

SENECA JOURNAAL
IS EEN UITGAVE VAN
HET SENECA CONGRES

Seneca

Journal



JUNI 2011 NUMMER 1
JAARGANG 10

Jan Kimpfen: Specialiseren loont

DOSSIER: NO GUTS NO GLORY

13 leiders over Zorg 3.0





Frank de Grave,
Voorzitter Seneca

RESULTATEN DIE TELLEN

Seneca Congres viert zijn tweede lustrum, en we kunnen tevreden terugkijken op tien jaar Seneca. Niet vanuit zelfgenoegzaamheid, maar omdat Seneca Congres echt veel bereikt heeft. Zorgbestuurders uit de cure en care bogen zich samen met beleidsmakers over belangwekkende en nog altijd actuele onderwerpen. De aanpak van het ziekteverzuim, arbeidsproductiviteit, goed werkgeverschap en governance. Tijdens al die congressen kwam telkens weer naar voren hoeveel we van elkaar en van de sector kunnen leren. De betrokkenheid en maatschappelijk toegevoegde waarde vormt de basis van het Seneca Congres. En daar kijken we ieder jaar opnieuw kritisch naar, want dat is het bestaansrecht van Seneca.

Die meerwaarde zal krachtiger dan ooit tot uitdrukking komen op het komende Seneca Congres in Berlijn. Het congressthema prikkelt: Zorg 3.0. Nieuwe leiders gezocht?! Maar het daagt de congresdeelnemers ook uit. Tot het vinden van oplossingen, nieuwe strategieën en scenario's voor een toekomstbestendige zorgsector. Een sector waarin de patiënt-cliënt centraal staat en waar gestuurd wordt op kwaliteit en resultaat. Tegelijkertijd zullen we in alle eerlijkheid en openheid elkaar de vraag moeten stellen of we voor die toekomst nieuwe leiders nodig hebben.

Het is een enerverend en uitdagend thema, en daarom is het goed dat Seneca Congres dit jaar in het buitenland plaatsvindt. Om de benodigde intensiteit te bereiken is het noodzakelijk dat deelnemers even loskomen van de waan van de dag, niet gestoord worden en niet in de verleiding komen om een half dagje eerder weg te gaan voor andere, ongetwijfeld dringende zaken.

Toonaangevende sprekers en een inspirerende omgeving waar een toekomstvisie wordt ontwikkeld. Waar afspraken worden gemaakt. Ik verwacht er veel van!

Frank de Grave
Voorzitter Seneca

Colofon

Seneca Journaal wordt toegezonden aan deelnemers van het Seneca-congres en andere belangstellenden in de zorgsector. Sponsors van het Seneca-congres zijn PGGM, IZZ, PinkRocade Healthcare, UVIT, Ernst & Young, Springer Media/Bohn Stafleu van Loghum.

Concept & realisatie:

Axioma Custom Media, Baarn

T 035 548 81 40 / www.axioma.nl

- 4 **Het congressthema**
Seneca Congres werpt met Zorg 3.0 een blik op de toekomst,
vindt Seneca-projectleider Bart Blanken
- 6 **Best practice: UMC Utrecht 3.0**
Pleidooi voor specialisatie door Jan Kimpen
- 9 **Dertien deelnemers over Zorg 3.0**
Gesprekken met zorgbestuurders over visie en leiderschap.
No guts no glory!
- 17 **Leiderschap**
Te veel begrip voor de weerstand en argumenten
van professionals leidt tot niets

www.senecacongres.nl

Leiders gevraagd ---

Lange tijd was het een verdeelde stad. **Berlijn**. Maar nu is het Europa's grootste culturele, politieke en wetenschappelijke centrum. Een stad van **nieuwe ideeën**. Het ideale decor voor Seneca Congres 2011. Want nieuwe ideeën zijn nodig in de zorgsector. Nieuwe **leiders** misschien ook. Of is de zittende macht in staat de noodzakelijke **hervormingen** en **strategieën** uit te voeren? In Berlijn gaat, nee, moet het gebeuren. Niet langer problemen signaleren, maar **creatieve oplossingen** zoeken.

BART BLANKEN
CHIEF MARKETING OFFICER
PGGM

☎ 030-2771330
✉ BART.BLANKEN@PGGM.NL
📺 ACTIEF OP LINKEDIN
🌐 WWW.PGGM.NL

BART BLANKEN, PGGM

Zorg 3.0. Nieuwe leiders gezocht?!

De zorgsector weet voor welke uitdagingen ze staat. En daarom zullen tijdens het aankomende Seneca Congres vooral oplossingen centraal staan. Nieuwe denkrichtingen, creatieve strategieën, slimme antwoorden op prangende vragen. Een keur van boeiende sprekers zorgt voor inspiratie.

