

Twynstra Gudde

Management Consultants

Werelden
achter de
zorg

Hans Vermaak

Hans Westerveld



Werelden achter de zorg

Een reisgids voor het richten, inrichten en veranderen van
gezondheidszorginstellingen

drs. H. Vermaak
ir. H. Westerveld

Amersfoort, oktober 2001

Colofon

Auteurs

Hans Vermaak, Hans Westerveld

Redactie

Anneke Duijts, Marieke Vreeken

Omslagontwerpen opmaak

Rolf Resink en Désirée Langenbach

Typografie

BRS Premsela Vonk, Amsterdam

Uitgave

Twynstra Gudde Management Consultants, Amersfoort

ISBN 90-74411-31-2

005PBBC1A

© 2001 Twynstra Gudde

Niets uit deze uitgave mag op welke wijze dan ook verveelvoudigd of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorwoord

Waar moet het heen met de gezondheidszorg? Er is geen gebrek aan externe druk op de sector, noch ontbreekt het aan vernieuwingsdrang. Als antwoord vliegen de toekomstvisies je bovendien om de oren. Toch leidt dat alles niet zomaar tot doortastende vernieuwing. Het debat over de toekomst van de zorg stagneert. Dat ligt aan de geboden visies: ze zijn óf eenzijdig óf niet inspirerend.

De eenzijdige visies worden vaak op congressen geponeerd door ‘vakmensen’: de opinieleider in de IT, de medisch technoloog, de architect, etc. Ze zijn vaak spannend, oplossingsgericht, beperkt tot een deelterrein en ze spreken elkaar tegen. De ongeïnspireerde visies vinden we vooral in beleidsplannen van de bestuurlijke arena: compromissen die wél generalistisch zijn, maar alle verschillen toedekken. Instellingsvisies blijken daardoor onderling verwisselbaar. Dit boekje geeft géén ultieme visie, maar wil een reisgids zijn (met drie visies) die effectief is gebleken om discussies over de zorg nieuw leven in te blazen. Hieraan liggen twee inzichten ten grondslag. Ten eerste dat een goed debat over oplossingen pas productief wordt als óók de achterliggende filosofie over gezondheid en de zorgsector op tafel ligt. ‘Het waarom vóór het hoe’. Ten tweede dat je een beeld moet hebben van de samenhang tussen oplossingen op deelterreinen: van de huisvesting en IT tot de rol van de arts en de aanpak van veranderingen, want deze kunnen elkaar anders ferm tegenwerken. In discussies in de sector ontwaren wij op dit moment drie dominante filosofieën over de gezondheidszorg, die bovendien fundamenteel verschillend zijn. Ze zijn in dit artikel uitgewerkt tot drie contrasterende werelden van de zorg, met daarbij passende en elkaar versterkende oplossingen op alle deelterreinen. Wat ons betreft zijn alledrie de werelden mogelijk, gelijkwaardig én aantrekkelijk. Ze zijn bedoeld als steun in de rug voor ieder gezelschap dat praat over de toekomst van de zorg. Niet om te kiezen tussen die werelden, maar om elkaars standpunten te helpen plaatsen en respecteren en op basis daarvan een eigen vierde visie te construeren die veelzijdig én inspirerend is.

Inhoudsopgave

Voorwoord

1	Flauwe compromissen en dappere deelvisies	9
2	Van reisdoel naar reisgids	13
3	Drie werelden vol zorg	17
4	De wereld van het ondernemen	21
4.1	Kijk op organiseren	23
4.2	Kijk op veranderen	24
5	De wereld van het onderhandelen	27
5.1	Kijk op organiseren	29
5.2	Kijk op veranderen	30
6	De wereld van het ontplooien	33
6.1	Kijk op organiseren	35
6.2	Kijk op veranderen	37
7	Droste-effect	41
8	Toepassing en verdere ontwikkeling	43
	Geraadpleegde literatuur	45
	Bijlagen	47

I Flauwe compromissen en dappere deelvisies

Op macroniveau wordt de behoefte aan vernieuwing aangejaagd door een reeks externe ontwikkelingen. Er is *politieke druk*: de vigerende ideologie van de verzorgingsstaat ondervindt concurrentie van het neoliberalisme. Trefwoorden zijn globalisering, liberalisering en individualisering. Het leidt tot rapporten met veelzeggende titels zoals bijvoorbeeld *Beweging in de Zorg*, *Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief*, *Marktwerking in de Zorg*. De roep om deregulering volgt hieruit: geef de markt de ruimte. En zo ontstaat *economische druk*: een roep om transparante, internationale markten. Zorgconcepten, zorgmiddelen, zorginstellingen en zelfs patiënten moeten zich ongehinderd over landgrenzen heen kunnen bewegen. Concentratie en flexibiliteit worden de corresponderende sleutelbegrippen voor de zorgleveranciers. In die vrijere markt speelt vervolgens de nieuwe (kapitaalintensieve) medische technologie een grotere rol: *technologische druk*. De grootste impact wordt verwacht van de gentechnologie, die mensen op termijn meer inzicht zal geven in hun eigen 'gezondheidsrisico's'. Maar ook interactieve diagnostiek via internet, nieuwe manieren van vastlegging van patiëntengegevens (Elektronisch Patiëntendossier), hightech behandelingstechnieken en nieuwe medicijnenregimes zullen de zorg transformeren.

Maar er is ook sprake van tegendruk. Globalisering roept soms angst op: vertrouwde kaders verdwijnen, inclusief de bijbehorende waarden en normen van onze Hollandse verzorgingsstaat. Nieuwe ziekten dreigen ons land binnen te dringen: 'Malaria mag niet naar Nederland'. En daar hebben wij wel nieuwe regulering voor over. De roep om regelgeving is zelfs breder aan het worden: de lobby voor internationale regels voor de bescherming van voedsel en milieu raakt die van de gezondheidszorg. Hoe zit het dan met de markt? Ook daar zijn tegengeluiden. Het mag allemaal niet te Amerikaans worden: veel patiënten en zorginstellingen huiveren bij de gedachte aan tweedeling in de zorg. De zorg moet toch betaalbaar blijven voor iedereen? Bij technologie is er de ethische discussie: waar wordt behandeling onwenselijk, wie heeft er toegang tot de elektronisch opgeslagen patiëntengegevens? En ook: verliezen we ons niet in foefjes en snufjes ten koste van de menselijke maat: betekent zorg ook niet aandacht, respect en steun om het onvermijdelijke te accepteren?

De behoefte aan vernieuwing van de zorg wordt ook gevoeld en verwoord door patiënten(organisaties). Zij oefenen *politieke druk* uit: patiënten worden mondiger. Ze lijken steeds minder beschouwd te willen worden als een casus, maar veeleer als 'klanten' met eigen verwachtingen en wensen. Men is 'baas over eigen buik' en wil zich niet zomaar voegen naar de woorden van de geneesheer. Vele patiënten ervaren bovendien de problemen in de zorg aan den lijve en wijzen daarop: wachtlijsten, gebrek aan alternatieven, ondoorzichtige samenwerkingsrelaties tussen zorgaanbieders, gebrek aan aandacht van verzorgend en verplegend personeel, gebrek aan medische hulpmiddelen etc. Ook zorgen patiënten voor *economische druk*: men is in toenemende mate in staat zelf zorgarrangementen samen te stellen en zo een economische factor te worden. Aanbodgestuurde zorg lijkt zijn langste tijd te hebben gehad. Maar hoe vraaggestuurd willen we het hebben? En zijn we bereid de rekening voor pure zorg op maat te betalen?

Tot slot is er *technologische druk*: patiënten raken beter geïnformeerd. Het komt al voor dat zij bijvoorbeeld via internet beter op de hoogte (denken te) zijn van de recente ontwikkelingen op het gebied van hun ziekte dan de behandelend arts. Zij zullen op basis daarvan in toenemende mate vragen om state of the art geneeskunde en om second opinions, zo nodig bij de (buitenlandse of virtuele) concurrent.

Opvallend is dat op macroniveau tot enige tijd geleden de behoefte aan vernieuwing niet of nauwelijks voortkwam uit het onvoldoende presteren van de gezondheidszorg als geheel, maar uit een honger naar nieuwe ideeën die anticiperen op al die externe druk. Ideeën die meer elan geven aan de sector. Dit elan is nodig om voldoende wervingskracht te hebben op de arbeidsmarkt, maar ook om de onevenwichtige beeldvorming in de pers (zoals wachtlijsten) te kunnen compenseren. Inmiddels is de wachtlijstproblematiek een hot issue. De vraag naar efficiëntie en effectiviteit staat op de politieke agenda. Op patiëntenniveau speelt onvrede met de huidige prestaties al geruime tijd de hoofdrol.

Gevoed door deze externe druk kent de discussie over de toekomst van de zorg geen eind. Studies, congressen en publicaties volgen elkaar daarbij in een rap tempo op. Het STG publiceerde onder meer 'Toekomstbeelden van de curatieve Zorg' en 'Gezondheidszorg geordend' in 1997. ZM Magazine besteedde in 1998 een special aan het onderwerp en in 1999 wijdde de KNMG haar 150-jarige lustrum eraan.

Ook Twynstra Gudde organiseerde een congres over het onderwerp onder de titel 'Futurement'.

