben met het verleden. Stapsgewijs veranderen is hier van groot belang. Maar er is ook een andere kant van de medaille. Traagheid kan ook anders geïnterpreteerd worden door de respondenten. Wanneer veranderingen of beslissingen zo traag verlopen dat zij het dagelijkse werk hinderen, dan vinden medewerkers dat de organisatie te groot en te log is en zij vinden, op grond van die traagheid, dat er teveel afstand is tussen management en werkvloer. De verschillende managementlagen worden dan door de respondenten beschreven als trainerende 'leemlagen'. De bestuurder van het ziekenhuis zegt er om deze reden voor te zorgen dat hij nooit de 'flessenhals' is, hij geeft aan ervoor te waken dat het werk getraineed wordt door te trage besluitvorming. Duidelijk is dat besturen betekent dat gezocht wordt naar een passend tempo, te snel en te langzaam kunnen beiden leiden tot medewerkers die het bestuur op te grote afstand vinden staan.

Ruimtelijke, mentale en temporele afstand zijn analytisch goed van elkaar te onderscheiden, maar in de praktijk zijn deze typen altijd meer of minder verstrengd met sociale afstand. *Sociale afstand* is gebaseerd op sociaal geconstrueerde verschillen tussen mensen die naar voren komen in taal, uiterlijk maar ook in positie, status en macht. De vier typen afstand zijn in het theoretisch hoofdstuk als gelijkwaardige dimensies beschreven, maar uit de empirie komt naar voren dat sociale afstand zowel een zelfstandige als een overkoepelende dimensie vormt.

Zo leiden de verschillende denkkaders van 'zorgen voor' en 'zorgen dat', maar ook de verschillende kennis en denkkaders van gespecialiseerde professionals tot mentale afstand. Die verschillende denkkaders ontstaan op grond van andersoortige opleiding, socialisatie en ervaringen. De mentale verschillen worden geaccentueerd door taal en symbolen die vervolgens uit kunnen werken als statussymbolen op grond van de waardering die eraan wordt toegekend. Op

grond van die waardering wordt sociale afstand geconstrueerd. Ook ruimtelijke afstand kan tot sociale afstand leiden, maar dat, zo zagen we hiervoor, hoeft niet per definitie zo te zijn. De manier waarop de ruimte is ingevuld kan wel als statussymbool gebruikt en geïnterpreteerd worden, bijvoorbeeld in het geval van het separate bestuurscentrum in de organisatie voor gehandicaptenzorg, waarmee sociale afstand wordt veroorzaakt of bevestigd. Omgaan met tijd kan ook als symbool van status worden gebruikt zoals het geval is als je iemand wel of niet laat wachten. Op die manier wordt, door toevoeging van waardering, sociale afstand geconstrueerd.

De afstand tussen zorgbestuurder en werkvloer vormt zich in deze subtiële verstrengeling van typen afstand. Duidelijk is dat er wel een relatie moet zijn vooraleer er afstand wordt ervaren. Maar te dichtbij levert afstandsconstructie op, te ver weg fragmenteert, voldoende ver weg maakt dat er in de verbindingen geïnvesteerd wordt. Voor alle typen afstand geldt dat er in de zorgorganisaties voortdurend, in een continu proces, gezocht wordt naar een aan de situatie aangepaste mate en vorm van afstand en betrokkenheid.

8.3 Afstand en gelaagdheid

Uit dit onderzoek komt naar voren dat afstand ontstaat en in stand wordt gehouden door de structuur van de organisatie. De gelaagdheid van de organisaties is bedacht om de afstand tussen bestuur en werkvloer te overbruggen, maar we zien dat de lagen ook juist afstand produceren.

De drie onderzochte organisaties bestaan uit zes van elkaar onderscheiden lagen: werkvloer, teamleiders, hoofden van afdelingen of divisie managers, cluster managers of directeuren, Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. Het is in geen van de organisaties glashelder wat die verschillende lagen precies als taak hebben. Impliciet is er wel een taakverdeling die bovenin de organisatie vaak wordt geschetst in termen van strategisch versus operationeel sturen, terwijl onderin de organisatie gesproken wordt over administratief werk versus directe patiëntenzorg. Uit dit onderzoek blijkt dat managers en bestuurders niet op een natuurlijke manier in hun dagelijks werk met de zorgverlening in aanraking komen. Zij moeten daar extra moeite voor doen en het contact met de werkvloer, de werkprocessen, de zorgverleners en de patiënt organiseren. Zo kunnen bestuurders en managers door actieve inspanning wel geïnformeerd raken over wat zich op de verschillende werkvloeren in hun organisatie afspeelt. Maar alleen maar geïnformeerd zijn is niet genoeg. De respondenten in het onderzoek geven aan niet van zorgbestuurders te verwachten, maar wel te hopen dat zij begrijpen wat er op de werkvloer in het zorgproces gebeurt. Zij

hopen op de mentale betrokkenheid van de bestuurder bij hun werkprocessen. Zij schatten in dat bestuurders die persoonlijke ervaring hebben of opdoen op de werkvloer hier meer toe in staat zijn. Daarmee dichten zij hen betrokkenheid toe. Maar zoals we zagen in de case studies, moet de bestuurder ook weer niet teveel langskomen of té goed op de hoogte zijn want dan wordt er door de medewerkers zelf weer afstand geconstrueerd. Bovendien is het van belang dat bestuurders laten merken hoe zij de informatie van de werkvloer interpreteren.

De mate waarin de interpretatie of weergave congruent is aan de ervaring van de medewerkers, is de basis waarop zij oordelen of hun bestuurder alleen maar – afstandelijk – geïnformeerd of juist – betrokken – geïnvolveerd is.

In alle casussen komt naar voren dat de werknemers uit de verschillende lagen niet goed weten wat de taak is van hun hoofden, divisie managers, clustermanagers of directeuren. Teamleiders en bestuurder zijn voor de medewerkers het meest zichtbaar en wat zij doen is daardoor wel duidelijk, maar het werk van de managers uit de tussenliggende lagen is minder helder en wordt meestal beschreven als ‘vertalen’. In theorie werkt vertalen verbindend. Dat is hier ook het geval, maar er is nog iets anders aan de hand wanneer we specifiek kijken naar wat het vertalen inhoudt. De vertaling van de informatie die van de werkvloer komt vindt plaats door middel van steeds verdergaande abstracties van de directe patiëntenzorg. De verhalen veranderen door de vertaling. Verhalen en verslagen worden steeds beknopter en soms ook wat anders geïnterpreteerd doorgegeven naar de volgende laag (naar ‘boven’). De lagen worden enerzijds geduid als schakels die informatie doorgeven of vertalen, maar anderzijds ook als filters en soms zelfs als buffers waardoor informatie juist wordt tegengehouden of verdwijnt. Dit verklaart de neiging van de bestuurders om zelf een kijkje te gaan nemen en het verklaart ook de behoefte van de werkvloer aan een bestuurder die zelf komt luisteren en directe informatie opdoet.

Terwijl de informatie van werkvloer naar bestuur steeds verder wordt geabstraheerd, wordt de informatie van bestuur naar werkvloer niet geconcretiseerd. De informatie die vanuit de Raad van Bestuur naar de werkvloer wordt ‘gestuurd’ is meestal in abstracties uitgedrukt, namelijk in statistieken, budgetten en beleidskaders. Bestuurlijke visies worden voornamelijk in financiële termen vertaald. Het idee is dat deze abstracte informatie door de verplaatsing door de lagen steeds concreter gemaakt wordt zodat er uiteindelijk op de werkvloer mee gewerkt kan worden. Echter doordat de tussenlagen zich steeds meer identificeren met het management en steeds minder met de werkvloer, wordt de informatie door deze verplaatsingen niet concreter. De informatie wordt wel verplaatst maar niet ‘vertaald’, en de abstracties leveren bij de medewerkers een gevoel van grote afstand tot de bestuurder en tot het management op.

In alle drie organisaties zien we dat de bestuurders het, naast de door de gelaagtheid geabstraheerde informatie, nodig vinden direct contact te hebben met de werkvloer, om niet alle informatie via de lagen te laten lopen. Yammarino (1994) noemt dit leiderschap dat niet indirect verloopt door 'cascading' maar direct door 'bypass'. Het directe contact tussen zorgbestuurders en werkvloer wordt in de drie organisaties eerder gebruikt om directe informatie over het primaire proces en de ervaringen van de patiënten te vergaren dan om invloed te kunnen uitoefenen. De directe contacten zijn belangrijk voor het vormen, bijstellen en concretiseren van de bestuurlijke visie. Zij geven stof tot nadenken over mogelijke veranderingen en verbeteringen in de organisatie van het primaire zorgproces. De term 'bypass' kent echter de negatieve connotatie van het omzeilen van de verantwoordelijke managers. Dit komt naar voren in de organisatie voor V&V. De bestuurder van deze organisatie betreedt het bestuurlijke domein van de verantwoordelijke manager, en deze laatste reageert hierop met afstand nemen. Te nabij komen, waarbij niet zichtbare maar wel sterk beleefde grenzen, worden overschreden, is bedreigend en schept afstand. Dit fenomeen is ook terug te zien in de negatieve reactie van de medisch specialisten op de witte jas die de ziekenhuisbestuurder aantrekt tijdens het meelopen. Zo kan deze bestuurder denken dat er nabijheid en betrokkenheid is georganiseerd, maar blijft hij met afstand zitten.

Een belangrijk sturingsmechanisme in de gelaagde organisaties is de budgetverdeling. De budgetten van de divisies, locaties en afdelingen worden centraal of hiërarchisch vastgesteld en toegekend. En die budgetten, zo werd duidelijk in de case studies, hebben twee consequenties. De budgetten ontstaan door toedeling vanuit het algehele budget. De verschillende lagen zijn voor de budgettoedeling afhankelijk van elkaar. Zo zorgen budgetten enerzijds voor verbondenheid anderzijds voor hiërarchische of onderlinge strijd om de schaarse middelen. Die strijd zorgt voor afstand tussen de lagen van de organisatie. De verschillende locaties en afdelingen kunnen zich met elkaar verbonden voelen in de strijd tegen de centrale verdelers (meestal het bestuur en/of het managementteam). Een gezamenlijke vijand bindt. Maar vaker zien we een onderlinge strijd ontbranden waarbij tussen de organisatieonderdelen sociale afstand ontstaat die samenwerking in de weg kan staan.

In alle drie organisaties komt naar voren dat het uit één halen van beleid en uitvoering concrete vormen aanneemt op de eerste laag leidinggevend in de organisatie. Daar trekken de teamleiders de kantoren in. Zij nemen plaats achter de computer om de nodige informatie de pijpleiding van de organisatie in te sturen. De teamleiders zijn de eerste vertalers van wat er op de werkvloer gebeurt, maar zij hebben steeds minder eigen ervaringen op die werkvloer. Zij voelen zich in hun functie uit elkaar getrokken doordat zij enerzijds moeten

‘zorgen voor’ en anderzijds moeten ‘zorgen dat’. Om niet aan beide kanten tekort te schieten kiezen zij meestal voor de distantieering van het leidinggeven op afstand. Van intermediairen die beide werelden uit eigen ervaring kennen, worden zij meer en meer tot gezanten van het management naar de werkvloer. Het zit dus anders in elkaar dan op voorhand gedacht is. Het uiteengroeien van de denkkaders ‘zorgen voor’ en ‘zorgen dat’, vindt niet plaats op het niveau van de bestuurders, maar juist op het niveau waar de meeste betrokkenheid met het primaire proces verwacht wordt: op de eerste leidinggevende laag in de organisaties. Op het niveau van de wegtrekkende teamleiders. En dit gebeurt niet in opdracht van het bestuur, integendeel, veel bestuurders vinden dat de teamleiders meer mee zouden moeten werken in het primaire proces dan zij daadwerkelijk doen.

Wat duidelijk wordt in de casuïstiek is dat het onderscheid dat Tronto (1994) in haar model (zie hoofdstuk twee) heeft aangebracht, een nuttig, maar wel theoretisch onderscheid is. Zij verdeelt de verschillende processen waaruit georganiseerde zorg bestaat in vier analytische lagen waaraan posities zijn te koppelen. De bovenste twee lagen van het model zijn gericht op het organiseren van zorg (zorgen dat), de onderste twee op daadwerkelijke zorgen (zorgen voor). In de empirische werkelijkheid zijn ‘zorgen voor’ en ‘zorgen dat’ minder gekoppeld aan posities en organisatorische lagen dan we op grond van het model van Tronto zouden denken. Medisch specialisten praten vaak over de financiële middelen en bedrijfsmatige analyses, terwijl bestuurders zich juist inleven in het patiënten perspectief. Zoals van Heijst (2002) al concludeerde, heeft ‘zorgen dat’ input nodig vanuit het directe zorgproces. ‘Zorgen voor’ en ‘zorgen dat’ zijn elkaars voorwaarde. Alle drie bestuurders zoeken ieder op een eigen manier naar direct contact met het zorgproces; zorgverleners spreken managementtaal en managers uit de tussenlagen zijn bezig met ‘vertaalwerk’. De denkkaders ‘zorgen voor’ en ‘zorgen dat’ zijn in werkelijkheid positioneel niet strikt gescheiden, het zijn geen aparte werelden, maar er vindt op alle niveaus in de organisaties verstrengeling van ‘zorgen voor’ en ‘zorgen dat’ plaats.

8.4 Constructiewerk

In de beschrijving van de typen afstand en uit de analyse van de gelaagdheid van de organisatie komt naar voren dat afstand en betrokkenheid worden gevormd in een voortdurend dynamisch proces. In hoofdstuk drie zijn die ‘processen van distantieering’ theoretisch beschouwd. Het voortdurend spelen met, en een balans zoeken tussen afstand en betrokkenheid is in alle drie organisaties terug te zien. Voor de bestuurders en voor alle medewerkers in de organisaties is de verhouding tot elkaar doorlopend onder constructie.

In de onderzochte organisaties zien we dat de medewerkers van sommige locaties elkaar niet kennen, maar dat zij zodra het nodig is verbindingen construeren en contact met elkaar zoeken. We zien echter ook juist constructie en cultivatie van afstand, zoals wanneer onderscheid wordt aangebracht tussen de verschillende zorgsoorten 'support' en 'service' in de organisatie voor gehandicaptenzorg, of het benadrukte verschil tussen verzorging of verpleging in de organisatie voor V&V.

Uit de case studies komt naar voren dat zorgbestuurders, maar ook zorgmanagers en zorgmedewerkers voortdurend actief zijn in het proces tussen de twee polen: distantie en betrokkenheid. In de algemene opinie wordt de toegenomen afstand zoals gezegd vooral toegeschreven aan de bestuurders. De bestuurder zou teveel afstand hebben of nemen van het zorgproces, waarbij aangenomen wordt dat de bestuurder zich distantieert van het zorgproces. Besturen is echter, zo toont dit onderzoek, een ambigu proces waarbij zorgbestuurders zich enerzijds vrijspelen van directe betrokkenheid bij de verschillende uitvoeringspraktijken en werkvloeren, maar anderzijds proberen op verschillende manieren contact met de werkvloer te maken en te behouden. Zij zoeken vanuit die vrijgespeelde positie alternatieve mogelijkheden tot toenadering en betrokkenheid. Waar bestuurders op allerlei verschillende manieren contact met de werkvloer zoeken, hebben managers uit de tussenlagen hier meer moeite mee. Zij zitten meer gevangen in hun tussenpositie en worden beperkt door hun dubbele loyaliteit. De vrijgespeelde bestuurder is gelegitimeerd om overal te komen en hij heeft meer mogelijkheden om in contact te komen met allerlei soorten werkvloeren dan de managers uit de tussenlagen.

Het proces tussen distantie en betrokkenheid is een wederkerig proces, een spel waarin niet alleen de bestuurders, maar ook managers en medewerkers actief meespelen. Dit is geen onschuldig spel, er zijn verschillende belangen mee gemoeid, één ervan is het veilig stellen van de eigen discretionaire ruimte. In hoofdstuk twee is het probleem geschetst van de discretionaire ruimte, waarbij de uitvoerenden altijd van een afstand aangestuurd worden. Dit vormt een uitdaging voor het bestuur van zorgorganisaties. In de casussen komt vooral in het ziekenhuis en in de organisatie voor gehandicaptenzorg de behoefte aan discretionaire ruimte van de professionals sterk naar voren. De verpleegkundigen en medisch specialisten beschermen hun beroepsdomein tegen bemoeienis van het management, maar ook tegen infiltratie door andere beroepsgroepen of afdelingen. De strijd tussen neonatologie en gynaecologie is hier een voorbeeld van. In de gehandicaptenzorg hebben de medewerkers er last van dat hun leidinggevendenden komen controleren of, erger nog, zich met de uitvoering van hun werk gaan bemoeien. De bestuurder merkte hierover op: *"Ik heb gewerkt*

met deze mensen, we wisten niet wat we moesten doen en vonden het verschrikkelijk irritant als mensen als directeuren vanaf de zijlijn gingen zeggen dat we het anders moesten doen, maar hoe dan?" Uit dit citaat spreekt ergernis over de bemoeienis van een buitenstaander die de wanhoop van de werkvloer, die ook in het citaat weer wordt gegeven, niet ervaart en dus niet werkelijk kent.