“Als we een ding geleerd hebben van de Seneca Congres Terugkomdag in Lauswolt is het wel: loslaten. We moeten anders denken over de zorg. Veel minder in financiële kaders en kosten. Het gaat vooral om een ander perspectief, een andere blik op de toekomst. De uitdagingen zijn gesignaleerd, nu is het tijd voor oplossingen.” Bart Blanken, Chief Marketing Officer van PGGM en Seneca-projectleider vond wat dat betreft Han Noten een van de meest inspirerende sprekers van het afgelopen Seneca congres. “Hij belichtte op zeer persoonlijke wijze dat ouder worden niet per definitie gelijk staat aan ziek zijn. Dat

hulp of verzorging niet langer een automatisme is. En dat kinderen - net als vroeger - een grotere rol kunnen spelen bij de verzorging van hun ouders. Hij maakte ook de belangrijke knip tussen zorg en wonen. Scheiding daarvan is een belangrijk agendapunt voor de toekomst.” Belangrijk was ook de boodschap van Leon van Halder, directeur-generaal Curatieve Zorg bij het ministerie van VWS. De sector moet de regie in eigen hand nemen, anders missen ze belangrijke kansen. “De kracht en vernieuwing van de zorgsector moet van binnenuit komen”, stelt Blanken. “We moeten stoppen met oorzaken en

gevolgen bij de politiek of de zorgverzekeraars te leggen. Wat dat betreft was Gerard Kleisterlee een mooi voorbeeld. Philips heeft zelf de strategische keuze gemaakt om een belangrijke speler in healthcare te zijn. Zij denken niet in termen van vergoedingen of verzekeringen. Het draait bij hen om goede producten en beantwoorden van de markt vraag.”

Zorg 3.0

Het collectieve stelsel zoals we dat in het verleden kenden, met budgetten en aansturing vanuit de kostenkant, zouden we als Zorg 1.0 kunnen betitelen. We zitten nu midden in de volgende fase: Zorg 2.0, waarin het draait om de vraag van de patiënt en de cliënt. We luisteren naar de klant, signaleren waar beweging aan de vraagkant zit en springen daar op in. Maar volgens Blanken volgt op deze fase onherroepelijk Zorg 3.0. “De prestaties en het resultaat staan dan centraal. Nu baseren veel instellingen hun bestaansrecht op het ziek zijn van mensen. Maar in Zorg 3.0 verschuift de focus van ‘ziek zijn’ naar ‘gezond zijn en gezond blijven’. Dat zijn de punten aan de horizon waar we naar toe moeten werken. Vanuit deze gedachte zijn we gekomen tot de thematiek voor Seneca Congres 2011 gekomen: Zorg 3.0. Nieuwe leiders gezocht?!”

Volgens Blanken heb je als zorgbestuurders in deze tijden een helikopter blik nodig, je moet in staat zijn om strategisch en vernieuwend te denken. “Tijdens het congres gaan wij samen nadenken, richtingen zoeken, scenario’s bedenken. Stond in voorgaande Seneca Congressen het signaleren van problemen centraal, Seneca Congres Berlijn staat in het teken van het aan-dragen van oplossingen, strategieën en vergezichten. Tegelijkertijd zullen we ons ook de vraag moeten stellen of we die toekomst in kunnen met de bestaande structuren en leiders, of dat er nieuwe leiders nodig zijn. Kortom: Seneca Congres Berlijn wordt een inspirerend en richtinggevend congres!” ■

Specialiseren loont

Er is geen boekje of uitgebreid document waarin de nieuwe strategie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht beschreven staat. Niet nodig, vindt Raad van Bestuursvoorzitter Jan Kimpen. “Ruim vijfhonderd medewerkers hebben bijgedragen aan UMCU 3.0, het is een *ongoing* proces dat breed wordt gedragen.”

Het is de derde strategienota, en daarom lag de naam 3.0 voor de hand. Maar niet alleen daarom. “Het getal drie staat ook voor onze taken: zorg, onderwijs en onderzoek. Bovendien heeft het iets moderns, iets vooruitstrevends”, stelt Jan Kimpen, sinds 2009 voorzitter van de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht. Vooruitstrevend is het zeker. Met 3.0 maakt het Universitair Medisch Centrum zeer nadrukkelijk keuzes voor de toekomst. Ingrijpende keuzes. “De kern van de strategie is dat wij door scherp te kiezen het UMC Utrecht duidelijk profileren. Hierdoor kunnen wij in de toekomst een topinstituut blijven.”

Niet versnipperen

Zes aandoeninggebieden. Daar wil het UMC Utrecht zich op concentreren (zie kader op pag. 8). Het zijn de speerpunten waar het ziekenhuis al goed in was, en waarin het nog beter wil worden. “Je kunt nu eenmaal niet in alle vakgebieden excelleren. Ziekenhuizen moeten van het

idee af dat ze alles willen bieden. Dat is financieel onhaalbaar en er is bovendien te weinig human capital beschikbaar. Je hebt in Nederland gewoon niet voldoende topkinderartsen of in Parkinson gespecialiseerde dokters om acht academische ziekenhuizen te voorzien.” Maar nog belangrijker vindt Kimpen het belang van de patiënt. Als academische ziekenhuizen zich breed blijven opstellen, versnipper je de zorg, wat leidt tot lagere kwaliteit. “Neem een aandoening als cystic fibrosis. Er is onderzoek gedaan waaruit blijkt dat in grotere CF-centra patiënten een betere levenskwaliteit hebben en langer leven. Bovendien worden er minder agressieve therapieën toegepast. Als je dat weet, moet je dus niet dertig CF-patiënten per jaar willen behandelen. Die moet je verwijzen naar een gespecialiseerd centrum.” Volgens Kimpen is deze denkwijze vaak wel even slikken voor specialisten. “Ja, maar zo kleeft je ons vak uit, is dan het argument. Maar dat is natuurlijk een enorm foute incentive. Je gaat toch een patiënt geen betere zorg ontzeggen, omdat jij niet wilt dat je vak wordt uitgekleeft?”