In onze ervaring is er een duidelijke diversiteit aan opvattingen en visies bij de actoren in de gezondheidszorg, maar meestal zie je dat niet terug in de gepresenteerde toekomstbeelden. In plaats van contrasterende scenario's is er vaak sprake van één toekomstbeeld. De diversiteit lijkt op twee manieren te worden weggewerkt. Enerzijds zijn er de visies van vakmensen zoals geponeerd op congressen en in publicaties: de opinieleider in de IT, de medisch technoloog, de architect. Deze visies zijn vaak eenzijdig, doordat ze zich beperken tot één deelterrein en daarin stelling nemen. Dat levert soms spannende beelden op, maar door de beperkte onderwerpkeuze leiden deze visies niet tot een samenhangend plaatje. Als je al de deelvisies tracht te vergelijken, dan spreken ze óf elkaar tegen óf ze zijn onvergelijkbaar.

Een andere manier om de diversiteit te hanteren zie je terug in beleidsnota's en instellingsplannen. In de traditie van het poldermodel probeert men bij de visieformulering aan alle belangen een beetje te geven en van alle idealen een beetje te nemen: wél hightech zorg, maar toch betaalbaar, wél vraaggestuurd, maar met de eindverantwoordelijkheid bij de zorgverleners, wél ruimte voor alternatieve geneeskunde, maar in het bestaande ziekenhuis en wél innoveren, maar graag in kleine stapjes. Deze compromisvisies zijn wel generalistisch. En ze zijn niet alleen goed vergelijkbaar, ze lijken zelfs allemaal op elkaar. Het probleem is echter dat met het toedekken van alle verschillen ook de inspiratie vervlogen is.

2 Van reisdoel naar reisgids

Wij menen dat het voor een goed debat over de zorg belangrijk is om de verschillende visies in de sector juist weer boven tafel te brengen. In deze publicatie willen we daarom de diversiteit inzichtelijk maken vóór we stelling nemen of gaan gladstrijken.

We vragen daarom aandacht voor het veld van mogelijkheden dat voor ons ligt, als het gaat om het richten, inrichten en veranderen van de gezondheidszorg. De motieven om de aandacht van het ene reisdoel te verleggen naar de reisgids en van het ene toekomstbeeld naar een veelheid aan mogelijke werelden, zijn veelsoortig. We noemen er hier een viertal.

Filosofische motieven

Volgens een aantal hedendaagse filosofen (Lyotard, Vattimo, e.a.) ligt het tijdperk van de moderniteit achter ons. In dit tijdperk geloofden wij in het idee van één alomvattend gezichtspunt, van waaruit de geschiedenis zich eenduidig als vooruitgang liet beschrijven. De opkomst van de massamedia en het weggewijnen van het imperialisme zijn belangrijke oorzaken van de teloorgang van dit tijdperk. De massamedia zorgden ervoor dat een keur aan subculturen met eigen wereldbeschouwingen voor het voetlicht traden. De dekolonisatie relativeert het westerse etnocentrisme. Ook ons grenzeloos vertrouwen in de (natuur)wetenschappelijke methode liep een deuk op. Van nieuwe fysica tot nieuwe biologie kwam men ons vertellen dat de werkelijkheid niet eenduidig meer is, zelfs niet los van onze waarneming bestaat. De optelsom is een onontkoombare meerduidigheid van die ene werkelijkheid. En dat treft ook de gezondheidszorg: ze zal in toenemende mate verschillende gedaanten aannemen voor verschillende mensen, verschillende plekken, verschillende momenten.

Sociaal-maatschappelijke motieven

"Tot ver in de jaren zeventig bleef het politieke leven gebaseerd op collectieven. Tijdens de opbouw van de verzorgingsstaat was het sociale handelen een zaak van massale organisaties zoals kerken, vakbonden, omroepverenigingen, politieke partijen". In de jaren tachtig zet een proces van ontzuiling en individualisering zich door. "Er vormen zich, juist door de sterk toegenomen mobiliteit en communicatiemiddelen, tal van netwerken waar individuen uit zeer verschillende domeinen, met zeer verschillende sociale overtuigingen en vaak uiteenlopende belangen met elkaar contact maken". (Van den Brink, 1999).

Individuen exploreren en creëren hun eigen individualiteit in deze netwerken en dat doet zich ook in de vraag naar zorg gelden. Met het verdwijnen van de collectiviteiten verdwijnt de 'goed voor allen'-zorg om steeds meer plaats te maken voor zorg op maat. Dat kan leiden tot verschillende vormen van zorg, passend bij de verschillende levensopvattingen van de betrokken patiëntengroepen.

Historische motieven

De geschiedenis van de geneeskunde heeft zijn wortels in het kloosterleven. Sindsdien blijken de doelen en de vormgeving van de gezondheidszorg nooit constant te zijn geweest: we hebben perioden achter ons gelaten waarin achtereenvolgens de spirituele, de asiel-, en de controlefunctie dominant was (zie kader 1). De huidige gezondheidszorg wordt sinds de vorige eeuw sterk bepaald door de empirische wetenschap (evidence based medicine). Maar ook deze functie is tijdgebonden en in verandering. Het was in het verleden anders en het zal in de toekomst anders zijn dan we nu denken. Misschien zullen bepaalde elementen uit het verleden in een nieuwe gedaante weer een rol spelen?

De kerkvader Basilius institutionaliseerde ziekenzorg naast zijn klooster in de vierde eeuw in Klein Azië. Benedictus volgde zijn voorbeeld in de zesde eeuw in Italië en zijn monniken verspreidden de geïnstitutionaliseerde ziekenzorg vervolgens over heel Europa. De kloosterregels van Benedictus vormen de wortels van de mores in de huidige ziekenzorg. De eerste gasthuizen hadden een *spirituele functie*: het doen van goede werken die de monnik in het hiernamaals zouden worden vergolden. Na de kruistochten veranderde dit paradigma van de gezondheidszorg: de hospitalen kregen een *asielfunctie*. Terugkerende mensen trokken door Europa op zoek naar werk en voedsel. Dit zorgde voor onrust. De hospitalen namen de probleemgevallen op om rust en veiligheid in de samenleving te scheppen. De leprozen moesten van de straat en toen die minder voorkwamen namen andere zieken, armen, krankzinnigen en gehandicapten hun rol over: de doelgroep verbreedde zich. De pest in de veertiende eeuw bracht in luttele jaren de bevolking van Europa tot de helft terug. Men ontdekte het idee van 'besmetting' en begon krachtadig de *isolatiefunctie* van ziekenhuizen in te voeren. De overheid ging zich voor het eerst actief met de volksgezondheid bemoeien en stelde pestdokters aan. De ziekte moest worden gecontroleerd door isolatie: de pesthuizen. Tijdens de Franse Revolutie brak een volgende radicale vernieuwing door: de klassieke dokter, die meestal vooral buiten de hospitalen werkte, werd verdrongen door de aanhangers van de empirische medische *wetenschap*. Die zagen het hospitaal als een verzameling van onderzoeksmateriaal, waarmee zij hun opvattingen over gezondheid en ziekte empirisch zouden kunnen funderen. En daarmee werd het lot van medici en ziekenhuizen aan elkaar verbonden.

Kader 1. Historie van de zorg

Veranderkundige motieven

Er is een probleem met het hebben van één toekomstvisie: de voorspellende waarde is gering. Visie is de (onbereikbare) kunst het onzichtbare te zien (Jonathan Swift, 1736). Bill Gates dacht in 1981 nog dat 640K (computer memory) zou voldoen, Thomas Watson als baas van IBM dacht in 1943 dat de wereldwijde markt niet groter zou zijn dan vijf computers, Western Union kon niet inzien dat Bell's telefoon enig nut kon hebben en de Nobelprijswinnaar Millikan was ervan overtuigd dat de atoom nooit gespleten zou worden.

De waarde van een visie is niet de voorspellende waarde: de stuurman stelt zijn koers bij op basis van voortschrijdend inzicht. De waarde van visie berust in het heden: het kunnen reflecteren en communiceren over mogelijkheden als het gaat om het richten, het inrichten en het veranderen. De toekomst wordt in het heden geschapen. Het is daarbij belangrijk juist contrasterende scenario's te hebben om de geest op te rekken in plaats van de geruststellende schijn van de bekende weg. De Geus (1996) laat zien dat de zeldzame organisaties ouder dan 100 jaar hun hoge leeftijd te danken hebben aan hun goede gewoonte allerlei vernieuwing (aan de rand van de organisatie) toe te laten en verschillende mogelijkheden te exploreren.

En wat blijkt: allen verdienen hun geld nu met wat ooit experimenten waren, terwijl de oude 'business' ten onder ging.

3 Drie werelden vol zorg

Een pleidooi voor diversiteit is niet toereikend om het toekomstdebat nieuw leven in te blazen. Er is ook inhoud nodig. Wij hebben daartoe drie werelden geconstrueerd voor de gezondheidszorg, beantwoordend aan criteria die bij scenariovorming relevant zijn (zie kader 2). De drie toekomstvisies zijn gebaseerd op een inventarisatie van dominante denkbeelden bij klanten, bij collegae en in de literatuur. De werelden gaan niet alleen over oplossingen, maar ook over de achterliggende filosofie over gezondheid en zorgsector. Het valt in onze ervaring namelijk niet mee het met elkaar eens te worden over het 'hoe' als je het 'waarom' niet kunt expliciteren. In elke visie hebben we bovendien getracht de samenhang tussen oplossingen op verschillende deelterreinen in kaart te brengen: van huisvesting en IT tot de rol van de arts en de aanpak van veranderingen. Want deze zijn met elkaar verstrengeld en kunnen elkaar nogal tegenwerken.