Dat medisch specialisten afstand creëren naar hun managers en bestuurder om hun discretionaire ruimte te kunnen veilig stellen was al wel bekend, maar ook managers uit de tussenlagen willen liever niet op de vingers gekeken worden. Wanneer de bestuurder komt meelopen op de werkvloer wordt dat door de zorgverleners met gemengde gevoelens ontvangen. Ook de managers uit de tussenlagen van de organisatie hebben een bepaalde ruimte nodig om hun werk te kunnen doen en concrete beslissingen te nemen. Ook zij ervaren het als storend als anderen deze ruimte beperken of doorkruisen. Zorgbestuurders, maar ook zorgmanagers en zorgmedewerkers zijn voortdurend actief in het proces tussen de twee polen: distantie en betrokkenheid. In de algemene opinie wordt de toegenomen afstand zoals gezegd vooral toegeschreven aan de bestuurders. De bestuurder zou teveel afstand hebben of nemen van het zorgproces, waarbij aangenomen wordt dat de bestuurder zich distantiëert van het zorgproces. Besturen is echter, zo toont dit onderzoek, een ambigu proces waarbij zorgbestuurders zich enerzijds vrijspelen van directe betrokkenheid bij de verschillende uitvoeringspraktijken en werkvloeren, maar anderzijds proberen op verschillende manieren contact met de werkvloer te maken en te behouden. Hier is Simmel's metafoor van bruggen en deuren toepasselijk. Waar bruggen verbinden, maar beide 'oeveren' in dezelfde staat laten, kan de deur, indien geopend, werelden helemaal in elkaar op laten gaan of, bij een gesloten deur, juist volledig scheiden.

De professionele band met de patiënt wordt in de strijd om discretionaire ruimte vaak door de zorgverleners als wapen ingezet. De zorgbestuurders uit het onderzoek reageren hier op door zelf hun band met de patiënt, cliënt of bewoner te versterken waarmee zij zich een legitimiteit trachten te verschaffen om het professionele domein binnen te treden.

Het beeld van de problematische te grote afstand tussen bestuur en werkvloer wordt ook gereproduceerd door de medewerkers en zelfs door managers en bestuurders zelf. Zij gebruiken, of misbruiken, het begrip afstand als uiting van maatschappelijk onbehagen en de schuld aan dit onbehagen wordt meestal toegeschreven aan 'het management'. In de zorgorganisaties wordt afstand echter geconstrueerd en gecultiveerd door *alle* partijen in het veld. Bestuurders worden door medisch specialisten op afstand gehouden, teamleiders houden er niet van dat divisie managers onaangekondigd langskomen, zorgverleners

willen niet al het leed van de patiënten op hun schouders laden en de patiënten tenslotte vragen om eenpersoonskamers.

Overall in de onderzochte zorgorganisaties, groot en klein, op elk niveau speelt de dynamiek van afstand en betrokkenheid. Afstand en betrokkenheid worden door de context, structuren en symbolen, en door de verschillende partijen in alledaagse handelingen sociaal geconstrueerd en voortdurend gereconstrueerd. Het gaat daarbij om het voortdurend scheppen en herscheppen van wij/zij relaties, een continue beweging van in- en uitsluiting. Processen van distantiëring kunnen wanneer zij hun procesmatige karakter verliezen, leiden tot 'kloven' tussen specifieke groepen in de organisatie. 'Een kloof' is een metafoor voor wederzijdse onbereikbaarheid. 'Een kloof' is statisch en kan een natuurlijke oorsprong hebben, gebaseerd op onbekendheid met elkaar, of geconstrueerd zijn en moedwillig in stand worden gehouden. Als de dynamiek in de processen van distantiëring verloren gaat spreken respondenten in dit onderzoek zich vaak uit in statische begrippen zoals: buffers, barricaden, leemlagen en kloven. Besturen van afstand komt er daarom op neer de dynamiek in de processen gaande te houden om verstarring te voorkomen, want niet de afstand is het probleem maar het ontbreken van de dynamiek.

8.5 Niet schaal maar schaarste

Naast de gelaagde structuur en de voortdurende relationele constructies in de organisaties, valt het op dat telkens wanneer afstand wordt genoemd, dit door de respondenten als eerste aan de omvang van de organisatie wordt toegeschreven. Schaalgrootte is de boosdoener. Maar wanneer we beter kijken naar wat de respondenten zeggen, wordt duidelijk dat het eigenlijk om andere aspecten gaat dan schaal.

Het gaat bijvoorbeeld veel meer om tijd: als beslissingen te veel tijd kosten wordt de organisatie als te groot ervaren. Ook wanneer stafdiensten gecentraliseerd worden en managers daardoor hun directe sturingsmogelijkheid (hun discretionaire ruimte) aangaande personeelszaken, technische dienst en de communicatie kwijtraken wordt dit geweten aan schaalgrootte. Het gaat daarbij echter om het verliezen van het directe contact van even binnen lopen en de directe invloed om zaken zelf (of samen) te kunnen regelen. Ditzelfde fenomeen treedt op wanneer er geen direct contact is tussen medewerkers en managers uit de tussenlagen, de respondenten ervaren dan teveel afstand en wijten dat aan de grootte van de organisatie. Het is het gebrek aan persoonlijk contact dat afstand veroorzaakt, niet de schaalgrootte.

Ook als er meer administratieve druk ontstaat, wijten de respondenten dat vaak aan schaalgrootte. Bureaucratisering, in de zin van meer administratieve druk, wordt beschouwd als een gevolg van de gegroeide organisatie. Dat is gezien de 'verzelfstandigingsparadox' een begrijpelijke koppeling. Die paradox geeft weer dat op afstand plaatsen en verzelfstandigen gepaard gaat met een toename van controle waardoor de zelfstandigheid juist vermindert (Smullen, e.a., 2001). Vaak is het zo dat bij schaalvergroting meer budgetverantwoordelijkheden gedecentraliseerd worden, zodat niet elke beslissing alle lagen door hoeft. Maar we zien bij decentralisatie tegelijkertijd de hoeveelheid controlesystemen toenemen. Het gebruik van controle op zichzelf schept al afstand, de oplossing is tegelijkertijd het probleem. Een voorbeeld hiervan doet zich voor in de organisatie voor verpleging en verzorging waar de bestuurder twijfelt aan het invoeren van een nieuw accreditatiesysteem omdat deze kwaliteitscontrole niet echt nodig lijkt en het zoveel extra administratieve belasting oplevert. Het onnodig inzetten van uitgebreide controlemechanismen kan volgens deze bestuurder ook juist afstand scheppen, omdat controlemechanismen nodig zijn waar direct toezicht en vertrouwen ontbreken of niet afdoende zijn. De druk van buiten om dit soort systemen in te voeren is echter groot en moeilijk te weerstaan in een tijd van toenemende marktwerking en concurrentie, denk bijvoorbeeld aan de administratieve verantwoording die de organisaties wordt opgelegd door zorgverzekeraars, zorgkantoren en indicatieorganen. In deze organisatie voor verpleging en verzorging wordt de betekenis van het begrip afstand sterk gekoppeld aan de angst om door de verzakelijking en verhoogde administratieve druk minder contact en tijd te hebben voor de bewoners

Schaal is eigenlijk het probleem niet, maar schaarste wel. De verdeling van schaarse aandacht en tijd is het centrale probleem in de gezondheidszorg, zo concludeerde De Swaan al in 1982 en dat is onveranderd (De Swaan, 1982). In de georganiseerde zorg betekent 'zorgen voor' ook het kunnen omgaan met de principes van verdelende rechtvaardigheid. Maar in de casussen blijkt dat de strijd om aandacht en tijd zich niet alleen afspeelt tussen de steeds assertiever om aandacht vragende patiënten en hun familie, maar dat de patiëntenzorg ook steeds meer moet concurreren met de toenemende administratieve taken. Niet door schaal, maar door schaarste ontstaat verantwoordingsdruk. Door de toenemende vraag om verantwoording van besteedde gelden wordt steeds meer vastgelegd in procedures en die procedures moeten worden geregistreerd. Hierdoor woedt de concurrentiestrijd tussen directe en indirecte taken steeds heftiger. Kantoren en vergaderingen hebben een aanzuigende werking.

Zorgverleners, teamleiders en managers ervaren de administratieve verantwoording als voortdurend dilemma en als vervreemdend van hun werkelijke taak om te 'zorgen voor', maar ze hebben nauwelijks verweer. Hun baan hangt van hun verantwoording af, en hun gedrag wordt voor een groot deel door het systeem waarin zij socialiseren gevormd. Daarbij, of misschien wel daardoor, dragen zorgverleners zelf ook bij aan de toename van systemen van verantwoording. Professionalisering van de verschillende zorgberoepen betekent ook verantwoording af kunnen leggen en laten zien dat er conform de 'state of the art' is gewerkt. Professionals hechten zelf ook veel waarde aan protocollen en kwaliteitssystemen en willen deze vaak uit eigen beweging invoeren. Verantwoordingsdruk en professionalisering vermengen zich. Toename van vervreemdende administratieve procedures heeft daarmee met 'verantwoordingsgedrag' te maken dat niet alleen voortkomt uit de afstand tussen bestuur en werkvloer, maar ook door de medewerkers zelf wordt aangedreven.

8.6 Sturen met afstand

In de voorgaande paragrafen is beschreven welke betekenis afstand in de drie onderzochte organisaties heeft en hoe het zich vormt. De tweede empirische vraag in dit onderzoek is gericht op hoe er in de organisaties met afstand wordt omgegaan. 'Sturen op afstand' betekent dat degene die stuurt ervoor zorgt dat dingen op afstand gebeuren op een andere plaats of een ander tijdstip, in ieder geval daar de betreffende bestuurder zelf niet is. Maar dat wat er op afstand gebeurt moet wel plaatsvinden op basis van de gedachten en ideeën die degene die stuurt heeft. Daardoor zien we bij sturen op afstand vaak meer aandacht uitgaan naar het verbinden dan naar het loskoppelen, en ontstaan er allerlei controlemechanismen (Grit, 2000; Smullen e.a., 2001; Van Thiel, 2003). Dat wat daar en straks plaats vindt moet een verbinding houden met hier en nu. Ruimtelijke en temporele afstand worden overbrugd door het ontwikkelen van mentale betrokkenheid. Uit dit onderzoek komt naar voren dat ruimtelijke afstand niet het probleem is, maar dat de uitdaging in het besturen van zorgorganisaties ligt in het omgaan met de mentale en sociale afstand tussen managers en medewerkers, en tussen de verschillende 'werkvloeren'. Besturen van zorgorganisaties is op grond van dit onderzoek niet te typeren als sturen *op* afstand, maar als sturen *met* afstand. In de onderzochte organisaties zijn vier verschillende methoden aangetroffen om te 'sturen met afstand'.

8.6.1 Besturen door middel van extensies

De eerste methode 'besturen door middel van extensies' is gericht op het eerst stabiel en betrouwbaar maken van mensen en gegevens (Latour, 1988; zie

hoofdstuk drie), waardoor zij vervolgens uitgezonden kunnen worden. Concreet betekent dit dat mensen worden opgeleid en gesocialiseerd voordat zij er als gezanten op uitgestuurd kunnen worden. Werkwijzen worden in protocollen vastgelegd zodat deze naar andere locaties kunnen worden gestuurd om daar te worden ingezet en toegepast. Door deze stabilisering ontstaat er vertrouwen dat de gezanten doen waartoe zij zijn opgeleid en dat de protocollen onveranderd worden toegepast. Als het vertrouwen in dat wat er op afstand gebeurt niet voldoende is worden er specifieke extensies ingezet: controlemiddelen. Controle kan op verschillende manieren vorm krijgen: door zelf te gaan controleren, door te laten controleren of door het opstellen van standaarden en het meten van resultaten. In abstracties vertaald kan de informatie over het werk op de werkvloer aan de bestuurder worden aangeleverd via de management-informatiesystemen zonder dat de bestuurder zich zelf hoeft te verdiepen in de 'rommelige' praktijken van diezelfde werkvloer (Mintzberg, 1994). Controle schept enerzijds afstand vanwege de inbreuk op de autonomie en doordat de complexiteit van zorg meetbaar gemaakt wordt door middel van (vaak simplificerende) abstracties. Anderzijds zorgt controle voor verbinding omdat er met het controleren aandacht gegeven wordt aan het verrichte werk (maar niet aan de personen).

Zo zijn in het ziekenhuis de buitenpoli's en de electieve kliniek tot satellieten geworden die sterk verbonden zijn aan de hoofdlocatie. Die verbondenheid ontstaat doordat managers en medewerkers structureel naar deze locaties gestuurd worden. De organisatiestructuur van het ziekenhuis is niet gebaseerd op de verschillende locaties, waarbij eilandvorming zou kunnen ontstaan, maar ligt daar als een netwerkstructuur overheen. Dit houdt in dat managers en medewerkers niet alleen op één locatie gestationeerd zijn, maar dat zij tussen verschillende locaties reizen.

In de ruimtelijk verspreide organisatie voor gehandicaptenzorg reizen de divisie-managers als menselijke extensies, als gezanten van het management door de organisatie. Hun benaderbaarheid en zichtbaarheid werken, zoals Simmel al stelde, bindend. De divisie Ingang vormt in deze organisatie ook een belangrijke extensie, de medewerkers van 'Ingang' leiden de cliënten toe in de organisatie en kennen daarom de mogelijkheden van de organisatie tot in details om het juiste zorgaanbod op de individuele cliënt af te kunnen stemmen. Zij reizen de organisatie door en ontmoeten de medewerkers en managers van de verschillende, soms verafgelegen, locaties en afdelingen. Hun informatie over de onderdelen van de organisatie voedt (in controlerende zin) het management. Problemen in de organisatie worden vaak door deze divisie gesignaleerd. De divisie werkt als de voelsprietten van bestuur en directie.

De verschillende locaties in de organisatie voor verpleging en verzorging hebben verbinding met elkaar via de locatiemanagers die als gezanten vanuit het

centrale besturingspunt fungeren op de locaties en in het managementteam weer bij elkaar komen om af te stemmen.

Door extensies is er met ruimtelijke, temporele en ook sociale afstand om te gaan, maar mentale afstand wordt niet met extensies overbrugd. Mentale kaders van de gezanten zijn stabiel gemaakt, wat hier is bedacht moet elders worden gedaan. Extensies brengen dat over.

8.6.2 Besturen door middel van verbindingen

De tweede onderscheiden besturingsmethode is het besturen door middel van verbindingen. Bemiddelaars in de vorm van personen die de van elkaar verschillende 'werelden' kennen, scheppen verbindingen tussen deze afgescheiden werelden. Simmel heeft deze manier van verbinden vergeleken met het bouwen van een brug. De twee zijden van de rivier die overbrugd wordt blijven gescheiden en behouden hun eigenheid. De brug vormt als intermediair een derde nieuwe, verbindende entiteit. Bemiddelaars werken vaak door gebruik van vertalingen. Die vertalingen kunnen een talige of narratieve vorm hebben maar ook kunnen woorden vertaald worden in handelen zoals de concrete invulling van de visie. Verhalen behouden, meer dan abstracties, de rommeligheid en complexiteit van zorg en geven ruimte aan persoonlijke belevingen. De bestuurder van het ziekenhuis bijvoorbeeld laat besluiten vormen door het te nemen besluit in elke vergadering weer een beetje om te vormen en in de nieuwe versie voor te leggen aan de volgende vergadering. Hij gebruikt de verhalen die hij hoort tijdens het meelopen en in de bijeenkomsten over kwaliteitsverbetering om de managers te bevragen. In de onderzochte organisaties bieden de kwaliteitsprojecten en (tevredenheids) onderzoeken de mogelijkheid te reflecteren op alledaagse dilemma's en concrete problemen. Hier worden beleid en visie verbonden met concrete praktijken. In de organisatie voor verpleging en verzorging wordt bijvoorbeeld, op basis van het cliëntenonderzoek, nagedacht over het hoe het fenomeen van de verzorgende die een praatje maakt met 'de hand op de deurklink' waardoor zij een onnodig gehaaste indruk maakt, te vermijden is. In het ziekenhuis wordt op basis van een onderzoek naar de harde sterftecijfers in de verhalen achter de cijfers ontdekt dat stervenden in hun laatste dagen vooral last hebben van het leven in het ziekenhuis, als de theekopjes te zwaar voor hen zijn geworden en de noodzakelijke ondersteunen zo koud zijn aan hun billen. In de organisatie voor gehandicaptenzorg wordt steeds meer aandacht besteed aan en geleerd van de morele en maatschappelijke dilemma's en de organisatorische beperkingen die de medewerkers tegenkomen wanneer zij cliënten ondersteunen in hun leefsituatie. In deze voorbeelden worden ervaringen van de werkvloer niet omgevormd tot kille abstracties, maar tot

gedeelde narratieve interpretaties op grond waarvan zorgverleners hun werk inhoudelijk zouden kunnen bijstellen. De bestuurder kan aan de hand van deze verhalen de wereld van de zorgvloer vertalen naar de werelden van toezicht en politiek. In de organisatie voor gehandicaptenzorg stellen de divisie-managers en teamleiders zich vaak op als vertalers of bemiddelaars tussen de verschillende lagen in de organisatie, maar medewerkers ervaren deze functies juist doordat zij de complexiteit van zorg in hun bedrijfsmatige vertaling tekort doen, soms meer als obstakel dan als schakel. De activiteitenkaarten die in deze organisatie gebruikt worden, zijn een hulpmiddel om werkzaamheden door de lagen heen te vertalen. Deze kaarten worden echter eerder cijfermatig dan narratief ingevuld, waardoor zij een nogal technocratische manier van vertalen en verbinden vormen. De verwerking van de activiteitenkaarten leidt tot interne budgettering. Ondanks de technocratische en financiële aard vormen activiteitenkaarten en budgetten in de organisatie een netwerk van onderlinge afhankelijkheid ofwel een netwerk van verbindingen.