Andere tijden

De nieuwe strategie heeft ook invloed op onderzoek en opleiding, de twee andere takken van sport binnen het UMC Utrecht. “We leiden nu voor alle 26 deelspecialismen op. En ik hoop deze ook te houden, maar ik ga niet opleiden om het opleiden. Het UMC Utrecht richt





*Je kunt niet in
alle vakgebieden
excelleren*

Fotografie: Ruud van Zwet

zich op bepaalde patiëntengroepen. Als een specialisme daar niet bij aansluit, zal de opleiding wat minder in ons ziekenhuis plaatsvinden en meer in de perifere ziekenhuizen. In die verhouding kun je schuiven. Wij hebben als Raad van Bestuur ons lot aan de nieuwe strategie verbonden. Wat wij in ieder geval niet zullen doen is de strategie aanpassen omdat anders professor zus-of-zo ongelukkig wordt.” Ook voor onderzoekers zijn andere tijden aangebroken. “Vaak werd trots gezegd dat er een subsidie was binnengehaald voor een onderzoek. Dat is niet langer het uitgangspunt. Onderzoek dat we doen moet aansluiten op de zes gekozen speerpunten.” Volgens Kimpen zijn er genoeg opties. Onderzoekers kiezen een ander onderwerp, of zorgen ervoor dat ze volledig *self supporting* het onderzoek van hun keuze doen. “En wie weet is dat zo goed, dat we over tien jaar een nieuw speerpunt kunnen toevoegen.” Of ze zoeken hun heil in zorg of onderwijs. “Daar is ook nog enorm veel te doen.” Ten slotte is er nog een laatste optie. Kimpen: “Kiezen om ergens anders te gaan werken.”

Onderzoek, opleiding, zorg. Alle kennis richt zich op de zes speerpunten en de ondersteuning die daarbij nodig is. Maar dat wil niet zeggen dat alleen patiënten met deze aandoeningen in het UMC Utrecht geholpen worden. Kimpen geeft een voorbeeld. “Stel we willen topzorg >

Focus betekent ook betere zorg en innovatiekracht

> leveren voor blinden en slechtzienden. Dan richt je alles op die groep. De kaart in het restaurant in braille, een voorziening om geleidehonden op te vangen en ik zou alles in geel en blauw schilderen omdat die kleuren het best waarneembaar zijn voor slechtzienden. Als er dan een dove of slechthorende patiënt komt, helpen we die ook. Die krijgt gewoon goede zorg. Maar voor hen hebben we geen top poli. Is het te gecompliceerd, dan verwijzen we hem naar een ziekenhuis dat gespecialiseerd is in doven en slechthorenden." Voor de reguliere zorg die buiten de speerpunten valt wil Kimpen de streefnorm halen. "Maar voor onze speerpunten gaan we bij de prestatie-indicatoren voor de hoogste norm."

Investeren

Specialisatie leidt tot meer efficiency. "Het is de economy of scale. Voor ons maakt het niet uit of we nu 300 of 350 CF-patiënten hebben. Daar hoeven we geen extra dokter voor aan te trekken." Maar focus betekent ook betere zorg en innovatiekracht. Alle kennis en investeringen worden immers gericht ingezet. Zo is in de kelders van het ziekenhuis een MRI lineaire versneller ontwikkeld waarmee beeldgestuurde oncologische interventies kunnen worden gedaan. Een prototype - gebouwd door Philips - is in juni klaar. Als het werkt wordt het ingezet bij borstkanker en maagleverdarmkanker. Er wordt fors in het project geïnvesteerd: alleen al voor de bouw van

bunkers waarin de apparaten komen te staan, is 18 miljoen euro uitgetrokken. Kimpen benadrukt dan ook dat 3.0 geen verkapte bezuinigingsoperatie is. "We investeren meer dan vijftig miljoen in de nieuwe strategie." Maar hij verwacht wel dat 3.0 de leidraad is om in 2015 circa 20% efficiënter te kunnen werken.

