



Pauline Meurs is hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam

Het 1e niveau van leidinggeven

Reorganiseren en herstructureren zijn in de gezondheidszorg aan de orde van de dag. Veranderen is niet meer de uitzondering maar een permanente conditie in zorgland. De overwegingen om al deze reorganisaties door te voeren zijn tijdgebonden. Dan is het weer de fusie die tot herziening van de structuur dwingt, dan weer de noodzaak om te bezuinigen. Nu gaat het vooral om klantgerichte organisaties die zich kunnen handhaven in een meer competitieve omgeving.

De historicus James Kennedy verbaast zich als geboren Amerikaan maar nu woonachtig in Nederland over de reorganisatiewoede van de Nederlanders. Opmerkelijk, zo stelt Kennedy, is dat Nederlanders nog steeds geloven in de maakbaarheid van de samenleving. Die illusie van maakbaarheid geven zij vorm door hun organisaties voortdurend te reorganiseren. De hoop - zo luidt de observatie van Kennedy - is dat al die reorganisatie-inspanningen tot betere organisaties zullen leiden. Niet alleen in de zorg maar ook bijvoorbeeld in de rijksdienst is er een niet aflatbare stroom voorstellen om de organisaties effectiever en efficiënter te laten functioneren. Dikke rapporten volgen elkaar op, de voorgestelde veranderingen worden wel ingevoerd maar nooit afgemaakt omdat dan de volgende reorganisatie zich alweer aandient. Veel van deze processen blijven als het ware halverwege steken.

Bij organisatieveranderingen horen ook veranderaars, degenen die bedenken hoe het moet, leiding geven aan de processen en als ze het niet zelf kunnen of willen anderen inschakelen om de kar te trekken. Raden van Bestuur zijn in deze tijd de veranderaars bij uitstek. Ook uit onderzoek naar het doen en laten van zorgbestuurders komt naar voren dat zij veranderaars (willen) zijn. Een belangrijk deel van hun tijd besteden zij aan strategie, positionering en herstructurering van de zorgorganisatie waaraan zij leiding geven. Als zij nieuw aantreden hebben zij ook meestal een veranderingsopdracht op zak. De voorganger heeft het - naar hun oordeel - maar zelden goed achtergelaten. Bovendien elk zichzelf respecterende bestuurder wil zijn (en een enkele keer haar) eigen stempel drukken op de instelling en dat is natuurlijk begrijpelijk. En toch moet mij iets van het hart. Wat mij opvalt is dat veel van de voorgestelde organisaties er op gericht zijn om de Raad van Bestuur meer ruimte te geven om te besturen. Anders gezegd het operationele deel van de organisatie moet worden versterkt zodat de bestuurder zich minder met managen hoeft bezig te houden en meer met besturen. Nog los van het feit dat ik helemaal niet geloof in een strikt onderscheid tussen managen en besturen (een onzinnig onderscheid: een goede bestuurder moet ook kunnen managen anders raakt hij of zij los van zijn organisatie en dat kan niet de bedoeling zijn), gaat de aandacht te eenzijdig uit naar

hoe de bovenbouw van de organisatie er uit moet zien. Denk maar aan de discussies in de ziekenhuizen over de inrichting van de topstructuur en meer in het bijzonder de vorming van divisies waaronder verschillende afdelingen/disciplines ressorteren. In heel veel zorginstellingen wordt gesproken over de vorming van divisies, over resultaatverantwoordelijke eenheden, over servicecentra die dan de divisies moeten bedienen en over goede afstemming tussen de divisies. Omdat elk onderscheid in divisies, clusters of resultaatverantwoordelijke eenheden suboptimale gevolgen heeft, is er altijd discussie over de beste indeling. Wat er ook gekozen wordt, er ontstaan nieuwe coördinatieproblemen. Moet er in een ziekenhuis gekozen worden voor snijdend, beschouwend en ondersteunend of dit achterhaald en verdient een portfolio-benadering de voorkeur? En hoeveel divisies moeten het zijn? Op deze vragen zijn vele antwoorden mogelijk en na veel werkgroepen, stuurgroepen, extern advies wordt een keuze gemaakt. En dan verdwijnt de aandacht omdat de volgende strategische opgave alweer wacht. Hoe de afdelingen of de units moeten functioneren is een kwestie van uitwerking, als de hoofdingeling maar klopt zo luidt het veel gehoorde devies. Het is juist deze houding die ik hier ter discussie wil stellen. Er gaat teveel aandacht uit naar het vrijwaren van de bestuurder van managementtaken en naar het optuigen van een topstructuur. De trap wordt zelden helemaal schoongeveegd, laat staan dat er onder aan de trap wordt gekeken, en wil je boven komen moet je toch echt op de eerste trede beginnen. Het is mijn stelling dat in de gezondheidszorg het eerste niveau van leidinggeven schandelijk is verwaarloosd. In alle reorganisatiedrukke zijn zij het kind van de rekening, een fatsoenlijk profiel ontbreekt en een opleidingsbudget voor hen is vaak te karig. Zij worden in veel gevallen opgezadeld met een onmogelijke opdracht, zoals in de thuiszorg waar sommigen van hen direct verantwoordelijk zijn voor meer dan tachtig medewerkers. Is het dan gek dat verpleegkundigen en verzorgenden zich aan hun lot overgelaten voelen? Willen de professionals hun patiënten en cliënten de beste zorg geven die zij verdienen, dan moeten zij zich gesteund weten door een direct leidinggevende die met ze meedenkt en de juiste organisatorische randvoorwaarden weet te regelen. Minder reorganiseren aan de top dus en meer investeren in de afdelingshoofden, en teamleiders of unit-hoofden. Hun kwaliteiten moeten gekoesterd en versterkt worden. Ik zou willen dat de leidinggevendenden die het meest dicht bij de zorg zelf staan op een voetstuk worden geplaatst. Daar is geen enkele reorganisatie of herstructurering voor nodig.

Ik nodig **Cathy van Beek** uit, lid van het bestuur van de NZa, om een volgende column te schrijven.