In het ziekenhuis tracht de bestuurder ten eerste als buitenstaander met het primaire proces in contact te komen door zich met het perspectief van de patiënt te verbinden, hij intermedieert als buitenstaander tussen primaire processen en patiënten. Ten tweede uit hij zijn trots in de media over het werk dat in het ziekenhuis verricht wordt, vooral in de kwaliteitsprojecten. De bestuurder is een intermediair tussen buiten & binnen en draagt zo bij aan een gezamenlijke identiteit waaraan de medewerkers van het ziekenhuis zich wel willen verbinden (zie ook Kaufman, 1960). De medisch managers in dit ziekenhuis zijn bemiddelaars tussen beleid en werkvloer doordat zij zowel in het management werken als stevig verankerd zijn (en willen blijven) in het primaire proces. De manager kwaliteit is een belangrijke intermediair tussen de medisch specialisten en het management, tussen de RvB en de primaire processen. De budgetten, vertalingen van zorg in geld, die enerzijds management en zorgverlening met elkaar verbinden, leveren hier ook juist fragmentatie op omdat er strijd ontstaat tussen de divisies en afdelingen die hun bronnen bevechten en zich van elkaar gaan afschermen.

In de organisatie voor verpleging en verzorging zijn de managers de bemiddelaars tussen de lagen van de organisatie. Zij maken vertalingen van beleid naar uitvoering. De bestuurders en locatiemanagers staan direct in contact met het primaire proces, zij sturen maar 'enigszins' op afstand. Hun kantoor bevindt zich op de locatie, zij lopen er veel rond, zijn bij vele kleine beslissingen betrokken en kennen de meeste medewerkers en bewoners. Het primaire proces is daardoor zo concreet aanwezig in de praktijk van de bestuurder en managers dat er van uitvoering naar beleid en terug, geen vertaling nodig is. De toebedeelde budgetten werken in deze organisatie vooral verbindend, er wordt tussen de interne partijen, locaties en afdelingen niet om de budgetten

gestreden. De manager transmurale, medische en psychosociale zorg vormt in deze organisatie een belangrijke intermediair tussen het primaire proces en het beleid; deze manager houdt vanuit het managementteam contact met alle locaties, met de artsen en de paramedici maar ook met de externe partijen. Zij intermedieert tussen deze interne en externe partijen en zij vertaalt beleid weer in concrete projecten.

De methodiek van verbinden grijpt vooral in op het overbruggen van mentale afstand. Verschillende mentale kaders worden bijeengebracht door vertalers die als zij beide 'werelden' goed kennen een derde entiteit kunnen vormen waar beide partijen zich in kunnen vinden en aan kunnen binden.

8.6.3 Besturen door middel van ontmoetingsplaatsen

De derde besturingsmethode die in de onderzochte organisaties gebruikt wordt is gericht op het scheppen van ruimte voor ontmoeting: besturen door middel van ontmoetingsplaatsen. Die ontmoeting kan reëel en tastbaar zijn zoals een vergadering, of van symbolische aard zoals een gedeelde visie of een nieuwe 'abstracte' naam die kan fungeren als vrijplaats voor verschillende betekenissen.

Het bestuurscentrum in de organisatie voor gehandicaptenzorg werkt als praktische ontmoetingsplaats. Hier vinden scholingsactiviteiten plaats waar mensen uit de hele organisatie elkaar leren kennen. De scholingsactiviteiten in het bestuurscentrum draaien vaak om het aanleren van werkwijzen die een uitwerking zijn van de visie op zorgverlening. De in deze organisatie geëxpliciteerde visie op het ondersteunen van cliënten kan ook gezien worden als een 'mentale ontmoetingsplaats'. Maar waar de centraal vastgestelde visie enerzijds verbindt, stoot zij anderzijds ook af doordat dit mentale kader te weinig vertaald is naar of gebaseerd is op de ervaringen in het primaire proces. De visie wordt in de organisatie gedeeld, maar ook bekritiseerd waardoor juist een verwijdering ontstaat tussen voor- en tegenstanders. De ontmoetingen in deze organisatie verlopen grotendeels volgens de gelaagde structuur van de organisatie. Doordat de cliënten ook in de organisatie werken ontmoeten medewerkers en cliënt-medewerkers elkaar tijdens het werk en in de kantine. In de bijeenkomsten van de cliëntenraden ontmoeten bestuur, directie en de cliënten elkaar. De bestuurder heeft zijn eigen maandelijks ontmoeting met de werkvloer georganiseerd. Sinds het project Regie Over Eigen Leven (ROEL) van de grond is gekomen, vormen de bijeenkomsten in het kader van ROEL belangrijke ontmoetingspunten voor alle kringen om de cliënt heen, voor bestuurder, managers, teamleiders, medewerkers, de cliënt en de familie en vrienden van de cliënt. Het doel van deze bijeenkomsten is, de aandacht te richten op de dilemma's in het primaire proces en de organisatorische beperkingen bij de uitvoering van sup-

port. Hierdoor kan de visie weer meer verbonden worden aan de realiteit van alledag.

In het ziekenhuis wordt door middel van kwaliteitsprojecten zowel een fysieke als mentale ontmoetingsruimte geschapen. De kwaliteitsprojecten doorvlechten de reguliere structuur zodat mensen uit verschillende geledingen elkaar hierbij tegenkomen en leren kennen. Door samen te werken aan verbetering van zorgprocessen scheppen zij een mentale ontmoetingsruimte waarin de visie op de kwaliteit van zorg voor specifieke patiëntengroepen gedeeld kan worden. De kwaliteitsprojecten geven de leden van de Raad van Bestuur de mogelijkheid direct mee te denken over zorgproces, het bestuur ontmoet de uitvoering. Goed verlopen kwaliteitsprojecten met klinkende resultaten leiden weer tot trotse medewerkers die zich met elkaar, met het gedeelde gedachtegoed en praktijken en met de organisatie verbonden voelen.

Aan de grote tafel in de kamer van de bestuurder in de organisatie voor verpleging en verzorging komt het management bijeen en komen zowel financiële problemen als de vragen over de koekjes bij de koffie aan de orde. Hier worden 'zorgen dat' en 'zorgen voor' verhalend met elkaar verbonden. In hun dagelijks werk hebben bestuurders en management niet alleen de verantwoordelijkheid voor de financiën en de toekomst van de organisatie (bouw en samenwerking) maar spreken zij ook over de directe zorg. In deze gefuseerde organisatie speelt de door een speciaal namenbureau bedachte naam van de organisatie een eigen rol. De naam betekent niets, maar biedt alle locaties de mogelijkheid om er hun eigen betekenis aan te hechten. Daardoor krijgt die vage naam functie als ontmoetingsplaats voor verschillende betekenissen en identiteiten.

Het creëren van ontmoetingsplaatsen is van belang bij het omgaan met alle vier typen afstand. Ontmoetingen hebben een zekere toevalligheid of vrijwilligheid in zich. Doordat individuen elkaar leren kennen stellen zij zich iets meer open voor de 'wereld' van de ander.

8.6.4 Besturen door middel van begrenzingen

De vierde besturingsmethode krijgt vorm door juist grenzen aan te brengen tussen beleid en uitvoering, tussen lagen en tussen divisies. Op afstand blijven, vertrouwen en autonomie gunnen zijn de ingrediënten van besturen door middel van begrenzingen.

In de organisatie voor gehandicaptenzorg zijn de verantwoordelijkheden van de verschillende lagen zoveel mogelijk van elkaar gescheiden. De bestuurder is er alert op dat hij deze taakverdeling niet doorkruist als hij tijdens zijn werkbezoek op zaken stuit die anders zouden moeten lopen. Hij volgt daarin altijd strikt de lijn der verantwoordelijkheid. De verschillende locaties, divisies en

stichtingen hebben hun eigen verantwoordelijkheid en dus ook hun eigen vormen van verantwoording. De verscheidenheid van de onderdelen wordt gewaardeerd. In deze organisatie bestaan eenheid (de bestuurlijke stichting; de eenduidige visie) en verscheidenheid (de verschillende soorten ondersteuning) naast elkaar. Aan de andere kant werkt hier het strikte onderscheid dat wordt gemaakt tussen de twee zorgvormen service en support niet goed. Het verdeelt de organisatie in twee kampen.

In het ziekenhuis vinden de medewerkers het beter als de bestuurder en de leidinggevendenden niet van alle details van hun werk op de hoogte zijn. Zij hebben behoefte aan discretionaire ruimte en aan vertrouwen in hun kundigheid en inzicht. De bestuurder moet een buitenstaander blijven en vooral geen witte jas aantrekken. Die afstand wordt vooral door de medisch specialisten gecultiveerd om hun autonomie veilig te stellen. De aandacht voor de kwaliteit van zorg die vormgegeven wordt in de kwaliteitsprojecten kadert de handelingsruimte van de professionals echter ook weer in. In het ziekenhuis worden beroeps- en kennisdomeinen begrensd. Multidisciplinaire samenwerking kan hier alleen goed verlopen als de grenzen scherp zijn. Maar als het nodig is moeten grenzen ook kunnen worden overschreden. Grensconstructies zijn hier aan de orde van de dag omdat ziektebeelden zich natuurlijk niet aan de domeingrenzen van specialisaties houden. Ook de managers in het ziekenhuis hebben behoefte aan helderheid over hun taakstelling, verantwoordelijkheid en handelingsruimte. Dat komt ook naar voren in de organisatie voor verpleging en verzorging. Door dat de bestuurders in de organisatie voor verpleging en verzorging 'enigszins' op afstand besturen en de taakomschrijvingen niet helder zijn, overschrijden de bestuurders hier soms de impliciete grenzen ten opzichte van de locatie-managers. Als reactie daarop, construeren de locatiemanagers afstand naar de bestuurders door hun autonomie te benadrukken. Aan de andere kant zijn de grenzen tussen de locaties in deze organisatie scherp.

Grenzen zijn mentale en sociale kaders die in de organisaties soms ook ruimtelijk (locaties, apart bestuursgebouw) of temporeel (vroeger en nu) vorm krijgen. Zij scheppen de mogelijkheid tegelijkertijd dichtbij en veraf te zijn. Grenzen beschermen en scheppen ruimte om te werken, maar sluiten ook buiten en schermen af. Zij moeten gerespecteerd worden, maar ook permeabel blijven om samenwerken mogelijk te maken.

De besturingsmethoden leveren aanknopingspunten om genuanceerder en meer op de situatie toegepast over 'sturen met afstand' na te kunnen denken. De drie onderzochte organisaties geven overeenkomsten, maar ook verschillen te zien. In de zo verspreide organisatie voor gehandicaptenzorg wordt afstand vooral bestuurd door het inzetten van reële en mentale ontmoetingsplaatsen, in

het ziekenhuis zijn de grensconflicten tussen de verschillende werelden ‘a way of life’ waartoe intermediairs worden gezocht om te vertalen en te verbinden. Daarbij wordt er in het ziekenhuis gewerkt met extensies om ruimtelijk verder weggelegen locaties te betrekken. De organisatie voor verpleging en verzorging schenkt veel aandacht aan de verbindingen, maar houdt tegelijkertijd de grenzen tussen de verschillende locaties in stand. Vanuit de verschillende typen afstand kan gesteld worden dat bij ruimtelijke afstand meestal gebruik wordt gemaakt van extensies en ontmoetingsplaatsen, terwijl bij mentale- en sociale afstand eerder gewerkt wordt met verbinden en begrenzen.

8.7 Zorgbestuurder: verbindende buitenstaander

Dit onderzoek geeft inzicht in het dagelijkse werk van zorgbestuurders, in wat het besturen van zulke specifieke en complexe organisaties als zorgorganisaties inhoudt en hoe zorgbestuurders voldoen aan de eisen en verwachtingen die aan hen worden gesteld. Sturen met afstand is een typisch geval van ‘tacit knowledge’ (Polanyi, 1966): de bestuurders kunnen niet vertellen hoe zij dat doen. Dit onderzoek was gericht op het onder woorden brengen van dat wat bestuurders doen als zij sturen met afstand. Na de beschrijving van de betekenis van afstand en hoe er met afstand wordt omgegaan in de drie zorgorganisaties, gaat het in deze paragraaf om degenen die sturen met afstand: de drie zorgbestuurders die in dit onderzoek zijn gevolgd. Zij proberen ieder op een eigen manier contact te maken en te behouden met de werkvloer. Toch is het zo dat zij in hun dagelijks werk het meeste contact hebben met de directeuren, divisie managers en andere bestuurders. Maar juist in dat contact wordt er van hen verwacht dat zij ook afstand houden van het management en de discretionaire ruimte van de directeuren, cluster- en locatiemanagers respecteren. Toenadering door de bestuurder wordt door deze managers vaak ervaren als bemoeienis, waarop de managers zelf reageren met het construeren van afstand. Het gebruik van het patiëntenperspectief legitimeert de zorgbestuurders de discretionaire ruimte van de zorgverleners dichterbij te naderen. Maar wanneer zij de discretionaire ruimte van de andere managers en ook van de zorgprofessionals binnentreden wordt er van de bestuurders verwacht dat zij zich opstellen als buitenstaander. Belangstellend, bekend en geïnformeerd, maar niet van de details op de hoogte. Het helpt de bestuurder niet bij een van de partijen in de organisatie aan te sluiten, het wekt wrevel als de bestuurder dat wel probeert, zo zagen we in het ziekenhuis waar het aantrekken van de witte jas niet werd gewaardeerd.

Zorgbestuurders worden door de medewerkers gezien en gekend, maar wederkerigheid is ook in deze relatie belangrijk. Besturen is iets dat de bestuurder niet alleen doet, besturen krijgt vorm in een relatie en die relatie bestaat door

reciprociteit, zo schrijft Mary Parker Follett (Fox en Urwick, 1973). De respondenten stellen er prijs op door hun bestuurder gezien en gekend te worden, dat de bestuurder laat merken de medewerkers te willen leren kennen en, nog belangrijker: hen te *herkennen*. Het gedrag van de bestuurder is zichtbaarder dan dat van de medewerkers en wordt door hen geregistreerd. Daarbij gaat het soms om hele gewone, maar daarom niet minder relevante dingen zoals elkaar groeten, of samen eten. Het gedrag van de bestuurder heeft als positief of negatief voorbeeld invloed op hun gedrag. Een bestuurder die geld over de balk gooit kan zijn medewerkers niet bewegen tot zuinigheid, een zorgbestuurder die geen aandacht en waardering heeft voor het primaire proces legitimeert daarmee distantiëring tussen zorgverlener en patiënt. Zo werkt het zorgzame gedrag dat de bestuurder in de instelling voor verpleging en verzorging laat zien als voorbeeld van gedrag dat gewenst is en gewaardeerd wordt in deze organisatie. Goed voorbeeld doet goed zorgen. De bestuurder kan als exponent van de organisatiecultuur indirect, maar ook direct invloed uitoefenen op de manier waarop er wordt gewerkt in de organisatie.

Zorgbestuurders zoeken naast cijfermatige abstracties naar verhalen van de werkvloer om hun beleid te kunnen legitimeren. Kwaliteitsprojecten in het ziekenhuis, projecten zoals ROEL in de gehandicaptenzorg of belevingsgerichte zorg in de organisatie voor verpleging en verzorging, scheppen een band tussen bestuurder en primair proces, daarmee legitimeren de bestuurders hun bemoeienis met 'zorgen voor'. De zorgbestuurders zoeken naast de indirecte weg waarbij informatie over het zorgproces door de lagen van de organisatie tot hen komt, ook een meer directe weg waarmee zij een eigen verbinding met 'zorgen voor' creëren. De bestuurders komen niet op een natuurlijke manier met de werkvloer in aanraking, zij leggen daarom contact met het primaire proces door medewerkers en patiënten actief te benaderen, te bezoeken en te laten onderzoeken. In die toenadering tot de werkvloer zorgen zij ervoor ook hier weer niet té betrokken te raken.

Aandacht voor de werkvloer gaat ten eerste om aandacht voor de medewerkers; ten tweede om aandacht voor de patiënten, cliënten of bewoners en ten derde om aandacht voor de werkprocessen. Ofwel voor personeel, patiënt en proces. Het lukt de bestuurders niet altijd hun aandacht evenredig te verdelen. We zien de bestuurder van de organisatie voor gehandicaptenzorg vooral contact leggen met de patiënt, hem wordt verweten te weinig aandacht te besteden aan de werkprocessen en de dilemma's van de medewerkers. In de nieuwe (ROEL) projecten lijkt deze kritiek te zijn opgepakt en verwerkt. De ziekenhuisbestuurder richt door middel van de kwaliteitsprojecten zijn aandacht op het primaire proces, hij identificeert zich met de patiënt (die overigens volstrekt abstract

blijft) en besteedt aandacht aan het leggen van contact met de medewerkers. In het ziekenhuis klagen niet de medewerkers, maar juist de managers soms over teveel afstand tot de bestuurder. Nabijheid schept hier afstand. De bestuurder van de organisatie voor verpleging en verzorging kent de werkprocessen in zijn organisatie uit zijn vroegere eigen ervaring, hij spreekt de cliëntenraad eens in de maand, maar zet vooral in op het feestelijke contact met en het tonen van warme aandacht voor het personeel. Alle drie bestuurders hebben een belangrijke taak in het vloeiend houden van processen van distantiëring en in het leggen van verbindingen tussen de verschillende werelden. De positie van zorgbestuurders is zowel betrokken als op afstand en het is hun taak de organisatie zowel stabiel als in beweging te houden. Jongleren met tegenstrijdigheden, paradoxen en dichotomieën om ze toe te snijden op de organisatie, daaruit bestaat hun werk. Maar de bestuurder moeten ervoor waken niet ingelijfd te raken bij een bepaalde partij zoals de medisch specialisten, de cliënten of bij één van de locaties. Juist door hun vrije positie, boven, of in ieder geval los van de partijen, kunnen zij bemiddelen.