Acceptatie

Kimpen beseft dat hij met de nieuwe strategie zijn nek uitsteekt. "Wij hebben een risico genomen door als eerste een stap te doen. Maar het moet uiteindelijk wel op basis van wederkerigheid gaan. Ook andere academische centra moeten keuzes maken. En zodanig dat we elkaar niet gaan beconcurreren." Kimpen ziet wel ontwikkelingen, maar nog lang niet overal. "Leiden profileert zich op een aantal vakgebieden en Groningen heeft Healthy Ageing, daar staan ook specialisten in de etalage die daar buiten vallen. Ik vind dat sterk." Het is volgens Kimpen, geboren in België, ook een cultuurkwessie. "Het maakt veel uit of je in Groningen, Nijmegen, Amsterdam of Utrecht zit. De cultuurverschillen zijn groot, elke plaats trekt ook weer een ander soort professional." Dat zijn strategie van keuzes in het UMC Utrecht wel werkt en iedereen 'om' is, komt ook omdat hij zelf specialist is (kinderarts -red). "Het UMC Utrecht heeft er altijd voor gekozen een professional in de lead te hebben. Dat helpt om de zaken sneller geaccepteerd te krijgen". ■



JAN KIMPEN

**BESTUURSVORZITTER UMC
UTRECHT**

☎ 088 75 555 55

✉ J.KIMPEN@UMCUTRECHT.NL

📱 ACTIEF OP LINKEDIN

🌐 WWW.UMCUTRECHT.NL

ZES SPEERPUNTEN VAN UMCU 3.0

Gezonde vaten: Atherosclerose, Hartfalen, Beroerte

RM Stamcellen: Stamceltherapieën, Weefsel van het bewegingsapparaat, Cardiovasculair

Kankerzorg: Borstkanker, Gastro-Intestinale oncologie

Ontregelde Afweer: Opportunistische infecties, Immundeficiënties, Chronische ontstekingen

Haperende Hersenen: Beroerte, ADHD/Autisme, Bipolaire stoornissen/Schizofrenie, ALS

Kindergeneeskunde: Chronische ontstekingen, Infecties aan de luchtwegen, Weesziekten (gen./RM) en Fertilititeit

13 deelnemers over Zorg 3.0

Voorafgaand aan het Seneca Congres in Berlijn laten dertien deelnemers hun licht schijnen over het congressthema, Zorg 3.0. Nieuwe leiders gezocht?! Iedere geïnterviewde stelt daarbij een openingsvraag aan zijn of haar collega-zorgbestuurder.

Zorg 3.0. Resultaatgerichtheid. Nieuw leiderschap gewenst...

Mooi, maar hoe gaan we dat bereiken volgens de huidige leiders in de zorg?

“GEEN LEF GEEN GLORIE”



PETER HOPPENER,
SINT MAARTENSKLINIEK

“Van 100 keer 3 naar 10 keer 30. Dat is de grootste verandering die in de zorg gaat plaatsvinden. Er zullen misschien tien grote orthopedische centra komen - wellicht met meerdere locaties - in plaats van de enorme versnippering die je nu ziet. Dezelfde ontwikkeling ga je ook krijgen in andere specialismen. Naast deze hoog **specialistische concentratie** krijg je ook spreiding. Steeds meer behandelingen zullen naar de eerste lijn verschuiven, dichtbij de mensen thuis. Bestuurders moeten beseffen dat ze niet meer 26 specialismen in huis moeten willen hebben. Zij moeten keuzes maken, al is het maar vanwege huisvestingsproblematiek. Je kunt niet al je vakgroepen vijf tot tien keer zo groot maken. Zonder lef geen glorie. Je moet doorpakken, objectief kijken naar wat de sterke punten zijn, welke **logische clus-**

tering er te maken is en je daar op concentreren. Dat kan niet altijd langs democratische weg of via overlegstructuren. De tijd is er nu rijp voor. Zorgverzekeraars geven al een aanzet door minimale aantallen te eisen bij bepaalde operaties. Ook wetenschappelijke specialistenverenigingen zijn er mee bezig. En patiënten en instanties zijn het beu om telkens weer met **incidenten** geconfronteerd te worden die voortkomen uit te weinig ervaring met bepaalde ingrepen. Je moet als bestuurder in deze tijd iets weten van verandermanagement. Wat helpt is als je van buiten komt, of in een ander ziekenhuis hebt gewerkt. Dan is de boodschap makkelijker af te geven dan wanneer je ergens al tien of twintig jaar zit en het roer opeens om moet.

Naast kwaliteit is ook **transparantie** een belangrijk thema. Zonder

transparantie is er geen keuze en is concurrentie niet mogelijk. Prestatiebeprestiging maakt de opbrengsten transparant. Maar het is lastig om alle kosten te kennen en toe te rekenen. Bovendien moet ook de wil er zijn om die kosten openbaar te maken. Het ijzer is heet om gesmeed te worden: een transformatie van generalisten naar specialisten. Dat kun je niet alleen als bestuurder, daar heb je een coalitie voor nodig met de medische staf.”

www.maartenskliniek.nl
www.managementsite.nl
Zoek op verandermanagement

MIJN VRAAG AAN
WANDER BLAAUW

ZORGGROEP NOORDERBREEDTE WAS EEN VAN DE EERSTE INTEGRALE ZORGBEDRIJVEN - CURE EN CARE. WAT ZIJN VOOR- EN NADELEN HIERVAN? WERKT HET CONCEPT OF ZEG JE ‘BEGIN ER NIET AAN’?