- Ze moeten *beeldend* zijn in plaats van analytisch. Ze moeten mogelijkheden en emoties oproepen in plaats van semi-wetenschappelijkheid. De reisdoelen moeten aantrekkelijk zijn. "Wanneer je een schip wilt bouwen, breng dan geen mensen bij elkaar om hout aan te slepen, werktekeningen te maken, taken te verdelen, maar leer de mensen te verlangen naar de eindeloze zee" (Antoine de Saint-Exupéry)
- Ze moeten overeenstemmen met de bestaande *diversiteit* aan opvattingen. Ze moeten de belangrijkste mogelijkheden dekken, niet weglaten. En elk scenario moet gelijkwaardig uitgewerkt zijn. In de reisdids moeten de favoriete reisdoelen van veel mensen te vinden zijn
- ze moeten ervoor zorgen dat mensen zich *bewust* worden van de eigen uitgangspunten en die van anderen, zodat onbegrip en spraakverwarring plaats kunnen maken voor het onderkennen en respecteren van verschillende werelden naast elkaar. Dit besef is een soort metaconcept of metataal
- En tot slot moet er *niet gekozen* worden. Vanuit de visies kan men beter (met elkaar) eigen nieuwe werelden ontwerpen. Een eigen reisdoel, zelf georganiseerd en gerealiseerd. Los van oude stramienien indien men dat wenst. "Life shrinks or expands in proportion to one's courage" (dagboek van Anaïs Nin, 1903-1997)

Kader 2. Aan welke eigenschappen moeten de toekomstvisies voldoen?

We beschouwen elk van de drie werelden als realiseerbaar én aantrekkelijk. Ze zijn bedoeld als steun in de rug voor ieder gezelschap dat praat over de toekomst van de zorg. Niet om te kiezen tussen de werelden, maar om elkaars standpunten te helpen plaatsen en respecteren en op basis daarvan een passende eigen visie te construeren; wereld nummer vier. Wij willen niet pretenderen dat één van 'onze' werelden alle problemen van het heden in de tijd zal oplossen: "Time is no healer" (T.S. Elliot). Noch zijn het drie oermodellen die als werkzame krachten de ontwikkeling bepalen. Het is een palet van mogelijkheden. Niets meer, niets minder.



Wij nodigen u als lezer uit, voordat u verder leest, een moment te reflecteren op vragen als: wanneer weet u dat u ziek bent en wat verwacht u als reactie van uw behandelaar? En als u manager van een ziekenhuis zou zijn, hoe zou u continuïteit proberen te garanderen als uw organisatie financieel krap zit? In gesprekken leidt de diversiteit aan antwoorden op dit soort vragen tot de afbakening van de drie werelden. Deze werken we één voor één uit in de volgende paragrafen. Daarin kunt u mogelijk ook uw eigen antwoorden herkennen.

- In de eerste wereld is gezondheid een recht, waarvoor je alle technologie gebruikt die je maar kunt betalen. De zorg wordt geleverd door een bedrijf dat 'swingt' en zich op de vrije markt weet te manifesteren. Deze eerste wereld hebben we *de wereld van het ondernemen genoemd*
- in de tweede wereld is gezondheid een gift en ziekte een gegeven. Het ideaal van de zorgzame samenleving concretiseert zich in de beschikbaarheid van een basispakket van zorg voor iedereen. Dat wordt geleverd door grote, efficiënt werkende organisaties zodat het betaalbaar blijft. Deze wereld noemen we *de wereld van het onderhandelen*
- In de derde wereld is gezondheid iets wat lichaam en geest betreft. Je zoekt je eigen genezing op beide vlakken. Daar zoek en selecteer je een zorgverlener waarmee je goed overweg kunt en die op je vragen inspeelt. Als patiënt vind je je eigen weg in een netwerkmaatschappij waar de zorg deel uitmaakt van het dagelijkse leven. Deze laatste wereld noemen wij *de wereld van het ontplooien*

Kader 3. Korte typering van de drie werelden

In kader 3 is een korte typering van de drie werelden gegeven. In de bijlage treft u in tabelvorm de werelden in trefwoorden aan. In de volgende paragrafen beschrijven wij de werelden uitgebreid. Deze beschrijvingen zijn opgebouwd uit drie kenmerken, die tezamen het skelet van elke wereld vormen. Onze overtuiging is dat de drie kenmerken per wereld elkaar versterken: het is een 'package deal'.

De kenmerken zijn:

- de kijk op de wereld, inclusief een visie op gezondheid en de functie van de zorg
- de kijk op organiseren, bestaande uit een beeld van de organisatie, de bedrijfsvoering en de rol van technologie en huisvesting
- de kijk op veranderen, die zich uit in de typische stappen in het veranderingsproces, de selectie van actoren en de rol van veranderaars.

4 De wereld van het ondernemen

De wereld van het ondernemen is een moderne wereld, een 'brave new world'. Hier heerst het geloof in de vooruitgang van de westerse cultuur: de maatschappij gaat nog steeds vooruit! Er is groot vertrouwen in de (natuur)wetenschap en de techniek, gebaseerd op een beleving van een groot verschil tussen heden en verleden, tussen hier en de derde wereld. Deze wereld heeft daardoor een oriëntatie op de kenbare en meetbare werkelijkheid, het streven naar de beste oplossing en de technische perfectie.

De hoeksteen van deze wereld wordt gevormd door het autonome individu, dat zijn eigen leven vorm geeft. De kwaliteit van het leven wordt in hoge mate bepaald door optimalisatie van genot en minimalisatie van pijn en lijden. Esthetiek en consumentisme horen daarbij. Hier en daar kan het zelfs wat hedonistisch zijn. De boodschap wordt verkondigd dat je het geluk in eigen hand hebt. 'Success breeds success'.

In deze wereld geldt het adagium: 'Stilstand is achteruitgang'. Er wordt voortdurend geïnvesteerd in nieuwe veelbelovende ontwikkelingen op wetenschappelijk, technologisch en commercieel gebied. Kansen worden gegrepen. En de vrije markt is een werkterrein dat dynamiseert. De hoop op groei is een drijvende kracht: groei in naam, in markt, in gewin. Daarbij worden desinvesteringen in kwijnende bedrijfsactiviteiten of -middelen niet geschuwd. Waar gehakt wordt, vallen spaanders en succes dwing je af.

Ziek en gezond

In deze wereld is het uiterlijk een goede spiegel van het innerlijk. Een gezond lichaam suggereert een gezonde geest. Gezondheid hoort bij schoonheid en succes. Men is geneigd gezondheid als een recht te beschouwen: de mogelijkheid om alles te kunnen. Ziekte is iets dat je moet proberen uit te bannen.

Deze opvatting komt voort uit een mechanistische visie waarin geest en lichaam een soort intelligente machine vormen. Ziekte is dan een defect dat empirisch kan worden vastgesteld en door goede preventie en innovatieve behandeling kan worden geminimaliseerd.

De functie van de zorg

De zorg is een dienstverlenersmarkt. Op de vrije markt zal de medische instelling technologische mogelijkheden omzetten in een veelheid aan producten. Nieuwe producten vergroten de vraag naar zorg. Door laserbehandeling leven zonder bril? Men zal in de marketing het hightech karakter van zijn producten benadrukken. Enerzijds om hiermee het vertrouwen van de consument te winnen, maar anderzijds om een sfeer van exclusiviteit en moderniteit uit te stralen. De patiënt wil waar voor zijn geld: eenduidige diagnoses en duidelijke genezingsoplossingen op maat. De zorgaanbieder zal veel aandacht besteden aan de enscenering van de zorg. Deze moet klantvriendelijk, ontspannen en mooi zijn.



4.1 Kijk op organiseren

In de wereld van het ondernemen wordt de kern van gezondheidszorgorganisaties gevormd door product-marktcombinaties. Product-marktcombinaties onderscheiden zich van elkaar door de snelheid waarmee men kennisintensieve producten en de benodigde investeringsmiddelen aan elkaar kan koppelen. De verschijningsvorm van de organisatie is die van een frontoffice die wordt ondersteund door een backoffice. Hierbij kunnen verschillende aanbieders in een netwerk van dezelfde backoffice gebruikmaken. Zo'n backoffice kan bijvoorbeeld een administratieve of een opslagfunctie betreffen. Maar hij kan ook de gedaante aannemen van een regionaal werkend laboratorium of regionaal centrum voor zeer gespecialiseerde diagnostiek en/of behandelingen. De zorgorganisaties kenmerken zich door een individualistische en competitieve cultuur onder haar medewerkers die ondernemerschap stimuleert. Rationele argumenten tellen en er wordt op zakelijke wijze leiding gegeven. Het personeel is geïnteresseerd in carrièremogelijkheden en vindt dat beloning gebaseerd moet zijn op feitelijke prestaties in plaats van dienstjaren of leeftijd.

Bedrijfsvoering

De organisaties zijn in sterke mate gericht op 'return on investment'. Men zoekt naar producten met unique selling points. Als aan een product geen behoefte is of als een andere instelling een (niet kopieerbaar) beter product heeft, dan wordt er gedesinvesteerd. Men is ervan overtuigd dat in deze competitieve omgeving innovatie van levensbelang is. De bedrijfsvoering is dan ook zo 'lean and mean' mogelijk: business process redesign optimaliseert de bedrijfsvoering en houdt de overhead krap: geld gaat naar de dienstverlening en productontwikkeling. Diensten die de kerncompetentie raken worden altijd behouden, maar andere kunnen worden uitbesteed. Om flexibel en efficiënt te zijn, is de dienstverlening zoveel mogelijk modulair opgebouwd. De zorg zal uit marketingoverwegingen zoveel mogelijk in de vorm van maatwerk (gebaseerd op modulair samengestelde producten) worden aangeboden. Hotelfaciliteiten zijn naar keus, patiëntgegevens zijn te koop. De omvang van de organisatie is vooral afhankelijk van haar opbrengsten: als het goed gaat, wordt men groter.