Zorgbestuurders maken als geïnteresseerde buitenstaanders ('vreemdelingen' in de terminologie van Simmel) contact met verschillende werelden die zich in de zorg voordoen. Als ware 'hybriden' (Noordegraaf en Meurs, 2002) zorgen zij ervoor dat zij niet teveel verbonden te raken met een of enkele van deze werelden, opdat zij juist overal het spel van distantie en toenadering subtiel kunnen spelen. De zorgbestuurders zijn nabij en veraf, betrokken en gedistantieerd tegelijkertijd. De buitenstaander komt vanuit een andere wereld terecht in een nieuwe wereld die hij leert kennen, maar waar hij nooit helemaal thuis zal zijn, maar dat 'buitenstaander zijn' is juist ook de kracht van de bestuurder. De zorgbestuurder kan door zijn bekendheid én onbekendheid een *verbindende buitenstaander* zijn. Juist onbekendheid geeft bestuurders de mogelijkheid kritische vragen te stellen over zaken die in organisaties of op afdelingen stilzwijgend worden aangenomen. Kritische vragen over bijvoorbeeld eenpersoonskamers voor ziekenhuispatiënten of aparte toiletten voor cliënten in de dagopvang. Doordat losgespeelde bestuurders door hun organisatie reizen, kunnen zij vertellen wat er elders in de organisatie en buiten de organisatie gebeurt en middels die verhalen de verschillende werelden voor elkaar openen.

Als buitenstaander heeft de bestuurder de vrijheid om te verbinden. De buitenstaander zegt niet hoe het moet, maar stelt vragen en vertelt verhalen. Net als de vreemdeling heeft de buitenstaander een paradoxale maar krachtige positie, hij is zowel dichtbij als veraf. Juist in die dynamiek kan betrokkenheid ontstaan.

De drie zorgbestuurders in dit onderzoek geven aan de ‘dubbele opdracht’ van op afstand blijven en betrokken zijn vorm. Zij zijn zich tegelijkertijd aan het lossen van en aan het verbinden met de organisatie. Juist als zij los geraakt zijn kunnen zij weer invloed uitoefenen en betrokken raken.

Tegelijkertijd wel en niet gebonden zijn, dat is de rol die de bestuurder in de organisatie speelt.

8.8 Slotconclusie

Het doel van dit onderzoek was de kennis over het werk van zorgbestuurders te vergroten en om van binnen uit, tegen stereotyperingen in, een beeld te geven van de manier waarop afstand het werk en het gedrag van zorgbestuurders, maar ook dat van zorgmanagers en zorgverleners beïnvloedt. Uit het onderzoek in de drie zorgorganisaties blijkt dat managers, en vooral bestuurders, tegen de beeldvorming waarin zij worden neergezet als harde, zakelijke, afstandelijke managers die niets geven om de inhoud van de zorg in werken. Het beeld van ‘de kloof’ tussen bestuurder en medewerkers is een metafoor geworden waar mensen in zijn gaan geloven. Voortdurend duikt zowel in het publieke debat als ook onder de medewerkers in de zorgorganisaties het beeld op dat gebaseerd is op de te simpele dichotomie van de professional die gelegitimeerd is door zijn betrokkenheid bij de patiënt, ten opzichte van de bestuurder die alleen maar gericht zou zijn op de financiële bedrijfsvoering. Een beeld waarmee zorgbestuurders op afstand gezet worden. Uit de observatie van het dagelijkse werk van zorgbestuurder komt een ander, complexer beeld naar voren, waarbij de professional soms meer dan de bestuurder over geld praat en de bestuurder zich juist identificeert met de patiënt. Daarbij wordt de zorgbestuurder ook door de professionals op afstand gehouden. De metafoor van ‘de kloof’ weerspiegelt een maatschappelijk proces van vervreemding dat ten onrechte op de mouw van zorgbestuurders en management gespeld wordt. Het denken in kloven reïficeert kloven.

De waarden van zorgorganisaties zijn sterk verweven met maatschappelijke waarden. Bestuurders worden verantwoordelijk gehouden voor de institutionele waarden van de organisatie (Selznick, 1957). Maar het zijn de zorgverleners die in hun dagelijkse praktijk aan die waarden vorm geven (Lipsky, 1980; Yanow & Schwartz-Shea, 2006). Maatschappelijke waarden komen naar voren in gewone dagelijkse ervaringen, daar doen zij zich als prangende kwesties voor. Vraagstukken als: hoe benaderen en behandelen wij de patiënt, cliënt of bewoner; zorgen we voor eenpersoonkamers en kleinschalige woonvormen; binden we lastige patiënten vast of gebruiken we kalmerende middelen?

Dit zijn knellende vragen voor zowel bestuur als werkvloer. Zij kunnen elkaar juist vinden in het vormgeven van maatschappelijke waarden, wanneer zij op deze vraagstukken uit de dagelijkse praktijk van de zorgvloer gezamenlijk en vanuit verschillende perspectieven reflecteren. De verdeling van schaarse middelen en tijd zijn realistische dilemma's in de collectieve zorg waar door zowel bestuurders als zorgverleners over nagedacht moet worden. Het gaat om politieke keuzes die in de uitvoering vorm krijgen, en patiënten en professionals direct raken. Professionals die vragen om een bestuurder die naar ze luistert, vragen eigenlijk om 'reflection on action' (vrij naar Schön, 1983), een bestuurder die de verhalen over de praktijk van zorgverlening aanhoort en be vraagt, die ervaringskennis waardeert en vanuit een andere positie meedenkt over de dilemma's. Een gezamenlijke reflectie op deze 'gedeelde ervaringen' is nodig om zowel 'gedaan beleid' als 'gedacht beleid' bij te kunnen stellen. Naast cijfermatige en abstracte verantwoordingssystemen zijn verhalen nodig om te kunnen besturen. Ervaringen en dilemma's die zich voordoen tijdens het werk van zorgverleners (en misschien ook wel van managers en bestuurders) zijn vaak zo specifiek en nog bijna ongrijpbaar dat zij alleen in verhalen kunnen worden verteld en worden begrepen. Door middel van narratieve verantwoording kan ervaringskennis worden gedeeld. Zo vervliegt deze belangrijke manier van leren van de praktijk niet. Door gezamenlijk betekenis te geven aan praktijkverhalen kan gezocht worden naar nieuwe oplossingen. Besturen gaat om het kunnen uitleggen, vertalen en interpreteren van deze verhalen.

De organisaties krijgen vorm door de concrete zorgverlening, door specialisatie en differentiatie, maar ook door groei, fusies en nieuwe structuren. Schaalgrootte, verspreidheid en organisatiestructuren, maar ook schaarste, budgetten, domeinen en taal beïnvloeden de manier waarop afstand in zorgorganisaties wordt gevormd en wordt ervaren. Ook materiele zaken spelen een symbolische rol in deze processen van distantiëring: gebouwen, vloerbedekking en meubels, en nog concreter: de witte jas, de sportauto op de parkeerplaats, de kamer van de bestuurder op de hoogste verdieping of juist in de drukst belopen gang.

Afstand wordt soms gecultiveerd en betrokkenheid wordt georganiseerd door zowel bestuurders als managers en medewerkers. Zij kunnen afstand nemen of elkaar naderen, maar worden tegelijkertijd beïnvloed door bijvoorbeeld de gelaagde of gefragmenteerde de structuur van de organisatie.

Schaalgrootte van de organisaties is niet van directe invloed op het ervaren van afstand in de organisatie. Dit komt omdat voor het overbruggen van ruimtelijke afstand in de organisaties afdoende methoden zijn ontwikkeld, maar ook omdat samenwerking en contact tussen ver weg gelegen locaties niet altijd nodig is. Ruimtelijke afstand leidt soms juist tot betrokkenheid vanwege alle activiteiten die ontplooid worden om betrokkenheid te bewerkstelligen. Men-

tale en sociale afstand in zorgorganisaties ontstaat juist vaak in nabijheid doordat professionals zich op grond van uiteenlopende professionele inzichten of om financiële redenen afscheiden van de vaak verwante groepen. Juist in nabijheid ontstaan grensgevechten en juist die leveren afstand op. Daar waar processen van distantiëring hun dynamiek verloren hebben, wordt afstand ervaren en wordt er gesproken over barricades, buffers en leemlagen. Vier methoden om met afstand te sturen zijn uit de theoretische en empirische analyse in dit onderzoek naar voren gekomen en kunnen iets meer grip op de ingewikkelde besturingsopdracht geven. Een besturingsopdracht waar de bestuurder niet alleen voor staat. De rol van de verschillende managementlagen bij sturen met afstand is in dit onderzoek belicht, maar heeft zeker nader onderzoek. Een belangrijke conclusie is dat vooral de eerste laag leidinggevend een specifieke rol speelt in het verbonden houden van 'zorgen voor' en 'zorgen dat'.

Het spel van afstand en betrokkenheid wordt door iedereen overal in de organisatie gespeeld waardoor afstand en betrokkenheid in organisaties naast elkaar bestaan en in een relationeel proces gevormd en steeds weer vervormd worden. Sturen met afstand betekent aandacht voor processen van distantiëring waarbij bestuurders een belangrijke taak vervullen in het in beweging houden van deze processen. Op grond van dit onderzoek is te concluderen dat afstand ook ruimte biedt en evenzeer als de adem van de organisatie gezien kan worden dan als een besturingsprobleem.

Zorgbestuurders zijn tegelijkertijd wel en niet losgeraakt van het primaire proces. Dit is een spel met afstand en betrokkenheid, dat bewust gespeeld wordt. Zorgbestuurders raken niet los, zij spelen zich juist los en kunnen daardoor betrokken blijven. Zij lossen de dubbele opdracht op als verbindende buitenstaanders. Hoe beter zorgbestuurders in staat zijn de rol van de verbindende buitenstaander te spelen, hoe beter zij kunnen omgaan met de dubbele opdracht van het besturen met afstand én betrokkenheid.

Literatuur

A

- Abbot A., *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, 1988, University of Chicago Press, Chicago.
- Alvesson M., *Knowledge Work and Knowledge - Intensive Firms*, 2004, Oxford University Press
- Alvesson, M., Sköldböck K., *Reflexive Methodology*, 2000, Sage, London/Thousand Oaks/New Delhi
- Alvesson M., Sveningsson S., The great disappearing act: difficulties in doing "leadership", *Leadership Quarterly*, 14, 2003:359 - 381
- Alvesson M., Sveningsson S., Good visions, bad micro-management and Ugly Ambiguity: contradictions of Leadership in a Knowledge-Intensive organization, *Organization studies*, July 2003, 24: 961-988
- Alvesson, M., Willmott H., *Studying Management Critically*, 2003, Sage, London/ Thousand Oaks/ New Delhi
- Amin A., Cohendet P., *Architectures of Knowledge. Firms, Capabilities and Communities*, 2004, Oxford University Press, Oxford
- Anthonissen A., Boessenkool J., *Betekenenissen van besturen. Variaties in bestuurlijk handelen in amateursportorganisaties*, ISOR, Utrecht, 1998
- Antonakis J., Atwater L., Leader distance: a review and a proposed theory, *Leadership Quarterly* 13, 2002: 673 - 704
- Antonakis J. Cianciolo A.T., Sternberg R.J., (ed) *The Nature of Leadership*, 2004, Sage publications, California
- Arendt H., *Vita Activa*, 1958, vertaling 1994, Boom, Amsterdam

B

- Baarda D.B., de Goede M.P.M., Teunissen J., *Basisboek kwalitatief onderzoek*, 1998, Stenfert Kroese, Houten
- Baart A., *Een theorie van de presentie*, derde druk, 2004, Lemma, Utrecht
- Baart A., *Paul Cremers lezing 2004*, Klein pleidooi tegen grote distantie in de zorg.
- Bal R., De Bont, A., Taakherschikking en ICT in de zorg. In J. de Mul en L. van der Laan (Eds.), *Kennis in netwerken: Jaarboek ICT en samenleving 2005*:113 - 126, Lemma, Utrecht
- Barth F., *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Cultural Difference*, 1969, George Allen & Unwin, London
- Baumann Z., *Globalization: the Human Consequences*, 1998, Polity Press, Cambridge
- Baumann Z., *Liquid Modernity*, 2000, Polity Press, Cambridge
- Beck U., Giddens A., Lash S., *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and aesthetics in de Modern Social Order*, 1994, Polity Press, Cambridge
- Beraadsgroep Community Care, *Leven in de lokale samenleving: Advies over Community Care voor mensen met een (verstandelijke) beperking*, 1998, Utrecht

- Berendsen, L. *Bureaucratische drama's. Publieke managers in verhouding tot verzekeringsartsen*, 2007, Proefschrift, Universiteit van Tilburg
- Bevan G., Hood C., What's measured is what matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System, *Public Administration*, Vol. 84, No.3, 2006: 517 - 538
- Bevir M., Rhodes R.A.W., *Interpreting British Governance*, 2003, Routledge, London, New York
- Blanc H., Sierra C., The internationalisation of R&D by multinationals: a trade - off between external and internal proximity, *Cambridge Journal of Economics*, 23, 1999:187 - 206
- Bogardus E.S., Measuring Social Distances, *Journal of Applied Sociology*, January - February, 1925: 215 - 225.
- Bogardus E. S., Leadership and Social Distance, *Sociology and social research*, 1927: 173 - 178
- Bogardus E. S., Occupational Distance, *Sociology and Social research*, 1928: 73 - 81
- Boin R.A., Torre, E.J. vd., 't Hart P., *Blauwe bazen. Het leiderschap van korpschefs*, 2003, Politie en Wetenschap, Apeldoorn
- Boomkens R., *De nieuwe wanorde. Globalisering en het einde van de maakbare samenleving*, 2006, Van Gennep, Amsterdam
- Bourdieu, P., *Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip*. Gekozen door Dick Pels, 1989, Van Gennep, Amsterdam
- Bourdieu, P., *The logic of practice*, 1990, Polity Press, Cambridge
- Bourdieu, P., *Practical Reason*, 1998, Polity Press, Cambridge
- Bovens M.A.P., *Verantwoordelijkheid en organisatie. Beschouwingen over aansprakelijkheid, institutioneel burgerschap en ambtelijke ongehoorzaamheid*, 1990, Tjeenk Willink, Zwolle
- Bowker, G., Star S.L., *How things (actor-net)work: Classification, magic and the ubiquity of standards*, *Philosophia*, Vol. 25, Nos. 3 - 4, 1996: 195 - 220.
- Braam S., 'Ik heb Alzheimer'. *Het verhaal van mijn vader*, 2005, Nijgh & van Ditmar, Amsterdam
- Brink G. van den, Jansen T., Pessers D. (red), *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*, 2005, Boom, Amsterdam
- Brouwer J.J., Moerman P., *Angelsaksen versus Rijnlanders. Zoektocht naar overeenkomsten en verschillen in Europees en Amerikaans denken*, 2005, Garant, Antwerpen/Apeldoorn
- Bruin J.A. de, *Managing Performance in the Public Sector*, 2003, Routledge, Oxford

C

- Callon M., Law J. Rip A.(ed), *Mapping the Dynamics of Science and Technology. Sociology of Science in the Real World*, 1986, The Macmillan Press LTD, London
- Cassee E. Th., Lammers, C.J., *Mensen in het ziekenhuis*, 1973, Tjeenk Willink, Groningen
- Castells M., *The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture*, Vol. I., 1996, Blackwell, Cambridge/Oxford
- CBS, *Gezondheid en zorg in cijfers*, 2005, OBT B.V., Den Haag
- Collinson D., Questions of Leadership, *Leadership*, Vol. 1(2) 2005:235 - 250
- Commissie Health Care Governance, *Bestuur, toezicht, verantwoording. Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg*, 1999, De Toekomst, Hilversum
- Creswell J.W., *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*, 1998, Sage, Thousand Oaks/London/New Delhi
- Creswell J.W., *Research Design, Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, 2003, Sage Publications, California
- Czarniawska B., *A Narrative Approach to Organizational Studies*, 1998, Sage, California/London/New Delhi
- Czarniawska B., Hernes T., *Actor -Network Theory and Organizing*, 2005, Liber & Copenhagen Business School Press

D

- Dankers, J., van der Linden J., *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz stichting: Huis en Hoeve, van der Hoeve Kliniek en Dennendal*, 1996, Boom, Amsterdam
- Deetz S., In Frost P.J., Lewin A.Y., Daft R.L., *Talking About Organizational Science, Debates and Dialogue from Crossroads*, 2000, Sage, London, New Delhi
- Dewalt H. M, Dewalt B.R., *Participant Observation. A guide for fieldworkers*, 2002, AltaMira Press, Walnut Creek
- Dijk, J.K. van, *Maatschappelijk ondernemen en zorgverleners. Een 'pas de deux'*. rede Erasmus Universiteit, 1997, NZi, Utrecht
- Dijk, J.K. van, Messchendorp H.J., Koopman M.I., Steenbeek R., Til C.T. van, *Personeel in beeld. de arbeidsbeleving van medewerkers in ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere instellingen die vallen onder de CAO - Z*, 2002, Stichting Prismant, Utrecht
- Dijk A. van, Verweel P., *De ladder op omlaag? Een psychologie van besturen*, 1997, Van Gorcum, Assen
- Duyvendak J.W., Knijn T., Kremer M., *Policy, People and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*, 2006, Amsterdam University Press, Amsterdam

E

- Ethington P.J., The Intellectual Construction of 'Social Distance': Toward a Recovery of George Simmel's Social Geometry, *Cybergeo*, no 30, September 1997