“DE DROOM BLEEK EEN ILLUSIE”

Lachend: “Moet ik daar een kort antwoord op geven? Een belangrijke les is dat er als bestuurder enorm veel informatie op je afkomt. Vanuit de politiek, het bedrijf, je collega’s. Het is een typische bestuurstaak om het overzicht te bewaren en er het juiste uit te halen. Wij geloofden destijds in een droom van **schotloze zorg**. Cure, care, thuiszorg voor de individuele klant. Dat is een il-

lusie gebleken. Door de gescheiden financieringstromen, indicatieorganen, maar ook door cultuurverschillen. Als bestuurder probeer je mensen te verleiden om dingen anders te gaan doen. Maar als je met professionals werkt, moeten zij zorginhoudelijk het nut ervan inzien. Dan kom je vooruit. Je kunt ze **niet door een hoepel laten springen**. Medisch Centrum Leeuwarden en Noorder-

breedte zijn nu weer in aparte b.v.’s ondergebracht. Natuurlijk heb je aan de achterkant **synergievoordelen**, die benutten we ook. Grappig is wel dat er nu weer een tijd van samenhang lijkt aan te komen. Er wordt anders tegen de keten aangekeken, een deel van de AWBZ zal naar de zorgverzekeringswet gaan. Wij blijven daarom geloven in die droom van ontscotting, dat we de patiënt



WANDER BLAAUW,
ZORGGROEP
NOORDERBREEDTE

alles kunnen bieden. Die patiënt komt overigens steeds meer aan het roer te staan. Ik geloof echt in patiënt-empowerment. Mondigheid leidt tot transparantie en verbetering van de kwaliteit van zorg. Er zou eigenlijk een soort **ANWB voor patiënten** moeten komen. Een club die iets kan bewerkstelligen. Ook richting verzekeraars, die onmiddellijk hun achterban kunnen mobiliseren als ze iets niet bevalt. Dan krijgt de zorg pas een echte impuls. Of in

de toekomst alle zorg überhaupt nog geboden kan worden, is een moeilijke vraag. Ik zie het probleem van vergrijzing en te weinig handen aan het bed, maar ik heb geen oplossing. Wanneer er minder zorg verleend kan worden, is het ook meteen afgelopen met de kostenstijgingen. Dat probleem is dan opgelost..."

www.znb.nl
www.zonmw.nl
Zoek op empowerment

“DE KLANT KOMT NIET MEER VANZELFSPREKEND NAAR JE TOE”

“Allereerst is de tijd echt voorbij dat je als organisatie onrendabele taken uitvoert omdat het vanzelfsprekend is, of omdat de omgeving dat van je vraagt. Tenzij je vindt dat zo'n taak van **strategisch belang** voor de organisatie is. Waar het kan zoeken we naar samenhang en samenwerking met andere organisaties, tegelijkertijd concurreren we onder andere met hen op kwaliteit van zorg en werkgeverschap. Dat hoeft elkaar niet uit te sluiten. De zorg vraagt om andere bestuurders. Niet alleen in de toekomst, maar ook nu en eigenlijk gisteren al. De tijd dringt. Je moet snel en slagvaardig beslissingen nemen en je daarbij niet laten hinderen door emoties. Natuurlijk moet je daarbij continu afwegingen maken, je kunt wat dat betreft niet als een olifant door

de porseleinkast gaan. Maar de spelregels zijn veranderd. De financiering is anders, instellingen worden meer risicodragend. Ik kan echt genieten van deze tijd, waarin meer ondernemerschap wordt gevraagd. Zeker als we daar ook de ruimte voor krijgen... Als bestuurder moet je tegen die spanning kunnen. Niet alleen weten wat je wilt, maar ook permanent kijken naar nieuwe kansen. Veel actiever kijken naar het krachtenveld. Twee jaar geleden besloten we om niet mee te doen aan een aanbesteding huishoudelijke hulp omdat dat voor ons niet kostendekkend was. Een ingrijpende beslissing, waarbij je rekening houdt met de **impact op je imago**, je positie in het veld en je visie op zorg en dienstverlening. Je weegt alles mee. Je laat het een, en doet het

MIJN VRAAG AAN JOKE MENGERINK

WANNEER JE TAKEN AFSTOOT ZUL JE OP DIE GEBIEDEN MISSCHIEN MOETEN SAMENWERKEN MET CONCURRENTEN. HOE VERHOUDT ZICH DAT MET EEN VAN DE UITGANGSPUNTEN VAN CARINT, DAT CONCURRENTIE MEER EN MEER LEIDEND WORDT?



JOKE MENGERINK,
CARINT REGGELAND GROEP

ander. Zo hebben we een eigen bemiddelingsservice opgezet voor PGB's. Een gat in de markt, we zijn daar tot op heden zeer succesvol. En in Deventer doen we samen met andere partijen een veelbelovende pilot om zorg en dienstverlening in de wijken te brengen. Je moet kwaliteit van dienstverlening bieden, **innovatief zijn**, want de klant komt tegenwoordig niet meer vanzelfsprekend bij ons terecht.”

www.carintreggelandgroep.nl
www.nza.nl
Zoek op ondernemerschap

MIJN VRAAG AAN BERT VAN DER HOEK

ZORG 3.0 VRAAGT OM NIEUWE LEIDERS. MAAR HOE KRIJG JE MEDEWERKERS MEE? ZIJ ZIJN DEGENEN DIE DE NIEUWE MANIER VAN WERKEN MOETEN GAAN UITVOEREN.