Technologie

De medische, informatie- en communicatietechnologie zijn de drivers bij het formuleren van nieuwe producten, de 'technology push'. De behandelaars onderhouden nauwe contacten met de ontwikkelafdelingen van de industrie. En ze zijn bereid om ethische grenzen ter discussie te stellen en die niet op te leggen aan de consument, ook als de technologieën nog niet geheel zijn uitgekristalliseerd.

Huisvesting

De huisvesting van de frontoffice van de zorgaanbieders is zo gekozen dat deze de marketing ondersteunt. Zichtbaarheid en bereikbaarheid zullen hierbij dominante criteria zijn. Dat kan zelfs in een winkelcentrum of bij uitgaanscentra zijn. Daarnaast zal deze huisvesting sfeer en allure moeten uitstralen. De huisvesting van de backoffice zal meer perifeer zijn. Als de bereikbaarheid voor patiënten een rol speelt, zal deze backoffice aan een vervoersas van regionale betekenis worden gesitueerd. Klantvriendelijke logistiek is de dominante factor voor het bepalen van de opzet van de offices. Om flexibel te blijven, zal de zorgaanbieder een huisvesting kiezen die hij ook weer gemakkelijk kan afstoten. Zijn voorkeur gaat uit naar huur- en leaseconstructies boven eigendom.

4.2 Kijk op veranderen

De veranderstrategieën in deze wereld hangen nauw samen met de kijk op de wereld: veranderingen worden ontworpen op basis van een heldere, onderbouwde visie en worden planmatig uitgevoerd. Er is vertrouwen in de maakbaarheid van de verandering. Verandering moet, rust roest. Marketinginformatie bepaalt de richting van de verandering in de buitenwereld: de effectiviteitsvraag (de goede dingen doen). Intern gerichte veranderingen worden gestuurd door efficiëntie-overwegingen (de dingen goed doen).

Elke verandering is weer anders, maar in de regel zal men de verandering stapsgewijs aanpakken om doorzichtigheid en beheersbaarheid te optimaliseren. Typische stappen kunnen zijn:

- onderzoek: sterkte/zwakte-analyses, marktverkenningen, concurrentie-analyse, benchmarking en dergelijke
- visievorming: op basis van de onderzoeksgegevens wordt een beste visie geformuleerd en deze wordt ook gecommuniceerd
- resultaatformulering: de visie wordt vertaald naar concrete resultaten op verschillende terreinen. Dit kunnen nieuwe producten zijn, nieuwe huisvesting, afslankingsoperaties, etc.
- organisatorische inrichting: projectorganisaties worden geformeerd om veranderingen door te voeren, maar ook om (continu ontwikkelende) dienstverlening te verzorgen. De resterende activiteiten worden organisatorisch gescheiden in een front- en een backoffice
- implementatie: projectorganisaties dragen zorg voor realisatie van diensten en veranderingen. Heldere afspraken worden gemaakt over taakverdelingen, monitoring en beslismomenten.

Bij al deze stappen streeft men naar het voorkomen van conflicten, het reduceren van complexiteit en het stimuleren van zelfmanagement door het belonen van successen.

Dominante spelers

Bij het ontwerpen en implementeren van veranderingen zijn er een aantal dominante spelers. Allereerst is daar het medisch-technologisch complex als belangrijkste stuwende kracht achter de ontwikkelingen in de zorgverlening. We denken hierbij aan ontwikkelingen op het gebied van medische apparatuur, behandelmethodes en geneesmiddelen. Een tweede dominante speler is de ICT-sector, niet alleen door zijn bijdrage aan medische apparatuur, maar ook door het stroomlijnen van administratieve processen en door het scheppen van kanalen voor 'content': telemarketing, telezorg, zelfdiagnostiek, etc. Een derde categorie aan spelers wordt gevormd door de (schade)verzekeraars. Om zich te onderscheiden van de concurrentie zullen zij in toenemende mate bereid zijn om nieuwe (en soms omstreden) producten in hun pakketten op te nemen. Deze drie spelers zullen samenwerken met de zorginstelling op commerciële basis, soms ook in allianties. Tot slot is er de overheid die, weliswaar op de achtergrond, eindverantwoordelijk blijft voor de kwaliteitsbewaking. Zij zal het daadwerkelijke toezicht in toenemende mate bij onafhankelijke, commerciële bureaus onderbrengen.

Competenties van veranderaars

De belangrijkste veranderaars in deze wereld zijn managers. Zij moeten beschikken over analytische en beeldende vermogens: dat stelt hen in staat onderzoek en visievorming tot een goed einde te brengen. Zij moeten bovendien bedrijfsmatig en commercieel kunnen denken. En goede presentatievaardigheden en overtuigingskracht hebben om hun visie te kunnen verkopen aan managers, aan externe partners en aan medewerkers. Maar ook moeten zij complexe processen in (beheersbare) stappen uiteen kunnen rafelen. Dat vraagt projectmatige vaardigheden en doorzettingsvermogen. De focus van de veranderaars is op kennis en resultaten.

De risico's en de valkuilen die de veranderaar in deze rationele wereld ontmoet, hebben te maken met het te gemakkelijk negeren van irrationele aspecten bij medewerkers en klanten. Deze kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op onzekerheid bij medewerkers of een veranderende politieke omgeving. De projectmatige aanpak hecht aan het behalen van een vooraf gesteld resultaat volgens de vastgestelde aanpak met als gevolg dat over mensen heen kan worden gewalst. Veranderaars kunnen bovendien in de verleiding komen om meer te 'verkopen' dan zij waar kunnen maken: hoogdraverij in wervende plannen terwijl de werkelijkheid dan weerbarstiger blijkt.

5 De wereld van het onderhandelen

De wereld van het onderhandelen heeft het adagium ‘samenleven doe je niet alleen’ en niemand mag tussen wal en schip raken. In deze wereld klinkt nog een zachte echo van het middeleeuwse ideaal van Gods Stad (Civitate Dei) op aarde (Leupen, 1996). In deze (vroeg) middeleeuwse gedachtengang heerst de overtuiging dat de wereld is verworpen tot een wildernis. De overheid (destijds in de gedaante van de vorst) heeft tot taak om die wildernis te temmen en er een afspiegeling van het hemelse Jeruzalem van te maken. In de twintigste eeuw is deze gedachte radicaal geseculariseerd. Het hemelse Jeruzalem is vervangen door de Verzorgingsstaat. Aanvankelijk speelden totalitaire concepten daarbij een rol, maar heden ten dage domineert de weg van de sociale democratie: een ‘incremental approach’, waarbij een brede betrokkenheid van maatschappelijke actoren is vereist (A. Etzioni, 1968).

De bouwstenen van deze wereld worden gevormd door gemeenschappen: je identiteit en je vervulling als individu ontleen je aan de mate waarin je een gewaardeerd lid van een gemeenschap kan zijn. De oriëntatie ligt in deze wereld op de waarden en normen die een verantwoord samenleven mogelijk maken, waarbij het besef leeft dat de ideale samenleving als ‘grand design’ niet kan worden afgedwongen. Het gaat om een weg van kleine stappen, die in voortdurende onderhandelingen met alle maatschappelijke actoren kan worden bewandeld. Het is de wereld van de bestuurder die weet te manoeuvreren in politieke krachtenvelden. Hier heerst ons poldermodel waarin haalbare compromissen worden verkozen boven de beste inhoudelijke oplossing uit de wereld van het ondernemen.

Deze wereld gelooft niet in de creatieve destructie die in de wereld van het ondernemen heerst. Men hecht aan regulering om de gemeenschap tegen de onzekerheid en de imperfecties van de markt te beschermen. Vooruitgang wordt juist mogelijk geacht door allerlei neveneffecten van de markt te bestrijden. Het gaat dan om het reduceren van tweedeling in de maatschappij, het bewaken van werkgelegenheid, het beperken van milieu- en natuurdestructie en dergelijke.

Ziek en gezond

In deze wereld gaat het niet om de perfectie. Niemand is volmaakt. Gezondheid is een gift en geen recht (zoals in de wereld van het ondernemen). Het gaat erom of je als lid van de samenleving volwaardig kunt functioneren. Is dit niet zo, dan wordt dit door artsen gelegitimeerd en benoemd: ziekte is dat wat in medische boeken staat.

Iedereen heeft de taak om als een goed rentmeester aan zijn eigen gezondheid te werken, maar niet iedereen zal hier helemaal in slagen. Daarom zal de samenleving altijd bereid zijn om in de vorm van gezondheidszorg iedereen de helpende hand te reiken. Gezondheid wordt in deze wereld breder opgevat dan het afwezig zijn van defecten: het gaat hier meer om welzijn en welbevinden, wat ook mensen met gebreken is gegund.



"Het zit niet in het pakket, maar we vinden vast wel een aanvaardbare tussenweg."

De functie van de zorg

Het zal niet verwonderlijk zijn dat in deze wereld gezondheidszorg een maatschappelijke functie is, met een breed basispakket aan zorg dat voor iedereen toegankelijk is. Hierbij wordt ernaar gestreefd om binnen redelijke kosten zoveel mogelijk zorg voor iedereen te realiseren. Het hoofddoel is om mensen, reactief, te genezen. Men gebruikt bewezen technologie (middletech) en betaalbare verzorging (middlecare). De zorg ontleent haar status en geruststelling dus niet aan uitgebreide begeleiding of bijzondere technologie, maar veeleer aan de uitstraling van autoriteit van de artsenbehandelaars (als verre nazaten van de priesters?). De zorg ontleent haar positie in de samenleving aan talloze wetten die het aanbod van de zorg reguleren en die eisen stellen aan burgers en hun leefomstandigheden als het om gezondheid gaat. De zorg is daarmee ook een instrument in de beheersing van de orde en regelmaat in de samenleving.