F

- Fabbricotti I., *Ouderenzorg ontketent de toekomst. Een inventarisatie van huidige en toekomstige samenwerking en producten in de ouderenzorg*, 1999, iBMG/EUR, Woonzorg Nederland, Amsterdam
- Fabbricotti I., Huijsman R., Fusiegolf in ouderenzorg nog niet voorbij, *Zorg & Ondernemen*, nummer 2, maart 2000: 12 - 15
- Fabbricotti I., *Zorgen voor zorgketens. Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*, 2007, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Feltmann, C.E., Help! Een manager! Waar is de professional???, *TAC*, juli/augustus, 7/8, 1993, pp 16 - 23
- Flyvbjerg B., *Making Social Science Matter. Why social inquiry fails and how it can succeed again*, 2001, Cambridge University Press
- Foucault M., Governmentality, 1978 in Burchel G., Gordon C., Miller P. (ed.), *The Foucault effect. Studies in Governmentality*, 1991, The University of Chicago Press, Chicago
- Fox E.M., Urwick L., *Dynamic Administration. The Collected Papers of Mary Parker Follett*, 1973, Pitman, London
- Freidson E., *Professionalism, The third logic. On the practice of knowledge*, 2001, Polity Press
- Fresco, L.O., *Betrokken en op afstand*, oratie opening academisch jaar 2003 - 2004 KUN, 1 september 2003
- Friedland R., Boden D., *NowHere. Space, Time and Modernity*, 1994, University of California Press
- Frisby D., *Sociological Impressionism. A Reassessment of George Simmel's Social Theory*, 1992, Routledge, London
- Frisby D., Featherstone M. (ed.), *Simmel on Culture*, 1997, Sage, London/ Thousand Oaks/ New Delhi

G

- Gadourek I., Kuiper, G., Thurlings J.M.G., Zijderveld A.C. (red.), *Een keuze uit het werk van George Simmel*, Sociologische monografie, 1968/1976 Van Loghum Slaterus B.V., Deventer
- Gastelaars M., *Human service in veelvoud. Een typologie van dienstverlenende organisaties*, 1997, SWP, Utrecht

- Gastelaars M., *Excuses voor het ongemak. De vele gevolgen van klantgericht organiseren*, 2006, SWP, Amsterdam
- Germov J., Managerialism in the Australian public health sector: Towards the hyper-rationalisation of professional bureaucracies, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 27, no. 6, 2005: 738 - 758
- Geertz C., *The Interpretation of Cultures. Selected essays*, 1973, Basic Book Inc, Publishers, New York
- Giddens, A., *The consequences of modernity*, 1990, Cambridge Polity Press
- Gieryn T.F., City as Truth - Spot: laboratories and Field - Sites in Urban Studies, *Social Studies of Science* 36/1, February 2006:5 - 38
- Glouberman S., Mintzberg H., Managing the care of health and the cure of disease - Part I: differentiation. In: *Health Care Management Review*, winter 2001, 26/1:56 - 69.
- Glouberman S., Mintzberg H., Managing the care of health and the cure of disease - Part II: integration. In: *Health Care Management Review*, Winter 2001, 26/1:70 - 84.
- Graaf P. de, e.a., De mammapoli in Delft: van vraag tot antwoord in een ochtend. In G. Schrijvers e.a. (red), *Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie*, 2002:75 - 79, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen
- Graham P. (ed.), *Mary Parker Follett. Prophet of management*, 1995, Harvard Business School Press, Boston
- Gray A., Harrison S. (eds.), *Governing Medicine*, 2004, Open University Press, Buckingham
- Gregory D., Urry J. (ed.), *Social Relations an Spatial Structures*, 1985, McMillan Publishers LTD, Hampshire, London
- Grinten T. van der, Kasdorp J., *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap*, 1999, SCP, Den Haag
- Grinten T.E.D. van der, Putters K., Helderman J.K., *Gezondheidszorg een stelsel van stelsels, Beleid & Maatschappij*, 31, nr. 4, 2004: 242 - 247.
- Grinten T.E.D. van der, Vos, P., 'Gezondheidszorg', in H. Dijkstelbloem, P.L. Meurs, E.K. Schrijvers (red.) *Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf sectoren*, 2004, Amsterdam University Press, Amsterdam
- Grit K. *Economiseren als probleem. Een studie naar de bedrijfsmatige stad en de ondernemende universiteit*, 2000, Van Gorcum, Assen
- Grit K., Meurs P.L., *Verschuivende verantwoordelijkheden. Dilemma's van zorgbestuurders*, 2005, Van Gorcum, Assen
- Gooijer, WJ. de, Europese tweedeling in de zorg, in: *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*, 2005, Wetenschappelijk Bureau Socialistische Partij, Rotterdam

H

- Hales C., *Managing Through Organization. The Management Process, Forms of Organization and the Work of Managers*, 1993/2001, Business Press, London
- Hall E. T., *The Hidden Dimension*, 1969, Anchor Books, New York
- Harrison S., *Medicine and Management: Autonomy and Authority in the national Health Service*, in Gray A., Harrison S. (eds.), *Governing Medicine*, 2004, Open University Press, Buckingham
- Harrison S., Pollit C., *Controlling Health Professionals. The future of work and organization in the NHS*, 1994, Open University Press, Buckingham/Bristol
- Hart 't H., van Dijk J., de Goede M., Jansen W., Teunissen J., *Onderzoeksmethoden*, 1998, Boom, Amsterdam
- Hasenfeld Y.(ed), *Human Service as complex Organizations*, 1992, Sage, Newbury Park/London/ New Delhi
- Heijst A. van, *Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de arme zusters van het goddelijk kind, sinds 1852*, 2002, Verloren, Hilversum
- Heijst A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*, 2005, Uitgeverij Klement, Kampen

- Helderman J.K., *Bringing the Market Back In. Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Health care*, 2007, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Helderman J.K., Schut F.T., Grinten T.E.D. van der, Ven W.P.M.M. van de, Market - Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol 30, Nos 1 - 2, February - April 2005:189 - 210
- Hendriks M., Durlinger B., Offringa L., Bijker H., Schuring R., Kantelen of Kapseizen? Patiënt merkt vaak niets van kanteling, *ZM magazine*, 5, 2003:10 - 14
- Hernes T., *The Spatial Construction of Organization*, 2004, John Benjamins Publishing Company, Amsterdam/Philadelphia
- Hersey, P. and Blanchard, K. H., 1977, *The Management of Organizational Behaviour. Utilizing human resources*, 3e ed., Prentice Hall, Englewood, Cliffs, NJ
- Hertog F., Sluijs E. van, *Onderzoek in organisaties. Een methodologische reisgids*, 1995, Van Gorcum, Assen
- Higgins W., Hallström K.T., Standardization, Globalization and Rationalities of Government, *Organization*, 14 (5), 2007:685 - 704
- Hood C., A Public Management for All Seasons?, *Public Administration*, no 1, 1991: 3 - 19
- Hout E. van, *Zorg in spagaat. Management van hybride, maatschappelijke organisaties*, 2007, Lemma, Den Haag
- Howell J.M., Hall - Merenda K.E., The Ties That Bind: The Impact of Leader Member Exchange, Transformational and Transactional Leadership, and Distance on Predicting Follower Performance, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 18, No. 5, 1999: 680 - 694
- Howell J.M., Neufeld D.J.N., Avolio B.J., Examining the relationship of leadership and physical distance with business unit performance, *Leadership Quarterly*, 16, 2005:273 - 285
- Huizenga J., *Memorable mensen en momenten uit de geschiedenis van de intramurale gezondheidszorg*, 1991, de Tijdstroom, Lochem
- Hunter D.J., *Public Health Policy*, 2003, Polity Press, Cambridge
- J
- Jochimsen H., Patiëntgestuurde of professiegestuurde zorg, *Zorg Management*, 2, 2005: 8 - 13
- Jong A. J. de, *De gelaagde organisatie*, 2000, Van Gorcum, Assen
- Jongstra, A., *Jan van Breemen (1874 - 1961). Pionier in de nationale en internationale Reumabestrijding*, 1996, NUJ, Apeldoorn
- Judge T.A., Ferris G.R., Social Context of Performance Evaluation Decisions. *The Academy of Management Journal*, Vol. 36, No. 1 Feb.1993: 80 - 105
- K
- Kaern M., Phillips B.S., Cohen R.S., *Georg Simmel and Contemporary Sociology*, 1990, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/London
- Kanters, H., van der Windt W., Ott M., *Geen wildgroei managers in de gezondheidszorg*, 2004, Prismant, Utrecht
- Kappelhof, A.C.M., Reinier van Arkel, 1442 - 1922. *De geschiedenis van het oudste psychiatrische ziekenhuis van Nederland*, 1992, Den Bosch
- Kate S. ten, *Lets Meet! Asielzoekers en autochtone Nederlanders in Ruilnetwerk LCW*, Scriptie VU, Amsterdam, 2006, uitgave LCW
- Kaufman H., *The Forest Ranger. Study in Administrative Behavior*, 1960/1967, The John Hopkins Press, Baltimore/London
- Kessel N. van, *De opmars van de managers, Verslag internetenquête bij leden van AOOb, NU91, Sting en de Unie, ITS*, 21 april 2006, Radboud Universiteit Nijmegen
- Kickert W.J., *Verhalen van verandering*, 2002, Elsevier, Den Haag
- Kloos P., *Filosofie van de antropologie*, 1987, Uitgeverij Martinus Nijhoff, Leiden
- Koot, W.C.J., Boessenkool, J., De cultuur van een arbeidsorganisatie:theoretisch uitdagend, voor onderzoekers een ramp, *Antropologische Verkenningen*, jrg. 13, nr.2, 1994: 54 - 69
- Koot, W., Sabelis, I., *Overleven aan de top. Topmanagers in complexe tijden*, 2000, Lemma BV, Utrecht

- Kruijthof K., *Doctors' orders. Specialists day to Day Work and their Jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2005.
- Kruijthof K. & Stoopendaal A., in Meurs, P.L., Grinten T. van der (red), *Gemengd Besturen. Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*, 2005, Academic Service/SDU, Den Haag
- Kunneman H., De crisis van links als uitdaging van het humanisme, rede ten behoeve van de opening van het academisch jaar van de universiteit voor humanistiek, *Tijdschrift voor Humanistiek*, nummer 13, jaargang 4, maart 2003
- Kunneman H., Slob M., *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg*, 2007, Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk, Bunnik
- L
- Lammers, C.J., Mijs, A.A., van Noort, W.J., *Organisaties vergelijkenderwijs*, 7^e herziene editie, 1997, Het Spectrum, Utrecht.
- Latour B., *Wetenschap in actie, wetenschappers en technici in de maatschappij*, 1988, Bert Bakker, Amsterdam.
- Latour B., *Reassembling the Social. An introduction to Actor - Network - Theory*, 2005, Oxford University Press
- Law J., On the methods of Long - Distance Control: Vessels, Navigation and the Portugese Route to India, published in John Law (ed), *Power, Action and belief: A new sociology of knowledge? Sociological Review*, 1986, Roudledge, Henley
- Law J. (ed.), *A Sociology of Monsters. Essays on power, technology and domination*, 1991, Routledge, London
- Law J., *Organizing Modernity*, 1994, Blackwell Publishers, Oxford
- Law J., Hassard J., *Actor Network Theory and after*, 1999, Blackwell Publishers, Oxford/Malden
- Law J., 'Materialities, Spatialities, Globalities', 2003, Centre for Science Studies, Lancaster university, Lancaster at <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law - Hetherington - Materialities - Spatialities - Globalities.pdf>
- Law J., Making a Mess with method, 2003, Centre for Science Studies, Lancaster university, Lancaster at <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law-Making-a-Mess-with-Method.pdf>
- Lawrence P.R., Lorsch J.W., *Organizations and Environment. Managing Differentiation and Integration*, 1967, Harvard University
- Lechner F.J., Simmel on Social Space, *Theory, Culture & Society*, Sage London, Vol. 8, 1991:195 - 201
- Lieshout P. van, In Balkenende J.P., Ploeg T.J. van der, *Behoud en vernieuwing van identiteit. De toekomst van maatschappelijke organisaties in een tijd van fusies en schaalvergroting*, 1999, Lemma, Utrecht.
- Lieburg M.J. van, *Een nuttig en ten sterkste verlangd wordend hospitaal. De geschiedenis van het academisch ziekenhuis in Utrecht (1817 - 1992)*, 1992, Erasmus Publishing, Rotterdam
- Lieburg M.J. van, *Het Diaconessenhuis Leiden, (deel II) de jaren 1940 - 1997*, 1997, Erasmus Publishing, Rotterdam
- Lieburg M.J. van, *Het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam 1892 - 1992*, 1992, Erasmus Publishing, Rotterdam
- Lieburg M.J. van, *Bronovo 1865 - 1990, Van 's - Gravenhaagse Diaconessen - Inrichting tot ziekenhuis Bronovo*, 1990, Kok, Kampen
- Lieburg M.J. van, *Adriaan stichting 1912 - 1977*, , *De geschiedenis van de zorg voor het lichamelijk gehandicapte kind te Rotterdam*, 1978, Rotterdam
- Lipsky M., *Street - Level Bureaucracy. Dilemma's of the individual in Public Services*, 1980, Russel Sage Foundation, New York
- Lugt, P.G. van der, Huijsman, R. (red.), *Fusiemanagement in de gezondheidszorg*, 1998, De Tijdstroom, Utrecht.

M

- Määttä S.M., Closeness and distance in the nurse - patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy, *Nursing Philosophy*, 7, 2006: 3 - 10
- Mak G., *Een Mercator Sapiens in 2004*, Raiffeissenlezing maart 2004.
- Maso I., Smaling A., *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*, 1998, Boom, Amsterdam
- Martin, J., *Cultures in Organizations*, Oxford University press, New York, Oxford, 1992
- Meulen M. van der, *Strijd om Professionaliteit. Educatie voor bestuurders en managers in de gezondheidszorg*, 2006, nog niet gepubliceerd
- Meurs, P.L., *Zeggenschap in het ziekenhuis*, 1982, Leiden
- Meurs, P.L., Hoe kunnen we de kwaliteit van de publieke diensverlening verbeteren? Essay voor *De Sociale Agenda*, samenvatting verschenen in de *Volkskrant*, 4 februari, 2006
- Meurs P.L., Schrijvers E.K., Vries G.H. de, WRR - verkenningen, nr. 12 *Leren van de praktijk. Gebruik van lokale kennis en ervaring voor beleid*, 2006, University Press Amsterdam
- Meurs P.L., *Nobele wilden. Over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg*, 1997, A.O. Adviseurs voor organisatiewerk, Driebergen
- Meurs, P.L., Grinten T. van der (red), *Gemengd Besturen. Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*, 2005, Academic Service/SDU, Den Haag
- Mintzberg H., *The nature of managerial work*, 1973, Harper& Row, New York/Evanston/San Francisco/London
- Mintzberg H., *Structure in Five: designing effective organizations*, 1983, Prentice Hall Inc, Englewood, Cliffs, NJ, vertaling 1995, Academic Service, Schoonhoven
- Mintzberg H., Rounding out the managers' job, *Sloan management Review*, vol 36, No 1, 1994:11 - 26
- Mintzberg H., *The Rise and Fall of Strategic Planning*, 1994, Prentice Hall, Inc., Englewood, Cliffs NJ
- Mintzberg H., Managing Government, Governing Management, *Harvard Business Review*, may - june 1996:75 - 83
- Mintzberg H., Covert Leadership: notes, *Harvard Business Review*, november - december 1998: 140 - 147
- Mintzberg H., *Managers maar dan echte. Over de zachte praktijk van het managen en de vorming van managers*, 2004, Scriptum, Schiedam
- Moen J., Ansems P., Hanse J., Vintges M., *Leiden of lijden? Het handelingsrepertoire van de manager*, 2000, Van Gorcum, Assen
- Mol A., *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*, 2006, Van Gennep, Amsterdam
- Mol A., In Nauta L., de Vries G, Harbers H., Koenis S., Mol A., Pels D., de Wilde R., *De rol van de intellectueel. Een discussie over distantie en betrokkenheid.*, 1992, Van Gennep, Amsterdam
- Mol A., van Lieshout, P., *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg*, 1945 - 1985, 1989, Sun, Nijmegen
- Musch K., *Van binding en bedding. Enige beschouwingen over maatschappelijke legitimering van zorgorganisaties*, 1998, C3 Hospital Consultancy, Soesterberg

N

- Napier B.J., Ferris G.R., Distance in Organizations, *Human Resource Management Review*, Vol. 3, No 4, 1993:321 - 357
- Nauta L., *Vreemdelingen*, afscheidsrede gehouden op 31 mei 1994, *Acta Philosophica Groningana*, RuG, Onderzoeksbuletin nr. 11
- Nauta L., de Vries G, Harbers H., Koenis S., Mol A., Pels D., de Wilde R., *De rol van de intellectueel. Een discussie over distantie en betrokkenheid.*, 1992, van Gennep, Amsterdam
- Noordegraaf M., *Attention! Work and behavior of public managers amidst ambiguity*, 2000, Eburon, Delft

- Noordegraaf M., Paradoxaal bestuur. Hoe gaan zorgbestuurders om met de besturingsfuik?, *ZM Magazine*, nr. 4, 2004: 6 - 11
- Noordegraaf M., *Management in het publieke domein. Issues, Instituties en Instrumenten*, 2004, Coutinho, Bussum
- Noordegraaf M., Tussen Politiek en Praktijk. Leren van straten, spreekkamers, en schoolklassen, ten behoeve van WRR *project bundel Lerende Overheid*, 2006
- Noordegraaf M., Professional management of Professionals. Hybrid Organisations and Professional Management in Care and Welfare, in Duyvendak J.W., Knijn T., Kremer M., *Policy, People and the New Professional*, 2006, Amsterdam University Press, Amsterdam
- Noordegraaf M., From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present - Day Professionalism in Ambiguous Public Domains, *Administration & Society*, 39, 2007:761 - 785
- Noordegraaf M., *Professioneel Bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit'*, inaugurele rede, februari 2008, Bestuur - & Organisatie-wetenschap, Universiteit van Utrecht
- Noordegraaf, M., Abma T., Management by Measurement? Public Management Practices amidst Ambiguity, *Public Administration*, vol. 81, nr 4, 2003:853 - 871
- Noordegraaf M., Meurs P., ZVM I: De zichtbare manager, wat weten we van directeuren in de gezondheidszorg?, 2000, iBMG/EUR
- Noordegraaf M., Meurs P. L., Wie zijn ze, wat doen ze? Het profiel van bestuurders in de zorg, *ZM Magazine*, nr.11, november 2000: 22 - 30
- Noordegraaf M., Meurs P. L., Managers aan de macht, *Holland Management Review*, nr. 79, oktober 2001:74 - 84
- Noordegraaf M., Meurs P. L., Verwarde Managers. Professionalisering van managers in de zorg, *M&O*, nr.3, mei/juni, 2002: 22 - 39
- Noordegraaf M., Meurs P., Stoopendaal A., ZVM II: 'Harde' feiten uit een 'zachte' sector, 2002, iBMG/EUR
- Noordegraaf M., Meurs P.L., Stoopendaal A., Pushed Organizational Pulls. Changing Responsibilities, Roles and Relations of Health Care Executives, *Public Management Review*, vol. 7 issue 1, 2005: 25 - 43
- Noordegraaf M., Teeuw M.M., Reciprociteit en integratie. Het realistisch realisme van Mary Parker Follett, *Bestuurskunde*, jaargang 6, 1997: 67 - 76
- NRC, 11 juli 2007, Zorg zonder maat
- Nuy M., *Hals over kop en nog langzamer. Omzien naar ziekte & zorg*, 2006, SWP Amsterdam

O

- Orr, J.E., *Talking about Machines: An Ethnography of a Modern Job*, 1997, Cornell University Press, Ithaca, New York.