“WE WERKEN MET ZIEL EN ZAKELIJKHEID”

“Onze medewerkers hebben altijd met enorm veel compassie gewerkt. Maar de eerlijkheid gebiedt te zeggen dat met name de GGZ weinig affiniteit had met zakelijkheid. Dat hebben wij hier dus vaarwel gezegd. We werken, zoals we dat noemen, ‘met ziel en **zakelijkheid**’. We gaan absoluut voor de inhoud, maar die moet wel zakelijk verankerd zijn. Het is een hele klus om die twee goed in

balans te houden. Zeker wanneer de gemiddelde leeftijd van de medewerkers rond de vijftig ligt, zoals bij ons. Mensen die uit een ander tijdsgewricht komen. Professionals die weinig voeling hebben met een **bedrijfsmatige aanpak**. Het is een bestuurlijke uitdaging om die werelden met elkaar te verbinden. Essentieel is dat je kunt overbrengen dat het jou ook om de zorg gaat. En dat je

deze ook **toekomstbestendig** wilt maken. Dat we over vijf of tien jaar nog steeds een volwaardig pakket zorg kunnen bieden aan mensen die dat nodig hebben. In die transitie moet je medewerkers kunnen meenemen. Dat vraagt om andere bestuurders, ja. Je moet kunnen verbinden tussen het hier en nu en de strategische vergezichten. Verbinden tussen bezieling en resultaatgericht wer-



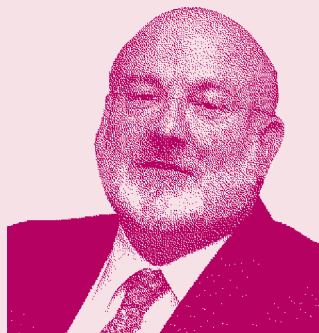
BERT VAN DER HOEK,
LENTIS

ken, rationaliseren en vooral toegevoegde waarde creëren. Slimmer organiseren, want om alles betaalbaar te houden, moet de waarde uit die zorg euro stijgen. We hebben inmiddels twintig procent **overhead wegbezuinigd**. Maar je moet ook contact houden. We hebben hier 4500 medewerkers, die ken je niet allemaal bij naam en toenaam. Om zo veel mogelijk verbinding te houden met de uitvoering, gaan we als RvB meerdere keren per jaar alle vestigingen langs. Natuurlijk houden we dan een verhaal, maar er is op die momenten ook ruimte voor vragen en discussie. Dat zijn voor ons als bestuurders momenten van de waarheid. Dan hoor je wat er echt speelt en leeft en wat er beter kan en vooral beter moet.”

www.lentis.nl
www.rvz.net
 Zoek op organiseren

MIJN VRAAG AAN CONSTANT VAN SCHELVEN

IK BEN HEEL ERG BENIEUWD NAAR HET HOE EN WAAROM VAN AAFJE, DE NIEUWE NAAM VOOR DE STROMEN EN OP MAAT. WAT IS DE GEDACHTE ERACHTER EN WAT IS ZIJN VISIE?



CONSTANT VAN SCHELVEN,
AAFJE THUISZORG, HUIZEN,
ZORGHOTELS

“WE COMMUNICEREN EEN RELATIE, GEEN ORGANISATIE”

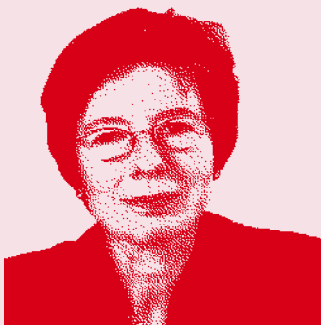
“We zijn geïnspireerd door Aafje van Hulst, een vrouw die met professionaliteit en ondernemerschap aan het begin van de vorige eeuw de basis legde voor ons werk. De naam is persoonlijk en direct. Precies wat we zoeken, want wij willen een relatie communiceren, geen organisatie. Daaruit blijkt misschien ook wel dat wij **geen platgetreden paden** bewandelen. Tradities, beheersfeiten en controle door de overheid kenmerkten onze sector. Het zijn patronen die je moet doorbreken. Thema voor de toekomst is logistiek: we willen mensen in alle levensfasen ondersteunen. Dan moet je dus heel veel verschillende deelblokjes met elkaar weten te verbinden. Dat ontstijgt beheer en draait puur om logistiek. Ik kan daarvan genieten. Logistiek klinkt misschien kil, maar doe je dat goed, dan krijg je vanzelf ruimte om aandacht te geven aan mensen. Aandacht die ze zintuiglijk waarnemen, belevingsaspecten. Dat zijn de grote *satisfiers*. Er moeten veel **paradigmashifts** plaatsvinden. We ontwikkelden een zorghotel als vorm voor reval-

lidatie. Het kenmerk van een hotel is dat je er maar even blijft en dan weer naar huis gaat. Dat is een heel andere beleving dan wonen of thuiszorg. Ook deden we een proef met domotica om dementierenden te monitoren. Vooraf ondervonden we veel weerstand van medewerkers en familie, maar achteraf was iedereen laaiend enthousiast, omdat de tijdigheid enorm toenam. Incontinentiemateriaal is er ook zo een. Nu wordt dat geassocieerd met verval en verlies. Maar wat als je het nu eens ziet als een instrument voor vrijheid? Dat je met een gerust hart de deur uit kunt gaan en niet bang hoeft te zijn voor een ongelukje. Tegelijkertijd scheelt dat enorm veel tijd die verzorgenden weer anders kunnen besteden. **Anders denken over logistiek**, over verbanden en behoeftes. Dat is waar Zorg 3.0 wat mij betreft voor staat en wat de zorg duurzaam kan houden.”