5.1 Kijk op organiseren

De organisatie streeft naar een maatschappelijke legitimatie van haar bestaan. In dat kader past het zuinig en efficiënt omgaan met geld van de samenleving, maar ook het in principe voor iedereen toegankelijk zijn. Om de efficiëntie en de toegankelijkheid goed te bewaken, maakt men gebruik van omvangrijke sets aan procedures die zich richten op gelijke behandeling van gelijke gevallen, beheersing van kosten en stabiliteit. Deze beheersingsbehoefte leidt er ook toe dat er een hang is naar één grote kernorganisatie met daaromheen satellieten, gebaseerd op afspraken met andere spelers in de regio. Er zijn aanzienlijke stafafdelingen en duidelijke hiërarchieën. Er heerst een overlegcultuur. Beleids- en besluitvormingsprocessen zijn meer gericht op het zorgvuldig afwegen van belangen dan op daadkracht en rationaliteit. Medewerkers zien weinig verschil tussen de verschillende zorgaanbieders: ze lijken allemaal een beetje op elkaar, óók wat betreft de arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden. Medewerkers ontlelen hun motivatie dan ook niet zozeer aan carrière en beloning op basis van prestaties, maar meer aan de samenwerking binnen hun afdeling en de positie die ze zich kunnen verwerven op basis van ervaring en leeftijd.

Bedrijfsvoering

De organisatie heeft een verzorgende functie voor de regio. Extra inspanningen om zich te profileren zijn niet nodig, want de zorgaanbieder heeft vaak een dominante positie in de regio. De bedrijfsvoering verspilt daarom weinig energie aan marketing, maar richt zich meer op doel-middel optimalisatie. Niet winst maken, maar binnen het budget blijven is het parool. Patiënten moeten zich hier meer of minder naar schikken. Dit komt onder andere tot uiting in de verschillende standaard aanpakken ten aanzien van zorg en facilitaire dienstverlening waarmee de patiënt te maken krijgt. En het gegeven dat de agenda van de arts een stuk belangrijker is dan die van de patiënt.

Uit efficiency-overwegingen zijn veel directe zorgactiviteiten en ondersteunende activiteiten onder een dak bij elkaar gebracht. Gevoel voor de efficiëntie van de organisatie verkrijgt men door benchmarking met andere instellingen. De bereidheid om elkaar bedrijfsgegevens te laten zien, komt onder andere voort uit het ontbreken van een echte concurrentie. Hotelfaciliteiten zijn standaard voor omschreven situaties. Patiëntgegevens zijn alleen beschikbaar voor zover privacy-wetgeving dat toestaat. De omvang van de organisatie wordt niet bepaald door haar opbrengsten, maar door het afgesproken verzorgingsgebied en de efficiëntie in de bedrijfsvoering.

Technologie

In deze wereld wordt de drijvende kracht van de (medische) technologie ingeperkt. Belangenverstrengeling tussen kapitaalverschaffers, industrie en artsen wordt bovendien zoveel mogelijk tegengegaan. Nieuwe technologie wordt alleen ingevoerd als de meerwaarde duidelijk is aangetoond. Informatietechnologie richt zich sterker op de interne organisatie dan op innovatie van de zorg zelf. De samenleving bewaakt de ethische implicaties van de introductie en toepassing van nieuwe technologie.

Huisvesting

In deze wereld wordt allerlei zorg onder één dak aangeboden. De zorgaanbieder heeft de uitstraling van een soort warenhuis: groot, stedenbouwkundig verantwoord, maar ook een beetje ernstig en degelijk. Geen frivole gebouwen voor shoppende gezondheidsconsumenten. Vaak zijn verschillende klinieken gegroepeerd rondom een centraal overdekt plein waar horeca-achtige voorzieningen zijn gesitueerd. De zorgaanbieder vervult een regionale functie en is derhalve optimaal gekoppeld aan het regionale verkeers- en vervoerssysteem. Hij is aan de periferie van de stedelijke bebouwing gesitueerd om ook per auto goed bereikbaar te zijn. Soms zijn er decentrale dependances om het verzorgingsgebied iets te vergroten.

5.2 Kijk op veranderen

De veranderstrategieën in deze wereld zijn gebaseerd op het bijeenbrengen van belangen. Het is een ruilproces gericht op het bereiken van goede compromissen. Naar buiten toe betekent dit dat de bestuurder manoeuvreert, naar binnen dat hij/ zij motiveert. Verandering wordt niet gezocht, die dient zich dagelijks aan.

Als eerste fase in de veranderingsprocessen zullen bestuurders de belangen verkennen: van financiers, van belangenorganisaties, van toeleveranciers, van bonden en dergelijke. Zij hebben goede antennes daarvoor, wegen de belangen af en schatten de mogelijkheid van coalities in. Pas daarna proberen zij het

allemaal te kanaliseren. Vaak gaat dit gepaard met allerlei commissies, vertrouwenspersonen en bemiddelaars. De resultaten worden vastgelegd in beleid en overeenkomsten. En er wordt vervolgens ook naar gehandeld. Binnen de organisaties is het personeelsbeleid een uitvloeisel hiervan: een zorgvuldig bouwwerk van beoordeling en beloning. De bestuurder beweegt in kleine stappen: de zorgvuldigheid en bezonnenheid van het proces is de belangrijkste garantie op een duurzaam resultaat. Conflicten zijn onvermijdelijk in deze onderhandelingswereld, maar het doel is ze tijdig te hanteren, stabiliteit te optimaliseren en steun te belonen.

Dominante spelers

In deze wereld, waar de concurrentie tussen zorgaanbieders grotendeels afwezig is, zullen zorgaanbieders zich verenigen in koepels die voor hun belangen opkomen in onderhandelingen. De overheid werpt zich op als de belangrijkste behartiger van de patiëntenbelangen. Of zorgverzekeraars een rol spelen, hangt af van de gekozen wijze van financiering van de zorg: uit de belastinggelden of uit separate (sociale) verzekeringspremies. In dat laatste geval kunnen de zorgverzekeraars een rol spelen, afhankelijk van de speelruimte die de overheid hen geeft in de vorm van taken en bevoegdheden. Omdat de instellingen hen nauwelijks als gesprekspartner zien, zullen de patiëntenorganisaties zich vooral tot de politiek richten. Datzelfde geldt voor de sociale partners, die hun nadrukkelijke wensen hebben inzake de kosten van de zorg en inzake de snelle toegang tot de zorg voor zieke werknemers.

Competenties van veranderaars

De belangrijkste veranderaars in deze wereld zijn de bestuurders. Zij moeten vertrouwd zijn met het krachtenveld dat de gezondheidszorg bepaalt. Zij weten daarbij goed in te schatten welke gevolgen kleine verschuivingen in het machtsverevenwicht kunnen hebben. Daarnaast beschikken zij over onderhandelingsvaardigheden en zelfbeheersing. Zij zijn in staat om achterbannen te informeren over de (tussen)resultaten van het onderhandelingsproces of te mobiliseren als dat hun onderhandelingspositie ten goede komt. Op instellingsniveau zullen de veranderaars veel topdown werken vanuit de behoeften van de organisatie, maar daarbij zorgvuldigheid weten te betrachten en een en ander zo weten te motiveren en bij te stellen tot er voldoende draagvlak bij het personeel ontstaat. De veranderaar is evenwichtskunstenaar.

Een typisch risico in deze onderhandelingswereld is dat er veel tijd in getouwtrek of zelfs machtsstrijd kan worden gestoken. Soms resulteert dit in veel papier waarin geen werkelijke keuzen worden gemaakt: ze staan dan vol met lege frasen of verhullen tegenstrijdigheden. Ook kunnen initiatieven van individuen verstikt raken doordat met iedereen altijd maar rekening moet worden gehouden.

6 De wereld van het ontplooien

De wereld van het ontplooien is geen moderne wereld, maar meer een postmoderne wereld. Men houdt zich niet zo bezig met de meetbaarheid of eenduidigheid van vooruitgang. Vooruitgang wordt meer gezien als een gezichtspunt, 'beauty is in the eye of the beholder'. Men gelooft niet dat je een 'brave new world' kan scheppen, noch dat het poldermodel geluk kan brengen. Men gelooft veeleer dat er sprake is van een autonome ontwikkeling, een soort evolutiegedachte en dat wij aan die evolutie kunnen bijdragen en sturen door te leren: over de betekenis van maatschappelijke ontwikkelingen, over de rol van de gezondheidszorg en over de zin van ziekte. Het creërende bewustzijn staat centraal. Het adagium in deze wereld is wat gechargeerd uitgedrukt: 'Wij creëren onze eigen werkelijkheid'. Niet in de zin van 'alles kan, als we het maar willen', maar meer in de zin van begrijpen wat er gebeurt en onze bijdrage daaraan onderkennen. Het leven is (een leven lang) leren.