P

- Parker, M., *Against management, Organization in the age of managerialism*, 2002, Polity Press, Cambridge
- Peirce C.S., *Chance, Love and Logic. Philosophical essays*, 1923./2000, Routledge, London
- Pels D., Lolle Nauta (1929 - 2006): een aandenken, september 2006, www.waterlandstichting.nl
- Pels D., Vries G. de (red.), *Burgers en Vreemdelingen, opstellen over filosofie en politiek*, 1994, Van Gennep, Amsterdam
- Peters, J., Pouw J., *Intensieve menshouderij. Hoe kwaliteit oplost in rationaliteit*, 2004, Scriptum, Schiedam
- Poel F. van de, Fusiegolf GGZ. Het gelijk van de dwarsligger. *Zorgvisie*, nr. 2, 2003:18 - 19
- Poerstamper R.J.C., Vergelijk en verbeter. Benchmarking in de thuiszorg, *Controllers Magazine* augustus/September 2002:39 - 44
- Poerstamper R.J.C., *Weten voor beter. Brancherapport Benchmark Gehandicaptenzorg*, PricewaterhouseCoopers, September 2007
- Polanyi M., *The tacit dimension*, 1967, Garden City, New York

- Pollitt, C., *Managerialism and the Public Services*, 1993, Blackwell, Oxford
- Pollitt C., *The essential public manager*, 2003, Open University Press, Maidenhead/Philadelphia
- Putters K., *Geboeid ondernemen, een studie naar het Management in de Nederlandse Ziekenhuiszorg*, 2001, Van Gorcum, Assen

Q

- Querido A., *Godshuizen en gasthuizen. Een geschiedenis van de ziekenverpleging in West - Europa*, 1974, De Tijdstroom, Lochem
- Querido A., *Het Wilhelmina Gasthuis. Geschiedenis en voorgeschiedenis*, 1966, De Tijdstroom, Lochem

R

- Raelin J.A., *The Clash of Cultures. Managers and Professionals*, 1985, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts
- Richardson R., Kramer E.H., Abduction as the type of inference that characterizes the development of a grounded Theory, *Qualitative Research*, Vol.6(4), 2006:497 - 513
- Rhodes R.A.W., *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, 1997, Open University Press, Buckingham
- Robson C., *Real World Research*, 2002, Blackwell Publishing, Malden/Oxford
- Roland Berger, *Exploring New Territories - de ziekenhuisstudie*, 2007
- Rorty, R., *Contingentie, ironie&solidariteit*, vertaling uit het Engels door Kees Vuyk et al., 1992, Kok Agora, Kampen.
- RMO advies 17, *Institutes in lijn met het moderne individu. De sociale agenda van 2002 - 2006*, 2001, Den Haag
- RMO advies 25, *De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care*, 2002, Den Haag
- RVZ advies, *Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg*, 2003, Zoetermeer

S

- Saint - Exupéry A. de, *Terre des Hommes*, 1939, Gallimard, Parijs
- Sapsed J, Salter A, Postcards from the edge: local communities, global programs and boundary objects, *Organization Studies* Vol: 25, 2004: 1515 - 1534
- Sayles, *The Working Leader*, 1993, The Free Press, New York
- Scheer, W. van der, Meurs P.L., Ngo D., *Bestuurders in beweging. Ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties*, Erasmus CMDz, EUR, Rotterdam, 2007
- Schön, D.A., *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*, 1983, Basic Books, Inc., Publishers, New York
- Scholten G.R.M., van der Grinten T.E.D., De integratie van medisch specialisten in Nederlandse Ziekenhuizen. Een organisatiekundige beschouwing, *Acta Hospitalia*, 3, 2000.
- Schut F.T., *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg*, oratie, mei 2003, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Scott J.C., *Seeing like a state, how certain schemes to improve the human condition has failed*, 1998, Yale University Press, New Haven/London
- Seely Brown J., Duguid P., Organizational Learning and Communities - of - Practice: Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation, In Cohen M.D., Sproull L.S., *Organizational learning*, 1995, Sage, Thousand Oaks
- Selznick P., *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*, 1957/1984, University of Californis Press, Berkley, los Angeles, London
- Shamir B., Social Distance and Charisma: Theoretical notes and an exploratory study, *Leadership Quarterly*, 6 (1) 1995:19 - 47
- Siebers H., Verweel P., Ruijter A. de, *Management van diversiteit in arbeidsorganisaties*, 2002, Lemma BV, Utrecht
- Silverman D. (ed), *Qualitative research. Theory, method and practice*, 1997, Sage, London

- Simmel G., *On individuality and social forms*, 1971, University of Chicago Press, Chicago/London
- Smullen A., Thiel S. van, Pollitt Chr., Agentschappen en de verzelfstandigingsparadox, *Beleid & Management*, jaargang 28 (4):190 - 201
- Spradley J.P., *Participant Observation*, 1980, Holt, Rinehart and Winston
- Star S.L., Griesemer J.R., Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of vertebrate Zoology, 1907 - 39, *Social Studies of Science*, Vol 19, no.3, aug 1989:387 - 420
- Steenbergen, R., *Vacante verantwoordelijkheden in het ziekenhuis. Pleidooi voor een functionele en betekenisvolle besturingscultuur in het Nederlandse ziekenhuis*, 2005, Twijnstra Gudde, Amersfoort
- Stoopendaal A., Maatschappelijk besturen. Een profiel van vrouwelijke zorgdirecteuren, *ZM Magazine*, nr. 4, 2004:18 - 22
- Stoopendaal A., Integratie. De effecten van integratiebewegingen in de gezondheidszorg, *Bestuurskunde*, jrg 14, nr. 4, juli 2005:13 - 22
- Stoopendaal A., Health Care Executives and their patients. How do they keep in touch? *Eurohealth*, Vol.11, No 3, 2005:13 - 16
- Straus A.L., Corbin J., *Basics of Qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*, 1990, Sage, London
- Swaan A. de, *De mens is de mens een zorg*, 1982, Meulenhoff, Amsterdam
- Swaan A. de, *Het medisch regiem*, 1985, Meulenhoff, Amsterdam
- T
- Tabak L. *Bijten in graniet: machtsverschuivingen in de gezondheidszorg*, 1994, De Balie, Amsterdam
- Tamminga M., Zorgondernemingen testen de toekomst, *NRC*, 28 juli 2006
- Tamminga M., Golf van fusies op komst in zorgsector. Fusiegolf in onverbidde groeimarkt, *NRC*, 1 september 2006
- The A., *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving*, 2004, Thoeoris, Amsterdam
- Thiel, S. van, Sturen op afstand. Over de aansturing van verzelfstandigde organisaties door kerndepartementen, mei 2003, *Management in overheidsorganisaties*
- Thomas A.B. (ed.), *Controversies in management*, 2003, Routledge, London/New York
- Timmermans S., Berg M., *The Gold Standard. The Challenge of Evidence - Based Medicine and Standardization in Health Care*, 2003, Temple University Press, Philadelphia
- Tjeenk Willink H.D., *Inleiding jaarverslag 2005 van de Raad van State*, april 2006
- Tonkens E., *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerving, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*, 2003, NIZW, Utrecht
- Trappenburg M., Societal Neurosis in Health Care, in Duyvendak J.W., Knijn T., Kremer M., *Policy, People and the New Professional*, 2006, Amsterdam University Press, Amsterdam
- Trice, H.M., Beyer, J.M., *The Cultures of Work Organisations*, 1993, Prentice Hall inc., Englewood, Cliffs, NJ
- Tronto J.C., *Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care*, 1994, Routledge, New York
- Tucker jr., K.H., *Anthony Giddens and Modern Social Theory*, 1998, Sage, California/London
- V
- Verbruggen A., Verbrugge M., Help! Het onderwijs verzuipt!, *NRC*, 3 juni 2006
- Verkerk M., *Denken over Zorg*, 1997, Elsevier/ de Tijdstroom, Utrecht
- Verschuren P., Doorewaard H., *Het ontwerpen van een onderzoek*, derde druk, 2002, Lemma, Utrecht
- Verweel, P., *De mechanisering van het sociale*, Inaugurele rede, 2000, ISOR - Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht

- Visser G.R., Kersten G., Koopmans L., Meys Th.A.J., Mulder A.W., Rinnooy Kan A.H.G., Staatsen A.A.M.F., Weeda W.C., Zeestraten J., Rijkse W.P., *Ondernemend Besturen, ziekenhuismanagement van overmorgen*, 1996, Van Gorcum, Assen
- Vissers J., de Vries G., *Sleutelen aan zorgprocessen. Een visie op zorglogistieke bedrijfsvoering*, 2005, oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Vorstenbosch J., *ZORG een filosofische analyse*, 2005, uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
- Vogd W., Tensions in Medical Work between Patients' Interests and Administrative and Organisational Constraints, in Duyvendak J.W., Knijn T., Kremer M., *Policy, People and the New Professional. De - professionalisation and Re - professionalisation in Care and Welfare*, 2006, Amsterdam University Press, Amsterdam
- Vos M. de, De onzichtbare patiënt, *M maandblad van NRC Handelsblad*, december 2007: 38 - 50
- Vulto M. (red.), *Ruimte voor jong talent V/M, Netwerk VeelZijdig Leiderschap in de zorg 2004 - 2005, Essays, Interviews en loopbaanverhalen*, 2005, HMF, Leiden

W

- Waldman D. A., Yammarino F.J., CEO Charismatic Leadership: Levels - of - Management and Levels - of - Analysis Effects, *Academy of Management Review*, Vol. 24, No. 2 Apr., 1999:266 - 285
- Watson T.J., *In Search of Management, Culture, chaos and control in managerial work*, 1994/2001, Thomas Learning, Berkshire
- Weber M., *Gezag en bureaucratie*, (vertaling van *Wirtschaft und Gesellschaft*, 1922) 1972, Universitaire Pers Rotterdam
- Weick K.E., *The Social Psychology of Organizing*, 1979, McGraw - Hill, New York
- Weick K., Educational organizations as loosely coupled systems, *Administrative Science Quarterly*, vol.21 (1976), no.1: 1 - 19
- Weick, K.E., *Sensemaking in Organizations*, 1995, Sage, Thousand Oaks/ London/ New Delhi.
- Weggeman J. Klassiek en nieuw kloofmanagement, *Tijdschrift voor beleid, politiek en maatschappij*, 2004, jrg 31 - 2:57 - 73
- Weggeman M., *Leidinggeven aan Professionals, het verzilveren van creativiteit*, 1992/1998, Kluwer bedrijfsinformatie, Deventer
- Witman, Y., *De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus*, 2008, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Wilson J.M., Boyer O'Leary M., Metiu A., Jett Q.R., Subjective Distance in Teams, Working paper, 2005/38/OB, *Insead Faculty & Research*
- Wolff K.H. (vert. ed.), *The sociology of George Simmel*, 1950, The Free Press of Glencoe Collier - Macmillan Limited, London
- Wolfram Cox J., Hassard J., Triangulation in organizational research: A Re - Presentation, *Organization*, vol 12 (1), 2005:109 - 133
- WRR, *Bewijzen van goede dienstverlening*, 2004, Amsterdam University Press, Amsterdam

Y

- Yagil D. Charismatic Leadership and Organizational Hierarchy: Attribution of Charisma to Close and Distant Leaders, *Leadership Quarterly*, Vol. 9(2), 1998:161 - 176
- Yammarino, F.J., Indirect leadership: transformational leadership at a distance, in Bass, B.M., Avolio, B.J. (eds), *Improving Organizational Effectiveness Through Transformational Leadership*, 1994: 26 - 47, Sage, London
- Yanow D., Schwartz - Shea P., *Interpretation and Method. Empirical Research Methods and the Interpretive Turn*, 2006, M.E. Sharpe, Inc., New York
- Yin, R.K., *Case Study Research*, 1994, Sage, California/London

Z

ZorgVisie, 12 september 2006, Bart Kiers, Basiszorg in Nederland is onvoldoende.

Zuiderent - Jerak T., *Standardizing healthcare practices. Experimental interventions in medicine and science and technology studies*, 2007, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam

Internet:

www.evean.nl

www.isala.nl

www.parnassia.nl

www.sheerenloo.nl

www.snellerbeter.nl

Bijlagen

Bijlage 1

Operationalisering van het onderzoek Zorg op Afstand

Annemiek Stoopendaal

Interviews

Alle interviews zijn individueel en duren één uur. Het zijn open interviews aan de hand van een van te voren toegezonden notitie over het onderzoeksthema.

Plan voor de interviews:

- Leden van de Raad van Bestuur
- Managers/directeuren
- Facilitair bedrijf?
- In de organisatieonderdelen wordt op voordracht van de betreffende directeur/manager gesproken met een manager/hoofd/teamleider uit de lagen van het betreffende organisatie- onderdeel. In het ziekenhuis zijn dit in verband met eventueel duaal management ook de specialist-managers
- Op voordracht van de teamleiders wordt gesproken met *één medewerker* uit het betreffende team.

Om uitspraken te kunnen doen over de invloed van geografische afstanden op de organisatie is het van belang medewerkers van verschillende locaties te spreken

De informanten worden door het secretariaat van de RvB op de hoogte gebracht van het onderzoek en verzocht medewerking te verlenen. De onderzoeker zorgt, in samenwerking met een secretariaat voor de planning van de interviews, zo mogelijk worden meer gesprekken op één dag gepland. De interviews worden op band opgenomen en uitgeschreven. De data worden gecodeerd en geanalyseerd.

Documentanalyse

Te verzamelen documenten zijn

- Twee meest recente jaarverslagen
- Relevante beleidsdocumenten
- Recente interne onderzoeken zoals de medewerkers- en patiënttevredenheidsonderzoeken
- Verslagen van de ondernemingsraad en de cliëntenraad.
- Laatste jaargang van de interne en externe periodieken van het ziekenhuis
- 'Velddocumenten'

- Intranet

De documenten worden geanalyseerd en dragen bij aan de te maken schets van de organisatie.

Observatie

De onderzoeker loopt gedurende circa 5 dagen mee met de bestuurder om het dagelijks werk te observeren en beschrijven. De onderzoeker is zo mogelijk aanwezig bij de besprekingen van Raad van Bestuur, de besprekingen het managementteam, als ook bij enkele *belangrijke gebeurtenissen* in de organisatie, zoals eventuele conferenties of werkbezoeken, overleg met cliëntenraad/klachtencommissie, externe vergaderingen, toespraken. De aanwezigheid van de onderzoeker wordt gepland aan de hand van de agenda van en in overleg met de voorzitter van de RvB.

Presentatie

Door de observatie van de bestuurder en de interviews met medewerkers uit de verschillende lagen van de organisatie wordt een beeld verkregen van de relatie, of afstand, tussen zorgbesturing en zorgverlening.

De voorlopige conclusies uit het deelonderzoek worden met de bestuurder besproken en hierna gepresenteerd aan de deelnemers aan het onderzoek. De uitkomsten van deze besprekingen worden gebruikt om tot definitieve conclusies aangaande dit deelonderzoek te komen.

Bijlage 2

Gespreksnotitie

Maart 2004

Onderzoek Zorg op Afstand; een promotieonderzoek naar de afstand tussen zorgbestuurders en zorgverlening.

Uitgevoerd door drs A. Stoopendaal¹, onder supervisie van prof dr P.L. Meurs, Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, en dr M. Noordegraaf, Universiteit Utrecht, USBO.