www.aafje.nl
www.managementkennisbank.nl
 Zoek op zorglogistiek

MIJN VRAAG AAN MARIANNE SINT

IN MIJN NABIJE OMGEVING SPREEK IK MENSEN DIE REGELMATIG NAAR HET ZIEKENHUIS MOETEN. WAT ME IN HUN VERHALEN OPVALT, IS DAT ZE VAAK LANG MOETEN WACHTEN. DIT KOST ENORM VEEL TIJD EN GELD. IS DAT EEN THEMA VOOR JOU?



MARIANNE SINT,
ISALA KLINIEKEN

“CONSENSUS ZOEKEN IS ONVERMIJDELIJK”

“Jazeker. In de nieuwbouw is bij de poliklinieken maar beperkt voorzien in wachtruimtes. Wachten is in ziekenhuizen vaak tot kunst verheven, dat is natuurlijk te gek voor woorden. Dat je met goede planning en logistiek wachttijden kunt voorkomen, bewijzen we al met onze fast track oncologie. Daar doorlopen patiënten binnen een dag het gehele traject. Logistiek is overigens een zeer complex onderwerp. Besluit je OK's langer te laten draaien,

dan heb je ook meer IC-bedden nodig. Alles wat je **bedenkt** heeft elders in het proces **effecten**. Knelpunten op dit soort gebieden moet je samen oplossen. Als je werkt met hoogopgeleide professionals is het begrip ‘samen’ vaak het sleutelwoord. Consensus zoeken is vaak onvermijdelijk. Als bestuurder breng je knelpunten in beeld, laat je merken dat je weet hoe het zit, kom je met goede argumenten. Je moet ze ‘meekrijgen’, maar ook heel duidelijk zijn

over de **beperkingen**. Heeft de zorg nieuwe leiders nodig? Ik denk het wel. De zorg was heel lang budgetgedreven en de naam van het spel was: hoe krijg ik meer budget? Nu en in de toekomst sturen we veel meer op **kwaliteit en resultaat**. Ziekenhuizen moeten hun speerpunten bepalen, hun profiel. Wat zijn jouw USP's, om het maar in marketingtermen te zeggen. In de zorg is de

vraag constant groot en deze moet zelfs beteugeld worden. Je ziet daarom vaak een naar binnen gekeerde blik. De zorg moet veel meer omgevingsbewust werken dan zij tot op heden gewend is. Concurrentie is dan goed. We hebben dat zelf ondervonden toen er een diagnostisch centrum in de buurt van ons ziekenhuis dreigde te komen. Als reactie daarop hebben we binnen vier maanden zelf

zo'n centrum opgezet. Patiënten krijgen van ons de garantie dat ze binnen een half uur klaar zijn. **De patiënt profiteert**. Daar is nog heel erg veel te winnen!"

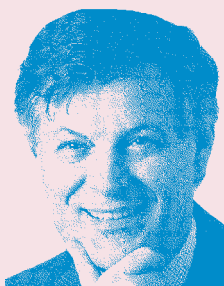
www.isala.nl
<http://beroepseer.nl/publicaties/Smeijstersart.pdf>
Over leiding geven aan professionals

MIJN VRAAG AAN WIM VAN HARTEN

WAT IS JOUW VISIE
OP LEIDING GEVEN
AAN HOOG OPGELEIDE
PROFESSIONALS?

“GEEN CONCESSIE AAN KWALITEIT”

In ziekenhuizen waar vooroorde-
len over elkaar het kleinst zijn,
zijn de resultaten het beste. Dat
blijkt uit een onderzoek dat we
aan de Universiteit Twente hebben
gedaan naar cultuurverschillen
onder managers en specialisten.
Het vermoeden is dat wanneer je
gezamenlijke doelen formuleert,
je minder energie kwijt bent aan
het bestrijden van elkaar. Een RvB
moet dus een constructieve dis-
cussie voeren met de profession-
als. Mijn stijl is: duidelijk zijn.
De **bottom line** is geen concessies
doen aan kwaliteit. Dat is voor
ons op langere termijn belangrij-
ker dan omzet. Wij presteren mo-
menteel uitstekend op kwaliteit en
op financiën. NKI-AVL staat voor
drie uitdagingen. Nummer één is
financieel alles goed op orde hou-
den. Dat heeft te maken met pati-
entenaantallen. Daarvoor moeten
we zorgen dat we topkwaliteit blij-
ven leveren. Punt twee is een **aan-
trekkelijke werkgever** zijn om
voldoende gekwalificeerd perso-
neel aan te trekken. Bij ons
kunnen gespecialiseerde verpleeg-
kundigen zich doorontwikkelen
en we bieden extra faciliteiten.
Drie is intern coherent beleid ont-
wikkelen en consistent anticiperen
op nieuwe ontwikkelingen. Dat is
belangrijk omdat een **stort-
vloed van politiek of bureaucra-
tisch geïnspireerde maatregelen**
loskomt door bezuinigingen en de
vele aanscherpingen van beleid
die elkaar snel opvolgen. Een
voorbeeld daarvan is de hijgerig-
heid van de Inspectie; nieuwe
maatregelen moeten vaak binnen
een halfjaar geïmplementeerd
zijn. Alsof **de werkelijkheid** echt
anders is als we aan de checklist
voldoen! In het verlengde van lei-
derschap: binnenkort gaat de In-
spectie een beoordelingskader
vaststellen voor toezichthouders.