De hoeksteen van deze wereld wordt gevormd door autonome individuen die in netwerken hun eigen gemeenschappen scheppen. Zoveel individuen als er zijn, zoveel gemeenschappen ontstaan er. Allemaal verknoot. In die zin is er geen sprake meer van één maatschappelijke ontwikkeling of één werkelijkheid. Of zelfs van één gezondheidszorg. Er zijn vele gepercipieerde werkelijkheden en vele andere vormgevingen van leven, werken, minnen en leren. De kwaliteit van leven hangt nauw samen met de mate waarin wij transparant zijn voor onszelf en daarmee in staat zijn om de omstandigheden dienstbaar te maken aan onze zelfontplooiing en onszelf dienstbaar te maken voor de ontwikkelingen om ons heen (zelfsturing). Daarin spelen anderen een grote rol. De valkuilen van het isolement en de leegte van het individualisme worden zo vermeden: niet door een zorgzame samenleving, maar door de geschapen loyaliteit in eigen netwerken.

Als we de wereld van het ontplooien filosofisch willen labelen, dan stuiten we op termen als holisme, chaosdenken en postmodernisme. En in de organisatieleer het principe van zelfsturing en lerende organisaties. Het naast elkaar gebruiken van deze labels doet recht aan het veelkleurige en pluriforme karakter van deze wereld.

Ziek en gezond

In deze wereld is gezondheid geen recht noch een gift: het is levenskunst. Ziekte ziet men als een teken van onbalans: niet alleen van het lichaam, maar ook van de geest of zelfs van de ziel. Ziekte wordt niet gedefinieerd als iets dat empirisch moet worden bepaald of in de boeken van de medische wetenschap moet staan: ziekte is iets dat je voelt. Je bepaalt zelf of je ziek bent en het is in die zin een zelfgekozen perspectief. Als gevolg daarvan komen nieuwe ziekten op de agenda van de medische wetenschap waarbij men pas gaandeweg tot lijsten met symptomen weet te komen. Ziekte wordt gezien als iets onvermijdelijks waar je zelf betekenis aan geeft. En welbevinden schept men door, ongeacht de medische conditie, naar zichzelf te luisteren, stil te staan bij wat er gebeurt en dat serieus te nemen. In zekere zin is ziekte een impuls tot leren over jezelf. Men hervindt zo de energie om zich te hernieuwen en te hervinden.

De functie van de zorg

De zorg is gebaseerd op een mondige bevolking, die de middelen opeist om haar eigen verantwoordelijkheden voor de eigen gezondheid waar te kunnen maken. De zorg zal zich zo moeten organiseren dat ze heel dicht raakt aan situaties en omstandigheden waar mensen uit balans kunnen raken. Gegeven dit uitgangspunt zal de zorg veel dichterbij of zelfs in het dagelijkse leven worden aangeboden. Eén van de rollen van de zorgaanbieder is die van 'levensadviseur', die samen met de hulpvrager op zoek gaat naar de betekenis van de ziekte en de behandeling die past bij de patiënt. Er zijn geen dogma's over hoe er moet worden behandeld: de zorg is intens vraaggestuurd. Het kan hightech zijn, maar soms ook arm aan medische ingrepen. Maar het is altijd hightouch: de zorgverlener zal veel aandacht besteden aan de kwaliteit van het contact met zijn cliënt. Dit moet betrokken en persoonlijk zijn: dat stelt de patiënt gerust. Omdat elke behandelaar zo transparant mogelijk is over de eigen kwaliteiten kan de patiënt goed kiezen tussen behandelaars. Bovendien helpt die transparantie in de vorming van fluctuerende netwerken voor multidisciplinaire zorg aan specifieke patiëntengroepen.



“Laat ‘t maar gebeuren. Luister naar je vitale innerlijk...”

6.1 Kijk op organiseren

In de wereld van het ontplooiën wordt de kern van de gezondheidszorg-organisaties gevormd door de individuele behandelaars. Elke behandelaar onderscheidt zich van zijn collega's door zijn specifieke kwaliteiten en op basis daarvan zal hij/zij zich aansluiten bij een meer of minder permanent zorgnetwerk. Kenmerkend voor een dergelijk zorgnetwerk is dat naast behandelaars ook zorgvragers er onderdeel van uitmaken en door hun zorgvragen de ontwikkeling van het netwerk bepalen.

Deze netwerkorganisaties organiseren interacties en ideeën: want zo ontstaat kennisstapeling. Er wordt veel in leren geïnvesteerd. En juist dat wordt beschouwd als de belangrijkste garantie voor succesvolle behandeling. De zorgnetwerken kenmerken zich door een open en persoonsgerichte cultuur die respect voor verschillen uitstraalt. Binnen een dergelijke cultuur past een organische besluitvorming en een regisserende leiderschapsstijl. De motivatie van de behandelaars is niet gebaseerd op formele beloning of positie, maar meer op hun eigen mogelijkheid betekenisvol werk te doen en zich te ontplooiën.

Bedrijfsvoering

De netwerkorganisaties richten zich op waardetoevoeging in de breedste zin des woords: niet op winst of efficiëntie. Ze zijn sterk servicegericht in plaats van productgericht en scheppen geen markt, maar volgen de individuele vragen. Omdat verschillende netwerken zich op verschillende vragen en patiënten richten, is er geen sprake van één soort bedrijfsvoering, maar van verschillende. Zo zullen ook de accommodaties met bijbehorende faciliteiten verschillen. Maar netwerkorganisaties hebben gemeenschappelijk dat zij informatie- en communicatiefaciliteiten aan zorgvragers leveren, zodat die gemakkelijker de voor hen passende zorg kunnen vinden. De logistiek wordt sterk door de patiënt bepaald en niet door het ziekenhuis. Behandelaars kunnen ervoor kiezen om via een soort backoffice zich van bepaalde vormen van ondersteuning te laten voorzien. Dat kan gaan om ondersteuning op het gebied van diagnostiek, behandeling, administratieve processen etc. De stabiliteit van het netwerk wordt bepaald door de mate waarin zorgvragers en zorgaanbieders waardetoevoeging voor patiënten realiseren: is dit niet het geval, dan veranderen de netwerken van aard, want leven en sterven hoort ook op organisatieniveau bij het leven. De omvang van de netwerkorganisatie wordt niet bepaald door opbrengsten, verzorgingsgebied of efficiëntie: het vermogen tot samenwerken binnen het netwerk is bepalend.

Technologie

De medische, informatie- en communicatietechnologie worden niet genegeerd, maar ingepast in een zorgverlening die ook conventionele of alternatieve geneeswijzen niet schuwt. Omdat de technologie slechts één van de middelen is, zal niet alle energie worden gericht op het verder ontwikkelen ervan. Technologie die zich richt op leren en informeren zal met voorrang worden ingezet. De betekenis van technologie voor de ethische discussies is beperkt, omdat in deze wereld wordt uitgegaan van de autonomie van de zorgvrager, die zelf in hoge mate bepaalt wat voor zijn of haar zelfontplooiing het beste is.

Huisvesting

De huisvesting zal er vooral op gericht zijn om de kwaliteit van het contact tussen zorgvrager en zorgaanbieder te ondersteunen. Dit betekent dat de huisvesting een menselijke maat houdt. Gezien de wisselende aard en omvang van de zorgnetwerken zal er niet één gebouwtype prevaleren. Er zullen gebouwen zijn die onderdeel uitmaken van de alledaagse woon- en leefomgeving om daarmee uit te drukken dat zorg een onderdeel van het gewone leven is. Zo wordt het ook voor vrijwilligers gemakkelijk om dicht bij huis zorgwerk te verrichten. Maar ook zullen er retraite-achtige plekken zijn die reflectie ondersteunen. Voor hightech behandeling zullen faciliteiten worden gedeeld, mogelijk in paviljoens in het midden van de natuur, om het klinische karakter van een dergelijke behandeling wat te neutraliseren.

6.2 Kijk op veranderen

De veranderstrategieën in deze wereld vloeien direct voort uit de kijk op de wereld. Veranderingen worden niet planmatig in deelstappen tot stand gebracht, noch wordt er tussen belangen gemanoeuvreed. In plaats daarvan plaatsen veranderaars aan verschillende kanten van het netwerk interventies die de organisatie helpen ontwikkelen als een levend organisme. De optelsom van deze interventies *kunnen* over een langere termijn grote gevolgen hebben, maar sterk voorspelbaar is dat niet, laat staan beheersbaar. 'De weg is zeker zo belangrijk als de herberg.' De interventies richten zich meestal op leren: over de eigen manieren van denken en doen. Het gaat daarbij eerder over de wijze van samenwerken en leiding nemen dan over zaken als structuren en systemen. Een uitzondering hierop is het transformatieproces van een klassieke organisatie naar een lerende (netwerk)organisatie: daar probeert men blokkades voor spontane bottom-up organisatie-ontwikkeling eerst weg te nemen. En dat gaat dan bijvoorbeeld gepaard met het verplatten van de organisatie, het decentraliseren van verantwoordelijkheden naar autonome en zelfsturende eenheden en het flexibiliseren van de ondersteunende processen.

In het organisatienetwerk zijn verder de volgende interventies denkbaar:

- het regisseren van samenhang tegen eilandencultuur en energieversnippering in. De samenhang wordt geschapen door het participatief conceptualiseren van de richting en de doelen van een (netwerk) organisatie die ook verheldert wat de bijdrage is die de leden van het netwerk leveren
- het scheppen van leersituaties. Het gaat hier om het verbreden en verdiepen van de professionaliteit van alle leden van de organisatie. De werkvormen kunnen variëren van lowtech intervisie, coaching en opleidingen tot hightech kennissystemen, research en dergelijke
- het investeren in de ondersteunende processen, vooral in die processen die direct de kwaliteit van de professie beïnvloeden
- het poreus maken van de organisatiegrenzen. Mensen en organisatie-onderdelen kunnen voor diverse organisaties werken en fungeren zo als kennisverwerwers waar het externe trends, kennis en contacten betreft. Het doel is om het absorptievermogen van de organisatie te vergroten
- het optimaliseren van de dynamiek van de organisatie door te zoeken naar een optimaal conflictniveau waarbij het professionele debat levend blijft. Ook het (informeel) belonen van experimenten en leiderschap kan hieraan een bijdrage leveren.