Probleemschets en vraagstelling

In de gezondheidszorg zijn een aantal trends te signaleren:

- Schaal
De schaal van de zorginstellingen is vergroot door fusies. Zorginstellingen van nu leveren verschillende typen zorg op meerdere locaties.
- Scholing
Nog maar de helft van de hedendaagse bestuurders is primair opgeleid in een zorgberoep. Het merendeel van de bestuurders volgden managementopleidingen.
- Socialisatie
De management carrière van de bestuurders voltrekt zich in de zorg, ook als de bestuurder niet primair in zorg is opgeleid. De bestuurders zijn dus in de zorgsector gesocialiseerd. De zorginstellingen zelf bestaan uit vier van elkaar gescheiden werelden, die van care, cure, control en community (Glouberman en Mintzberg, 2001). Hedendaagse zorgbestuurders socialiseren weliswaar in de gezondheidszorg maar vooral in de wereld van control en community.
- Sturing
De instellingen worden aangestuurd middels verschillende managementlagen. De bestuurder maar ook de managers uit de andere managementlagen hebben steeds minder direct contact met de uitvoering van de zorg. Zij sturen 'hands-off'. Hiernaast zijn door kanteling van de organisaties gespecialiseerde divisies ontstaan, geleid door divisiemanagers.

Deze trends lijken de afstand van de bestuurder tot de primaire processen in de zorg te vergroten. Is deze groter wordende afstand van de bestuurders tot de daadwerkelijke zorgverlening problematisch?

De vraag is hoe de zorgbestuurders dit fenomeen ervaren en hoe zij de afstand tot de zorgverlening hanteren.

De medewerkers van de organisatie ervaren de afstand van de bestuurder tot de werkvloer in hun eigen organisatie. Zij maken zelf deel uit van een laag in de organisatie en zijn daarmee onderdeel van het mechanisme om afstand te hanteren. Hoe ervaren en hanteren zij afstand?

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het verwerven van empirische kennis over hoe, specifiek in zorgorganisaties, de afstand tussen besturing en zorgverlening, wordt ervaren en hoe ermee wordt omgegaan. Het begrip afstand is een fenomenologische bril om het werk en het gedrag van zorgbestuurders in hun context te begrijpen en te beschrijven. De verworven kennis heeft een theoretische én een praktische relevantie voor de professionalisering van de besturing en het management van de zorg.

Onderzoeksprogramma

‘Zorg op Afstand’ is het derde onderzoek in de onderzoeksprogramma ‘Zorg Voor Management’ (ZVM) waarin het werk en gedrag van zorgbestuurders wordt bestudeerd. Het onderzoeksprogramma ZVM behelst: een inventariserende literatuurstudie, waarin is beschreven hoe bestuurders in de zorg in de managementliteratuur naar voren komen (vooral normatief, weinig empirische onderbouwing); een kwantitatieve survey waarin het biografisch, organisatorisch, mentaal- en werkprofiel van de bestuurders is onderzocht; een kwalitatief onderzoek ‘Zorg op afstand’ gericht op de verbinding van zorgbestuurder en zorgverlening.

Opzet onderzoek Zorg op afstand

Het empirische onderzoek bestaat uit twee diepte studies in twee verschillende zorgorganisaties (care en cure) en een breedte studie bestaande uit interviews met veel verschillende bestuurders, en met een manager en zorgverlener uit dezelfde organisatie.

De diepte studie bestaat uit:

- interviews met de bestuurders, met een representatief aantal vertegenwoordigers van de managementlagen en met zorgverleners
- documentanalyse
- observatie van het dagelijks werk van de bestuurder
- terugkoppeling van de onderzoeksresultaten.

(Deze opzet is later gewijzigd in een voorstudie en drie case studies, AS)

Uitkomst/resultaten

De uitkomsten van het onderzoek worden weergegeven in een dissertatie, in boekvorm. De uitkomsten geven inzicht in de hedendaagse besturing van de gezondheidszorg. Wat is sturen op afstand en hoe wordt dat in deze specifieke sector toegepast en ervaren? Deze praktijkkennis van besturing van de gezondheidszorg wordt in een nieuw theoretisch licht geplaatst en zal leiden tot verheldering van de denk- en gedragspatronen die in de sector zijn ontstaan. In de loop van het onderzoek worden tussentijdse bevindingen gepresenteerd en gepubliceerd.

Drs. Annemiek Stoopendaal
Onderzoeker EUR, iBMG
e-mail: stoopendaal@bmg.eur.nl

Noot

- 1 Annemiek Stoopendaal is organisatie-antropoloog. Zij werkt als onderzoeker aan de Erasmus Universiteit Rotterdam bij het Centrum voor Management Development in de Zorg (CMDz) verbonden aan het instituut voor Beleid en management in de Gezondheidszorg (iBMG). Zij is bekend met de gezondheidszorg door haar ervaring als ergotherapeut en zorgmanager.

Samenvatting

Van zorgbestuurders, de eindverantwoordelijke leidinggevendenden van zorgorganisaties wordt verwacht dat zij bestuurders zijn die sturen op afstand. Tegelijkertijd wordt van hen ook verwacht dat zij betrokken zijn bij de patiënten of cliënten van hun ziekenhuis of verzorgingshuis, hun medewerkers kennen, en een grondige kennis hebben van wat er in hun organisatie gebeurt. Die ‘dubbele opdracht’ van op afstand blijven maar wel betrokken zijn, was er altijd al wel, maar tekent zich in de hedendaagse zorg pregnant af doordat de specifieke aard van zorg lijkt te botsen met bedrijfsmatige aansturing, specialisatie standaardisatie en schaalvergroting.

Hoe zorgbestuurders in hun dagelijks werk sturen op afstand, maar toch ook betrokken zijn, daarover gaat dit onderzoek.

Doelstelling en relevantie

Dit onderzoek geeft inzicht in het dagelijks werk van zorgbestuurders, in de ‘black box’ van zorgbesturing, opdat uit deze ervaringen te leren is wat het besturen van zulke specifieke en complexe organisaties zoals zorgorganisaties inhoudt. Niet eerder is onderzoek gedaan naar zorgbestuurders aan de hand van het thema afstand.

De doelstelling van dit onderzoek is de kennis over het dagelijks werk van zorgbestuurders te vergroten. Ten eerste door van binnenuit te analyseren welke betekenis de begrippen afstand en betrokkenheid krijgen in zorgorganisaties. Ten tweede door te onderzoeken hoe de daaruit voortkomende ‘dubbele opdracht’ het werk en het gedrag van zorgbestuurders en ondergeschikte zorgmanagers en zorgverleners beïnvloedt. Door wat zorgbestuurders werkelijk doen als aangrijpingspunt voor onderzoek te nemen wordt inzicht gekregen in de manier waarop zorgbestuurders, maar ook zorgmanagers en zorgverleners laveren tussen afstand en betrokkenheid. Op grond van de beschrijving van besturingspraktijken is praktijkkennis geanalyseerd, geïnterpreteerd en beschreven. Hierdoor is de inhoud van het besturen van zorgorganisaties tastbaar, en daarmee bespreekbaar gemaakt. Deze kennis van het dagelijks werk van zorgbe-

stuurders draagt bij aan de verdere theorievorming over en verbetering van de zorgbesturing. Bovendien kan het de stereotyperingen over 'de kloof' tussen bestuurder en werkvloer nuanceren.

Vraagstelling

Schaalvergroting, het publieke karakter van zorgorganisaties en de aard van het werk van zowel managers als zorgverleners leiden allen op een eigen wijze tot een zekere afstand waar de bestuurder mee moet omgaan. De vraag is hoe zorgbestuurders dat doen. De leidende vraag waar dit onderzoek een antwoord op tracht te vinden is daarom:

Hoe sturen zorgbestuurders op afstand in grote zorgorganisaties?

Deze vraag wordt uitgewerkt aan de hand van vijf deelvragen. Allereerst zijn de maatschappelijke ontwikkelingen die afstand vergroten in kaart gebracht. Geanalyseerd is door welke tendensen afstanden tussen zorgbestuurders en werkvloeren worden vergroot en welk effect zij hebben op de besturingsopdracht. Zorgspecifieke (endogene) ontwikkelingen leiden tot een steeds scherper onderscheid tussen 'zorgen voor', het directe zorg verlenen en 'zorgen dat' het organiseren van zorg. Duidelijk wordt dat het omgaan met afstand en betrokkenheid inherent is aan zowel 'zorgen voor' als aan 'zorgen dat'. Als exogene tendensen zijn beschreven: schaalvergroting, standaardisatie, specialisatie en sturing. Endogene en exogene tendensen roepen ook tegenbewegingen op en plaatsen de zorgbestuurder voor een 'dubbele opdracht'.

Theoretische verkenning

Allereerst zijn een begrippenkader en een theoretisch perspectief ontwikkeld. Er zijn vier soorten afstand onderscheiden en beschreven: ruimtelijke afstand, temporele afstand, sociale afstand en mentale afstand. Daarnaast zijn de begrippen betrokkenheid en nabijheid geëxploreerd. Afstand en betrokkenheid worden in de organisatiekundige literatuur toegespitst op de relatie tussen 'leiders en volgers' terwijl de sociaal wetenschappelijke literatuur (gebaseerd op de auteurs Hall, Giddens en Simmel) meer inzicht geeft in hoe afstand en betrokkenheid werken in procesmatige zin. Het spreken over 'processen van distantiëring' doet meer recht aan de dynamiek van de praktijken die in dit onderzoek worden beschreven. In theorie komen vier potentiële manieren om bestuurlijk met afstand om te gaan naar voren: extensies, verbindingen, ontmoetingsplaatsen en grenzen. Deze patronen zijn nader verkend aan de hand van bestuurskundige literatuur.

De theoretische verkenning vormt het fundament voor de empirische vragen die gericht zijn op welke betekenis er aan afstand tussen bestuurder en zorgvloeren wordt gegeven in de zorgorganisaties en op het achterhalen hoe 'sturen op afstand' in de praktijk wordt vormgegeven.

Opzet empirisch onderzoek

Om te weten te komen hoe zorgbestuurders nu daadwerkelijk sturen met afstand, is het werk van drie zorgbestuurders 'van binnenuit' beschreven door middel van etnografisch onderzoek.

Er is gekozen niet alleen het werk van drie verschillende zorgbestuurders te observeren, maar ook de bevindingen en meningen van managers en medewerkers uit de verschillende lagen en locaties in diezelfde organisatie te onderzoeken. Met het begrip afstand richt het onderzoek zich op de relatie tussen zorgbestuurders en werkvloeren, het is belangrijk deze relatie vanuit de verschillende perspectieven van bestuurders, managers en medewerkers te bekijken.

Om zorgbesturing in de breedte te verkennen en te kunnen vergelijken, zijn organisaties uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg geselecteerd: een algemeen ziekenhuis, een organisatie voor zorg en ondersteuning van mensen met een verstandelijk handicap, en een organisatie voor verpleging en verzorging.

Uitkomsten

In de organisatie voor zorg en ondersteuning van verstandelijke gehandicapten (VG) was de verwachting dat de schaal en de verschillende locaties de door de medewerkers ervaren afstand zou bepalen. De omvang en verspreiding spelen echter niet zo'n grote rol in het ervaren van afstand, maar bureaucratische tendensen, spanningen die voortkomend uit bezuinigingen, en de betrokkenheid van het management bij de cliënten en werkprocessen wel. Er is in deze organisatie een expliciete visie die bedoeld is om te verbinden, maar afstand vergroot doordat medewerkers zich niet gesteund voelen door het management bij dagelijkse dilemma's. De visie die zo verbindend leek schept uiteindelijk afstand tussen management en werkvloer. Soms hebben de gebruikte methoden om te coördineren een onverwacht effect. Zo scheppen de lagen in de organisatie eerder afstand tussen bestuurder en zorgverlening dan dat zij afstand overbruggen. En wat door sommigen gezien wordt als betrokkenheid werkt voor de ander uit als te veel bemoeienis.

De schaalgrootte en verspreidheid zijn ook het probleem niet in het onderzochte ziekenhuis. Het probleem is hier dat de bestuurder door medewerkers wel bij het primaire proces betrokken wordt, maar tegelijkertijd ook op afstand wordt gehouden. De scheiding tussen bestuur en uitvoering is niet zo scherp als gesteld wordt, maar lijkt eerder gebaseerd op hardnekkige beeldvorming en retoriek. Wel vragen de verschillende logica's in de lagen van de organisatie om specifieke keuzes van de zorgverleners.

Het ziekenhuis bestaat uit eilanden en koninkrijken waar nabijheid juist leidt tot distantiërende processen, waarbij afstand wordt geconstrueerd om de eigenheid te beschermen. De verschillende partijen lijken gevangen in hun posities ten opzichte van elkaar en er spelen tegenstrijdige belangen die zich uiten in een subtiel spel van toenadering en distantiering.

In de organisatie voor verpleging en verzorging (V&V) lijkt de tijd stil te zijn blijven staan ondanks modernisering en schaalvergroting. De medewerkers zijn vooral verbonden met de eigen locatie, dat er bijna geen contact bestaat tussen de verschillende locaties wordt door de respondenten niet omschreven in termen van afstand. De meerdere managementlagen in de organisatie worden niet als 'leemlagen' ervaren. Kwesties die op de werkvloer spelen komen wel boven in de organisatie aan, maar financiële en beleidsmatige zaken worden niet op alle lagen van de organisatie besproken. Het 'zorgen dat' is voorbehouden aan bestuurder, locatiemanagers en hoofden zorg, maar zij vullen dat in vanuit 'zorgen voor'. De eerste laag leidinggevenden, teamleiders, zijn echter in een spagaat terecht gekomen tussen de trekkrachten van 'zorgen voor' en 'zorgen dat'. De opdracht om ondanks schaalvergroting, concurrentie, rationalisatie en registratie, dicht bij de directe zorg te blijven is dé grote (besturings) opdracht in deze organisatie.

Conclusies

De vergelijking van de gevalsbeschrijvingen leiden tot een meervoudig beeld van het fenomeen afstand:

Afstand in soorten en maten

Onderscheiden zijn vier verschillende typen afstand: ruimtelijke afstand, sociale afstand, mentale afstand en temporele afstand. Deze theoretische typering is vanuit het empirisch onderzoek rijker van betekenis geworden. Hoewel *ruimtelijke afstand* vaak wel de eerste betekenis is die de respondenten aan het begrip afstand toekennen, betreft de betekenis van afstand waar de respondenten in dit onderzoek vooral aan refereren vaker *mentale afstand*. Mentale afstand komt niet alleen voor tussen managers en medewerkers, maar ook tussen verschillende afdelingen en professionele domeinen. Een te radicale toepassing van

rationaliteit, objectiviteit en abstractie, voortkomend uit een bedrijfsmatig in plaats van uit een relationeel perspectief op besturen, leidt tot een bevestiging van de mentale afstand tussen managers en zorgverleners waardoor zij van elkaar vervreemden. Mechanismen om mentale kaders bij elkaar te betrekken zijn minder sterk ontwikkeld dan manieren om ruimtelijke afstand te overbruggen.

Temporele afstand manifesteert zich op verschillende manieren in de case studies. Zowel op grond van traagheid als door snelheid wordt afstand ervaren tussen management en werkvloer. De verschillende managementlagen worden dan beschreven als trainerende 'leemlagen'. Besturen heeft te maken met zoeken naar een passend tempo.

Ruimtelijke, mentale en temporele afstand zijn altijd meer of minder verstrengd met *sociale afstand*, die gebaseerd is op verschillen en de hieraan toegekende waardering. Sociale afstand vormt zowel een zelfstandige als een overkoepelende dimensie in de typering van afstand. Voor alle typen afstand geldt dat er in de zorgorganisaties voortdurend, in een continu proces, gezocht wordt naar een aan de situatie aangepaste mate en vorm van afstand en betrokkenheid.

Afstand en gelaagdheid

Afstand ontstaat en wordt in stand gehouden door de structuur van de organisatie. De gelaagdheid van de organisaties is bedoeld om de afstand tussen bestuur en werkvloer te overbruggen, maar we zien dat de lagen juist afstand produceren.

Managers en bestuurders komen niet op een natuurlijke manier in hun dagelijks werk met de zorgverlening in aanraking. Zij moeten daar extra moeite doen en het contact organiseren. Bestuurders die persoonlijke ervaring hebben of opdoen op de werkvloer wordt meer betrokkenheid toegedicht. Maar de bestuurder moet ook weer niet teveel langskomen of té goed op de hoogte zijn, dan wordt er door de medewerkers afstand geconstrueerd. Budgetten zorgen zowel voor verbondenheid als voor strijd om de schaarse middelen, en daarmee afstand tussen de lagen van de organisatie.

De vertaling van de informatie die van de werkvloer naar de bestuurder gaat vindt plaats door middel van steeds verdergaande abstracties van de directe patiëntenzorg. De informatie wordt steeds beknopter doorgegeven naar de volgende laag. Hierdoor worden de lagen geduid als schakels die informatie doorgeven of vertalen, maar ook als filters of buffers die informatie tegenhouden. Doordat tussenlagen zich identificeren met het management wordt de informatie wel van 'boven naar beneden' verplaatst, maar niet 'vertaald'. De te abstracte informatie die bij de medewerkers aankomt veroorzaakt een gevoel van afstand tot het management.

De denkkaders 'zorgen voor' en 'zorgen dat' zijn in werkelijkheid positioneel niet strikt gescheiden, het zijn geen aparte werelden, maar er vindt op alle niveaus in de organisaties verstrengeling van 'zorgen voor' en 'zorgen dat' plaats. Het uiteengroeien van deze denkkaders vindt niet plaats op het niveau van de bestuurders, maar juist op het niveau waar de meeste betrokkenheid met het primaire proces verwacht wordt: op de eerste leidinggevende laag in de organisaties.