Dominante spelers

De mondige patiënten staan centraal. Zij bepalen met hun zoektocht naar zorg het aanbod. Sommige patiënten zullen zich hierbij tot (virtuele) patiëntengroepen aaneensluiten. Een andere belangrijke groep zijn de visionaire behandelaars, die vorm weten te geven aan vaak nog onvoldoende gearticuleerde zorgvragen en/of nieuwe allianties tussen behandelaars en zorgvragers. Een derde speler is de mediasector, die een steeds grotere invloed zal krijgen in de zelfdiagnose en de zelftherapie, maar ook in het scheppen van een informatieweb dat de patiënt helpt zoeken en leren. De laatste groep wordt gevormd door een soort onderlinge verzekeringsmaatschappijen, met een grondslag passend bij het (virtuele) patiëntennetwerk waar zij maatwerk voor bieden.

Competentie van veranderaars

In de andere werelden vinden we de belangrijkste veranderaars aan de top: hier is dat niet het geval. Er zijn vele veranderaars. Om de diversiteit van professionals in een platte organisatie te kunnen hanteren, zullen deze veranderaars een goed inzicht moeten hebben in de interacties tussen mensen. Zij zijn in staat leersituaties te scheppen en communicatie te verhelderen. Zij kunnen mensen om hen heen binden en bruggen slaan tussen divergerende professionele opvattingen. Belangrijk is ook een goed inzicht in de basispatronen in de samenleving en de directe omgeving, opdat men blokkades voor (organisatie)ontwikkeling weet te onderkennen en op te ruimen. De veranderaars weten om te gaan met onzekerheid en spelen niet op veilig. Waar nodig zijn ze in staat anderen te confronteren. Toch moeten er onder de groep veranderaars ook

mensen zijn die meer managerial zijn ingesteld en in staat zijn gemeenschappelijke ondersteunende processen te organiseren in hightech behandelcentra. Juist voor deze veranderaars is dienend vermogen een belangrijke competentie.

De valkuilen voor veranderaars in deze organische wereld schuilen in een overmaat aan reflectie ten koste van actie. Soms kan ook een te positief wereldbeeld knellen: alsof iedereen altijd en overal over alles zou willen leren. Andere risico's liggen in het onvoldoende inzicht hebben in de drijvende krachten, in modieus aanlopen achter de ontwikkelingsgedachte en in het elkaar onvoldoende aanspreken op kwaliteit.

7 Droste-effect

Zijn de werelden in uw ogen wel gelijkwaardig? Even mogelijk?

Even aantrekkelijk? De meeste keren dat wij het model gebruikten, vonden de deelnemers van niet. De één vond de wereld van het ontplooien vaag. De ander vond die nou juist van deze tijd. Vaak staat de voorkeurswereld niet los van de eigen functie: informatietechnologen voelen zich vaak thuis in de wereld van het ondernemen, bestuurders in de wereld van het onderhandelen, verplegenden in de wereld van het ontplooien. En bij de medische staf lijkt het vaak van de discipline af te hangen. Soms lijkt er ook verschil te zijn tussen sectoren: wordt de geestelijke gezondheidszorg minder geraakt dan andere sectoren door de wereld van het ondernemen? Patiënten pendelen in hun voorkeur vaak tussen de wereld van het ondernemen, waar het nieuwste van het nieuwste wordt aangeboden, en de wereld van het ontplooien, waarin (het levensverhaal van) de hele patiënt centraal staat.

Het lijkt in ieder geval alsof de meeste mensen een vertrouwdheid ervaren met één van de werelden en van daaruit de andere werelden interpreteren en beoordelen. In die zin is er sprake van een 'Droste-effect': het cacaobusje met een verpleegster erop die een blikken cacaobusje in haar hand houdt met... Je hebt niet alleen een wereldbeeld, je maakt er ook deel vanuit. Wat vindt iemand uit de ene wereld van iemand uit de andere wereld? In tabel 1 hebben wij dit met enkele trefwoorden getypeerd.

De discussie tussen de betrokkenen loopt gemakkelijk spaak als men van zichzelf de eigen impliciete overtuigingen over gezondheidszorg niet weet: het model is een kleine steun deze te onderkennen, waardoor de reflex tot oordelen soms plaats kan maken voor bereidheid tot respect. Het ideaal van communicatie komt dan dichterbij: dat wij leren zo dicht mogelijk langs elkaar heen te praten. In het gesprek tussen arts en patiënt, tussen management en medewerker, tussen zorginstelling en maatschappelijke partner.

	De wereld van het ondernemen vindt...	De wereld van het onderhandelen vindt...	De wereld van het ontplooiën vindt...
... over de wereld van het ondernemen	Prima	Technocraten zonder oog voor de onderkant van de samenleving	Innovatievelingen zonder oog voor de mens of de zin van het leven
... over de wereld van het onderhandelen	Touwtrekkers zonder fantasie, die op de boedel uit het verleden passen	Prima	Status quo verdedigers die patiënten wil blijven bevoogden
... over de wereld van het ontplooiën	Moeilijk te volgen filosofen, die daadkracht missen en technologie schuwen	Dromers met teveel vertrouwen in mensen en te weinig in medische vakmatigheid	Prima

Tabel 1. Wat de werelden van elkaar vinden

Een ander Droste-effect doet zich voor in het gesprek over combinaties van de werelden en de verdere ontwikkeling ervan. En ook over de ruimte voor pluriformiteit. Kunnen binnen een instelling meerdere werelden bestaan, bijvoorbeeld per geleding? Is er divergentie in een sector mogelijk? Wat is dan het platform voor het gesprek? Mensen uit de wereld van het ondernemen zijn meestal het duidelijkst tegen combineerbaarheid: we moeten leren kiezen! Pluriformiteit in opvattingen is goed, maar er moet wel een manager zijn die consistente besluiten neemt! Daartegenover staan mensen uit de wereld van het onderhandelen: die geven vaak aan dat er nu al uit alle werelden onderdelen worden ingepast in de zorg en dat het onrealistisch is te kiezen voor één van de werelden. We lenen gewoon van alles wat. En bestuurders balanceren tussen de pluriformiteit van opvattingen en belangen. Mensen uit de wereld van het ontplooiën geloven vooral dat de keus of balanceerkunst van bazen niet langer richtinggevend moet zijn: er mogen wat hun betreft organisaties met ondernemersbloed zijn naast organisaties met onderhandelstraditie en netwerken met ontplooiingsneiging. Pluriformiteit moet niet beperkt worden tot opvattingen, maar zich in de vorm uiten: zeer verschillende organisaties naast elkaar.

8 Toepassing en verdere ontwikkeling

Het model heeft zijn nut bewezen in het diagnosticeren van mensen en organisaties, in het verhelderen van communicatie en het visualiseren van een eigen toekomst. Wat nog weinig aandacht heeft gekregen is de vraag of er situationele kenmerken zijn die aan kunnen geven welke wereld wanneer (als veranderstrategie) voor een instelling een goed antwoord vormt.

Wij vermoeden dat mogelijke kenmerken zijn: de context van de instelling, de fase waarin een organisatie zich bevindt, de aard van de veranderambitie en de voorkeur van de betrokken veranderaars (zie kader 4). Eén ding is duidelijk: het debat is nog lang niet af. En dat is precies de bedoeling.

- Als de context er een van deregulering is en de financiering niet onder druk staat, dan is er meer ruimte voor investeringen of dat nu in hightech of highcare is. De wereld van het onderhandelen wordt hier gerelativeerd.
- Als de instelling in een oprichtingsfase zit, dan past daar een pioniersambitie bij die zich slecht verhoudt tot de wereld van het onderhandelen. Maar voor een instelling in de stervensfase is dat waarschijnlijk de meest geschikte wereld
- Als de veranderambitie groot is, dus een vernieuwingsopgaaf en niet een verbeteropgaaf, kan dan de dominante wereld niet beter verlaten worden, zodat het niet meer van hetzelfde is?
- En tot slot, moeten dominante veranderaars handelen in overeenstemming met hun huidige geloof en competentie in een van de werelden? Ervan uitgaande dat het niet zo makkelijk is jezelf zomaar een andere wereldbeeld aan te meten, betekent dit dat het legitiem is dat de veranderaars hun eigen voorkeur volgen zolang dit mogelijk blijft. Maar het impliceert ook dat veranderaars zich regelmatig moeten afvragen of het niet tijd is dat zij de organisatie verlaten omdat hun wereldbeeld de organisatie niet langer verder helpt

Kader 4. Een verkenning van situationele toepassing van de werelden

Geraadpleegde literatuur

- G. van den Brink, *Een schaars goed; De betekenis van de zorg in de hedendaagse levensloop*, NIZW, 1999
- L. de Caluwé, H. Vermaak, *Leren veranderen; een handboek voor de veranderkundige*, Kluwer, 1999
- A. Etzioni, *The active society, a theory of societal and political processes*, Macmillan, 1968
- A. de Geus, *Ondernemingen: wat zijn dat?*, Nijenrode Management Review, 1996, 1:7-14
- P. Leupen, *Gods stad op aarde; Eenheid van Kerk en Staat in het eerste millennium na Christus*, Wereldbibliotheek, 1996
- J.F. Lyotard, *Het postmoderne weten*, Kok, 1987 (oorspronkelijk: *La condition postmoderne*, 1979)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur, *Beweging in de Zorg: krachten en ontwikkelingen binnen het stelsel*, oktober 2000
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur, *Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief*, oktober 2000
- H. Stevens, H. Westerveld, 'Het ziekenhuis in wording', ZM Magazine, 1998, 12:4-9
- G. Vattimo, *De transparante samenleving*, Boom, 1998 (oorspronkelijk *La societa trasparente*, 1989)
- H. Vermaak, 'Men zegt dat professionals niet te managen zijn'. Nijenrode Management Review, 1997, 7:12-27

Bijlagen

Een overzicht van de werelden

1. Kijk op de wereld
2. Kijk op organiseren
3. Kijk op veranderen

Kijk op de wereld	Wereld van het ondernemen	Wereld van het onderhandelen	Wereld van het ontplooiën
Idealen	• Technologische perfectie • De beste oplossing • Kenbare werkelijkheid • Ondernemerschap • Individualisme/hedonisme	• Verantwoorde samenleving • De haalbare oplossing • Onderhandelde werkelijkheid • Politieke krachtenvelden • Individuele gemeenschappen	• Autonome ontwikkeling • Betekenisvolle initiatieven • Gepercipieerde werkelijkheden • Bewustwording • Zelfsturende netwerken
Vooruitgang	• Stilstand = achteruitgang • Sprong vooruit naar hightech • Verandering door vernieuwing • Dynamiserende vrije markt • Consumptie stimuleert • Creatieve destructie	• De beste stap is een kleine stap • Optimalisering met middletech/care • Verandering door manoeuvreren • Stimulerende geleide markt • Verantwoorde consumptie • Vooruitgang liefst zonder destructie	• Vooruitgang een gezichtspunt • Continue evolutie met highcare • Verandering door leren en zelfsturing • Vraaggerichte parallele markten • Consumptie naar kernbehoeften • Vooruitgang geeft winst en verlies
Geestverwanten	• Natuurwetenschappelijk • Vrije markdenken • Neoliberalisme	• Sociaal-wetenschappelijk • Polderdenken • Sociaal-democratie	• Holistisch • Chaosdenken • Postmodernisme
Ziekte	• Ziekte is empirisch bepaald • Ziekte hoeft er niet te zijn • Ziekte is technisch	• Ziekte staat in de medische boeken • Ziekte is een onvermijdelijk kwaad • Ziekte raakt lichaam én geest	• Ziekte geeft de mens zelf aan • Ziekte heeft betekenis • Ziekte is een verstoord evenwicht van lichaam, geest, ziel en omgeving
Gezondheid	• Gezondheid is een recht • Gezondheid is: alles kunnen • Je koopt gezondheid als een te consumeren goed	• Gezondheid is een gift • Gezondheid is: functioneren in de maatschappij • Je houdt gezondheid in stand door verstandig handelen	• Gezondheid is een zienswijze • Gezondheid is: evenwicht in jezelf en met je omgeving • Je luistert naar 'jezelf' en daar volgt vitaliteit uit
Gezondheidszorg	• Een markt voor dienstverleners • Allerlei producten voor wie betaalt • De zorg is oneindig vraagcreërend • Zorg is zo plezierig mogelijk • Medisch technologisch behandelt • Hightech stelt gerust	• Een maatschappelijke functie • Een basispakket voor iedereen • De zorg is oplossingsgericht • Zorg biedt zoveel mogelijk zekerheid • Arts-specialist behandelt • Status van de arts stelt gerust	• Mensen die eigen verantwoordelijkheid opeisen • Veel mogelijkheden voor wie zoekt • De zorg is intens vraaggericht • Zorg biedt zoveel mogelijk inzicht • 'Levensadviseur' helpt behandeling • Kwaliteit van contact stelt gerust

Kijk op organiseren	Wereld van het ondernemen	Wereld van het onderhandelen	Wereld van het ontplooiën
Organisatie	- Organisatie is een product-markt combinatie - Organisaties organiseren geld- en kennisintensieve producten 'Virtuele' bedrijven met frontoffice en backoffice - Specialisatie en differentiatie - Competitieve cultuur - Rationele besluitvorming en zakelijke leiderschapstijl - Personeel is carriëregericht - Formele beloning naar prestatie	- Organisatie is een geheel van procedures - Organisaties organiseren hulpverleners en patiënten - Grote kernorganisaties gebaseerd op afspraken tussen de GZ-spelers - Echelonnering en stafvorming - Overlegcultuur - Politieke besluitvorming en behorende leiderschapstijl - Personeel is samenwerkingsgericht - Formele beloning naar positie	- Organisatie is een samenspel van mensen - Organisaties organiseren interacties en ideeën - Fluctuerende netwerken van behandelaars en patiënten - Autonomie en verbinding - Persoonsgerichte cultuur - Organische besluitvorming en regisserende leiderschapstijl - Personeel streeft naar ontplooiing - Informele beloning binnen professie
Bedrijfsvoering	- Streven: return on investments - Productgericht (Unique Selling Points) - Zorg- en behandelmodules - Flexibele logistiek door organisatie - Brede marketing - Patiëntgegevens te koop - Opbrengst bepaalt omvang	- Streven: doel-middeloptimalisatie - Productiegericht (benchmark) - Standaardpakketten - Vaste logistiek door organisatie - Wachten op patiënten uit regio - Patiëntgegevens beschikbaar binnen kaders van privacy-wetgeving - Efficiency bepaalt omvang	- Streven: waardetoevoegingen - Servicegericht (kwaliteit) - Samenhangend en op maat - Eigen logistiek door patiënt - Gidsing van patiënten - Patiëntgegevens in handen van patiënt - Samenwerking bepaalt omvang
Technologie	- Technologie schept nieuwe zorg - IT gefocust op nieuwe producten - Groei door technology push - Technologie verlegt grenzen van ethiek	- Technologie versterkt bestaande zorg - IT gefocust op interne organisatie - Groei door bewezen praktijk - Politieke bewaking van de ethiek van beproefde technologie	- Technologie houdt menselijke maat - IT gefocust op leren/informeren - Groei door technology pull - Ethiek is een individuele kwestie, los van de technologie
Huisvesting	- Ondersteunt de marketing - Mix van front/backoffices - Oók mobiel of in winkelcentra - Sfeer en allure: 'funproduct'	- Ondersteunt de logistiek - Stedenbouwkundig verantwoord en grootschalig - Alleen decentraal door regelgeving - Sfeer en allure: gewoontjes, degelijk	- Ondersteunt de behandeling - Mix van dichtbij en retraite-achtig - Decentrale (groeps) praktijken - Sfeer en allure: menselijke maat

Kijk op veranderen	Wereld van het ondernemen	Wereld van het onderhandelen	Wereld van het ontplooiën
Voorkeursstrategie	• Rationeel ontwerpen • Naar buiten: ondernemen • Naar binnen: lean and mean • Motto: de wereld is maakbaar	• Horizontaal en verticaal ruilen • Naar buiten: manoeuvreren • Naar binnen: motiveren • Motto: de wereld is een compromis	• Gezamenlijk ontwikkelen • Naar buiten: verkennen • Van binnen: organiseren van het leren • Motto: leven is leren
Typische aanpak	• Onderzoek uitvoeren • Beste visie vinden en communiceren • Concrete resultaten invoeren • Projectorganisaties invoeren • Backoffices en frontoffices scheiden • Conflict voorkomen, complexiteit reduceren en successen belonen	• Extern belangen bij elkaar brengen • Intern overleg productief maken • Alle compromissen vastleggen • Zorg optimaliseren in kleine stappen • Mensen verleiden tot gewenst gedrag door middel van personeelsbeleid • Conflicten tijdig hanteren, stabiliteit optimaliseren en steun belonen	• Organisatie verplattend en verantwoordelijkheid decentraliseren • Registeren van samenhang/richting • Investeren in professionalisering • Op orde brengen van ondersteuning • Organisatiegrenzen poreus maken • Conflict optimaliseren, flexibiliteit stimuleren en experimenten belonen
Dominante spelers	• Medisch-technologisch complex • ICT-sector • (Schade)verzekeraars • Overheid	• GZ-instituten • (Zorg)verzekeraars • Overheid • Beroeps- en belangengroepen	• Patiënten(groepen) • (Visionaire) handelaars • Multimediasector • (Onderlinge) verzekeraars
Competentie voor veranderaars	• Analytisch denken en beeldend vermogen • Bedrijfsmatig handelen en commercieel inzicht • Projectmatig werken en doorzettingsvermogen • Goede presentatievaardigheden en overtuigingskracht	• Omgevingskennis en gevoel voor (machts)verhoudingen • Onderhandelingsvaardigheid en zelfbeheersing • Personeelsmanagement en zorgvuldigheid • Communicatievaardigheid en motiverend vermogen	• Didactisch inzicht en communicatief vermogen • Patroonherkenning en zelfinzicht • Confrontatievaardigheden en omgaan met onzekerheid • Management van professionals en dienend vermogen
Typische risico's	• Over mensen heen walsen • Irrationele aspecten negeren • Hoogdraverij	• Overmaat aan getouwtrek en papier • Verstikken van het individu • Veronachtzamen van vernieuwing	• Gebrekkelijk inzicht in drijvende krachten • Soft gedoe • Laisser faire, gebrek aan actie

Twynstra

Companies

Twynstra Gudde Management Consultants

Twynstra Gudde Interim Management

Twynstra Gudde Project Executives

Twynstra Gudde Corporate Strategy and Finance

Twynstra The Bridge

Twynstra Work Innovation

DEGW Twynstra

DEGW España

Alliance

Corp Consultants, Amsterdam