Constructiewerk

Afstand en betrokkenheid worden gevormd in een voortdurend dynamisch proces. Het voortdurend spelen met, en een balans zoeken tussen afstand en betrokkenheid is in alle drie organisaties terug te zien. In de algemene opinie wordt de toegenomen afstand vooral toegeschreven aan de bestuurders. Besturen is echter een ambigu proces waarbij zorgbestuurders zich enerzijds vrijspelen van directe betrokkenheid bij de verschillende uitvoeringspraktijken en werkvloeren, maar anderzijds proberen op verschillende manieren contact met de werkvloer te maken en te behouden.

De band met de patiënt wordt in de strijd om discretionaire ruimte vaak door de professionals als wapen ingezet, maar ook zorgbestuurders versterken hun band met het patiëntperspectief om zich een legitimiteit te verschaffen op het professionele domein.

Afstand en betrokkenheid worden door de context, structuren en symbolen, en door de verschillende partijen in alledaagse handelingen voortdurend gereconstrueerd: een continue beweging van in- en uitsluiting. Wanneer zij hun procesmatige karakter verliezen kunnen processen van *distantiëring* leiden tot 'kloven' tussen specifieke groepen in de organisatie.

Niet schaal maar schaarste

Afstand wordt door de respondenten als eerste aan de omvang van de organisatie toegeschreven, maar afstand komt eerder voort uit de strijd om schaarse middelen. Daarbij is het het schaarse persoonlijk contact dat afstand veroorzaakt, niet de schaalgrootte.

Sturen met afstand

Besturen van zorgorganisaties is op grond van dit onderzoek niet te typeren als sturen *op* afstand, maar als sturen *met* afstand. In de onderzochte organisaties zijn vier verschillende methoden aangetroffen om te 'sturen met afstand':

- Besturen door middel van extensies is gericht op het uitzenden van mensen en gegevens om verschillende werelden die door ruimtelijke of sociale afstand gescheiden zijn met elkaar in contact te brengen en invloed 'op afstand' uit te kunnen oefenen.
- Besturen door middel van verbindingen grijpt vooral in op het overbruggen van mentale afstand. Verschillende mentale kaders worden bijeengebracht door vertalers die als zij beide 'werelden' goed kennen een nieuwe entiteit kunnen vormen waar beide partijen zich in kunnen vinden en aan kunnen binden.
- Besturen door middel van ontmoetingsplaatsen is van belang bij het omgaan met alle vier typen afstand. Ontmoetingen hebben een zekere toevalligheid of vrijwilligheid in zich. Doordat individuen elkaar leren kennen stellen zij zich meer open voor de 'wereld' van de ander.
- Besturen door middel van begrenzingen schept mentale en sociale kaders die in de organisaties soms ook ruimtelijk (locaties, apart bestuursgebouw) of temporeel (vroeger en nu) vorm krijgen. Grenzen beschermen en scheppen ruimte om te werken, maar sluiten ook buiten en schermen af. Zij moeten gerespecteerd worden, maar ook permeabel blijven om samenwerken mogelijk te maken.

De besturingsmethoden leveren aanknopingspunten om genuanceerder en meer op de situatie toegepast te sturen met afstand. De drie onderzochte organisaties geven overeenkomsten, maar ook verschillen te zien in de manier waarop gestuurd wordt met afstand. In de zo verspreide organisatie voor gehandicaptenzorg wordt afstand bestuurd door het inzetten van ontmoetingsplaatsen, in het ziekenhuis zijn de grensconflicten tussen de verschillende werelden 'a way of life' waarbij intermediairs vertalen en verbinden. De organisatie voor verpleging en verzorging werkt vooral aan verbindingen, en houdt tegelijkertijd grenzen tussen de verschillende locaties in stand.

Zorgbestuurder: verbindende buitenstaander

Zorgbestuurders maken als geïnteresseerde buitenstaanders contact met verschillende werelden en als ware 'hybriden' zorgen zij ervoor dat zij niet teveel verbonden te raken met deze werelden, opdat zij het spel van distantie en toenadering kunnen spelen. De zorgbestuurders zijn nabij en veraf, betrokken en gedistantieerd tegelijkertijd. 'Buitenstaander zijn' is de kracht van de bestuurder. De zorgbestuurder kan door zijn bekendheid én onbekendheid verbinden en verschillende werelden voor elkaar openen. Zorgbestuurders lossen de dubbele opdracht op als verbindende buitenstaanders.

Summary

Health care executives, who bear the ultimate responsibility within health care organizations, are expected to manage at a distance. At the same time, they are expected to show concern for the patients or clients of their hospital or nursing home, to know their staff, and be well acquainted with the goings-on in their organization. This 'double task' of keeping distance while at the same time being involved has always been a fact, but has acquired a sharper focus in today's health care organisations, because the specific characteristics of Health Care increasingly seems to be at odds with professional management methods, specialization, standardization, and increase in scale.

The current research discusses the day-to-day work of health care executives and examines how they manage at a distance, while at the same time continuing to be involved in health care practices.

Objective and relevance

Providing insight into the daily work of health care executives, that is: into the 'black box' of health care management, can teach us what managing the specific and complex health care organizations is about. It is the first time that health care executives have been studied in the context of the theme of 'distance'.

The objective of this research is to increase knowledge of the day-to-day tasks of health care executives by way of a two-fold analysis. First, by analyzing from the inside out what meaning is given to the concepts 'distance' and 'involvement' in health care organizations. And second, by studying how the 'double task' arising from this 'double requirement' influences the work and behaviour of health care executives as well as their subordinate health care managers and caregivers. By using what health care executives actually do as a point of departure for research, we gain insight into the manner in which not only health care executives, but also health care managers and caregivers navigate between distance and involvement. Based on the description of management practices, practical knowledge is analyzed, interpreted, and described. The goal is to make the meaning of health care organization management both concrete and discussible. This insight into the day-to-day work of health care execu-

tives aims to contribute to the further development of the theory, as well as to practical improvement of health care management. In addition, it can refine the image and rhetoric's of the 'gap' between the executive layer and workforce on the floor.

Research question

An increase in scale of health care organizations, its public character, and the nature of the work of both managers and caregivers, each in its own way contribute to a certain remoteness (distance) the executive has to cope with. The question is how health care executives handle this. Accordingly, the main question of this research is:

How do health care executives manage at a distance in large health care organizations?

This question is specified with the help of five sub-questions. First of all, the concepts distance and involvement were studied and social developments that increase distance were mapped out. Specific internal developments in care result in a sharp distinction between 'organizing care' and 'giving care'. It became clear that coping with distance and involvement is bound to both 'organizing care' and 'giving care'. The external tendencies that have been elaborated are: scale, standardization, specialization and governing. Both internal and external changes summon opposite reactions and require health care executives with a 'double task'.

Theoretical considerations

First a conceptual and theoretical frame was developed. Four kinds of distance were identified: physical distance, mental distance, temporal distance and social distance. The concepts of involvement and nearness were also explored. In organizational science, distance and involvement are discussed in terms of the relationship between 'leaders and followers', whereas in anthropology and sociology (based on the authors Hall, Giddens and Simmel) the question of how distance and involvement work as a process is explored. The term 'distancing processes' does more justice to the dynamics of the practices described in this research. Four potential mechanisms to cope with distance are derived at: extensions, connections, meeting places and boundaries. These patterns are explored from the perspective of administrative science. The theoretical exploration forms the foundation for the empirical questions aimed at discovering the meaning that is given to distance between executive and workers on the floor in the health care organizations and at describing how 'managing at a distance' is applied in practice.

Research setup

In order to find out how health care executives actually manage at a distance, the work of three health care executives is described 'from the inside out' by means of ethnographic research. The choice was made not only to observe the work of three different health care executives, but also to study the findings and opinions of managers and employees from the various layers and locations within the same organization. With the concept of distance the research focuses on the relationship between health care executives and workers on the floor. It was deemed necessary to study this relationship from the various perspectives of executives, managers and staff. In order to explore and be able to compare health care management horizontally, organizations from different health care sectors were selected: a general hospital, an organization for the care and support of mentally disabled people, and a nursing home/special care organization.

Results

In the organization for care and support of mentally disabled people expectations were that the scale and the various locations would determine the distance experienced by the staff. It turns out, however, that scale and distribution do not play a major role in experiencing distance. Instead distance is the result of bureaucratic requirements, tensions caused by financial cutbacks, and the extent of management's concern with the clients and their involvement in the work processes. An explicit organizational vision whose intent was to increase cohesiveness however, had the opposite effect: employees experienced greater distance because they felt unsupported by the management in their day-to-day dilemmas. Also, the layers of the organization, aimed to bridge distance, instead create distance between executives and caregivers. Finally, what some consider involvement, others experience as too much interference.

In the hospital that was studied scale and distribution turned out also not to be the problem that creates distance. The problem here is that the staff involves the executive in primary processes, while at the same time keeping him/her at a distance. The gap between executives and workers on the floor is not as big as perceived, but rather seems due to ingrained conceptualizations and rhetoric of each group. The various and sometimes contradictory requirements for each stratum in the organization, however, do result in specific choices for the caregivers. In addition, the hospital can be conceived of consisting of islands and kingdoms where proximity paradoxically leads to distancing processes in which distance is created to protect individuality. The different parties seem to be caught in their own positions and there are conflicting interests that manifest themselves in a subtle game of approaching and distancing.

In the nursing home/special care organization it seems as if time has stopped in spite of modernization and increase in scale. The staff is mainly bound to its own location and the lack of contact between the different locations is not described in terms of distance. The various management layers in the organization are not experienced as 'barriers'. Issues that arise on the floor do reach the top layer of the organization, but financial and policy issues are not discussed in all strata of the organization. The 'organizing care' is organised by managing executives, location managers and middle managers, but they interpret this in terms of 'giving care'. The first layer of management, the team leaders, are pulled between the separate forces of 'organizing care' and 'giving care'. The task to stay close to direct care despite an increase in scale, competition, rationalization and registration is the main (management) task in this organization.

Conclusions

The comparison of the case studies results in a multiple image of the phenomenon of distance.

Shapes and sizes of distance

We distinguish between four different kinds of distance: physical distance, social distance, mental distance and temporal distance. This theoretical characterization has grown to obtain more significance in view of the empirical research. Although physical distance is often the most literal meaning that the respondents assign to the concept of distance, the experienced meaning of distance most respondents in this research refer to is mental distance. Mental distance does not only exist between executives and employees, but also between various departments and professional domains. A too radical application of rationality, objectivity and abstraction, arising from managing from a 'business' rather than from a 'relational' perspective, leads to a hardening of the mental distance between managers and care givers causing them to drift apart. Mechanisms to bring mental frameworks closer to each other have developed less strongly than ways to overcome physical distance. Temporal distance is manifested in various ways in the case studies. Distance between management and workers on the floor is experienced in terms of the speed (or lack thereof) of decision-making. The different layers of management are then described as having a delaying effect. Managing then becomes to be about finding an appropriate pace for decision-making.

Physical, mental and temporal distance are always more or less intertwined with social distance, which is based on (professional) differences and the (status) value assigned to these. Social distance forms both an individual and a coordinating dimension in the characterization of distance. For all types of

distance the health care organizations are constantly searching for a measure of distance and involvement that is adjustable to various situations.

Distance and stratification

Distance is created and maintained by the structure of the organization. The stratification of the organizations is intended to overcome the distance between executives and workers on the floor, but in practice we see that the layers instead produce distance.

In their daily work, managers and executives do not come into contact in a natural manner with the actual provision of health care. Instead, they must make a considerable effort to organise such contact. Executives that have or gain personal 'floor experience' are seen as having greater involvement. On the other hand, the executive should not drop in too often or be too well-informed. In that case the staff will create distance. Budgets cause both solidarity within each layer and conflict between the layers over the scarce resources and thus cause distance between the layers of the organization.

The translation of the information from the floor to the executive takes place by increasingly drastic abstractions of the direct patient care. The information is passed on in more and more truncated and summary versions to the next stratum. This causes the strata to be indicated not only as links that pass on or translate information, but also as filters or buffers. Because intermediate strata identify themselves with the management the information is transferred from 'top to bottom', but not 'translated'. Information that is too abstract when it reaches the staff causes a sense of distance to the management.

The mental frameworks of 'organizing care' and 'giving care' in fact are not strictly separated as regards position in the organisation. They are not separate worlds, but are intertwined on all levels of the organizations. The separation of these mental frameworks does not take place on the management level, but on the level where the highest concern with the primary process is to be expected: the first executive layer in the organizations.

Constructivism

Distance and involvement are produced in a continuous dynamic process. The constant playing with and finding a balance between distance and involvement can be noticed in all three organizations. The general consensus is that the executives are responsible for the increased distance. Managing, however, is an ambiguous process in which health care executives on the one hand steer free from direct involvement with the various implementation practices and workers on the floor and on the other hand try to find various ways to make and maintain contact with those same workers.

The relationship with the patients is often used as a weapon by the professionals in the struggle for discretionary space. However, health care executives also strengthen their relationship with the patient perspective in order to obtain legitimacy in the professional domain.

Distance and involvement are constantly constructed and reconstructed by context, structures and symbols and also by the various parties in daily operations: it can be seen as a perpetual movement of inclusion and exclusion. When distancing processes lose their process-like character, they can lead to gaps between specific groups within the organization.

Not scale but scarcity

Distance is primarily attributed by the respondents to the scope of the organization, but is more likely to arise from the battle for scarce resources. It is the limited personal contact that causes distance and not the scale.

Managing distance

Based on the current research, managing health care organizations cannot be characterized as managing at a distance, but instead as: managing distance. In the organizations under study we found four different methods for 'managing distance'.

- Managing by means of extensions is aimed at dispatching people and information (into the organisation) in order to bring the different worlds that are separated by physical or social distance in contact with each other and to exert influence 'at a distance'.
- Managing by means of connections mainly focuses on overcoming mental distances. Different mental frameworks are brought together by translators that – provided that they are familiar with both 'worlds' - can form a new entity both parties can agree with and commit to.
- Managing by means of creating meeting places is important in dealing with all four types of distance. Formal meetings create shared experiences. Informal meetings have a certain casualness or autonomy. When individuals get to know each other they will be more open to each other's 'worlds'.
- Managing by means of boundaries creates mental and social frameworks that are sometimes also given a physical (locations, separate management building) or temporal (then and now) form. Boundaries protect and create working space, but also exclude and screen off. They must be respected, but must also remain permeable in order to make collaboration possible.

The management methods provide points of departure to manage distance in a manner that is more balanced and tailored to the situation. The three organizations in the study show similarities, but also differences, in the way in which managing distance is realized. In the geographically spread-out 'organization for care for the disabled' distance is controlled by introducing meeting places. In the hospital the border conflicts between the different worlds are 'a way of life' with mediators playing a translating and cohering role. The nursing home/special care organization mainly works to increase connections while at the same time maintaining boundaries between the different locations.

Health care executive: unifying outsider

As interested outsiders health care executives make contact with different worlds and as true 'hybrids' they resist getting bound up with these worlds so that they can play the game of distancing and approaching. Health care executives are at the same time close and distant, involved and detached. 'Being an outsider' is the executive's strength. Thanks to his familiarity and unfamiliarity the health care executive is able to join and open up different worlds towards each other. Health care executives fulfil the double task as unifying outsiders.

Over de auteur

Annemiek Stoopendaal is geboren te Zeist in 1960. Na haar vwo-examen aan het Montessori-Lyceum Herman Jordan te Zeist voltooide zij in 1982 de opleiding ergotherapie te Hoensbroek.

Zij werkte van 1982 tot 1990 als ergotherapeut in de revalidatiecentra 'De Hoogstraat' in Leersum en 'Klimmendaal' in Arnhem en specialiseerde zich in de behandeling van volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel. Van 1987 tot 1990 was zij voorzitter van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie. Van 1991 tot 1997 werkte zij als hoofd van de afdeling ergotherapie in het Jan van Breemen Instituut voor Reumatologie en Revalidatie in Amsterdam.

In 1998 werkte zij gedurende een jaar als docent ergotherapie aan de Hoge School van Rotterdam en was in 1999 lid van de visitatiecommissie Hoger Beroepsopleidingen fysiotherapie, ergotherapie en bewegingstechnologie.

In 2001 behaalde zij haar doctoraal examen Culturele Antropologie, richting Organisatieantropologie (cum laude) aan de Leergang Organisatie Cultuur en Management van de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisatiewetenschap van de Universiteit Utrecht.

Sinds 2002 werkt zij als wetenschappelijk onderzoeker en universitair docent aan het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg, sectie Health Care Governance en voor het Centrum voor Management Development in de zorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij doceert de vakken kwalitatief gezondheidszorgonderzoek en (kritische perspectieven op) verandermanagement in de zorg. Recentelijk neemt zij als onderzoeker deel aan het evaluatieonderzoek naar het 'Zorg voor Beter' programma dat in leven is geroepen om de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurende geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

Sinds 2001 heeft zij als vrijwilliger deelgenomen aan het bestuur van de Lets Circle Woudrichem, een stichting ten behoeve van bevordering van actieve participatie van asielzoekers in de Nederlandse maatschappij. Hieruit vloeiden betrokkenheid bij de Stichting Asielzoekers voor Asielzoekers, Lets Work en de Stichting Noodhulp Asielzoekers land van Heusden en Altena voort.

Annemiek Stoopendaal is getrouwd met Maarten Montijn en zij hebben drie kinderen: Cato, Teun en Willemijn.