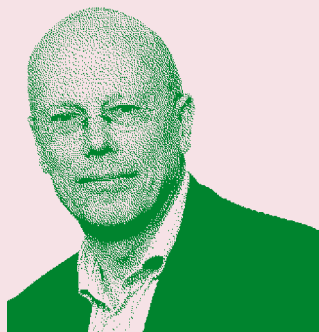
WIM VAN HARTEN,
NKI-AVL

Ik vraag me af hoe ze daarover
met verstand van zaken kunnen
oordelen? Het is verleidelijk om
bestuur en RvT langs de meentlat te
leggen, maar je scheidt al gauw
een **papieren werkelijkheid**. Spe-
cialisatie van ziekenhuizen zet
door, we hebben het kantelpunt
bereikt. De komende tien jaar zal
een hervervakeling plaatsvinden
naar **disease centered organise-
ren**. We moeten dit ook weer niet
overhaasten en de tijd nemen om
het goed te doen. Het gaat wel om
het verschuiven van enorme zorg-
volumes.”

www.nki.nl
www.stg.nl
Zoek op Toekomstforum
Erik van der Loo

MIJN VRAAG AAN ROB DE JONG

ZIJN DE AANNAMES
UITGEKOMEN DIE TEN
GRONDSLAG LAGEN AAN
DE BESTUURLIJKE FUSIE
TUSSEN PLURYN EN
HOENDERLOO GROEP?



ROB DE JONG, PLURYN
HOENDERLOO GROEP

“WIJ TONEN GUTS”

“Het ziet er veelbelovend uit.
Pluryn is er voor lvg-jongeren
met een multiproblematiek, de
Hoenderloo Groep werkt vanuit
jeugdzorg voor jongeren met com-
plexe gedragsproblemen. Wij heb-
ben gedaan wat de politiek nog
niet lukt: **ontschotten**. Zo realise-
ren wij een sterke ketenzorg voor
onze doelgroepen. De afbakening
tussen licht verstandelijk gehandi-
capte jongeren die in de AWBZ
vallen en jongeren die onder
jeugdzorg vallen, werkte niet
meer. In feite loopt dat door el-

kaar. Dominante factor is niet de IQ-grens, maar de gedragsproblematiek. Daarom realiseren wij nu de structurele zorgketen die goed is voor die doelgroepen. Niemand mag meer bij het ‘verkeerde loket’ staan. De synergie knalt ervan af! De noodzaak van structurele samenwerking werd sterk gevoeld door onze professionals. Zij zijn enthousiast en **overtuigd van de meerwaarde** voor onze cliënten. Wij tonen hiermee de guts om niet te wachten op de overheid. Fuseren is niet de enige manier. Ik verwacht veel **initiatieven tot samenwerking** in de care-keten. Dé manier om bezuinigingen in de AWBZ op te vangen en winst voor de cliënten. Om dit goed te kunnen doen, moet je als bestuurder

je visie ook bedrijfsmatig kunnen vertalen, vertrouwd zijn met de vraagstukken van de organisatie en daarmee verbonden zijn. Mijn stijl is dat ik werk met haalbare stappen die ik vertaal naar de werkvloer. Draagvlak vind ik essentieel. Je kunt veranderingen alleen realiseren als er een algemeen gevoel heerst van **‘we doen het!’**. Ik wil de echelons overtuigen op visie en zo enthousiasme creëren. Een goede bestuurder gebruikt daarbij zijn intuïtie: gaat de organisatie mee of is men een beetje reluctant? In dat laatste geval moet je de durf hebben om er op een gegeven moment mee te stoppen. Dat is voor mij nieuw leiderschap: je móet qua visie heel duidelijk en transparant zijn en er

echt op aanspreekbaar zijn. Eén van mijn uitdagingen nu is om onze professionals de red tape van het lijf te houden. Al die rapportages die hen opgelegd wordt, wil ik tot normale proporties terugbrengen. Ook daarin moeten we **niet wachten op de overheid.**”

www.pluryr.nl
www.binnenlandsbestuur.nl
 Zoek op discussie
 duurzame jeugd zorg

MIJN VRAAG AAN FRANK RIJNDERS

VINDT HIJ DAT DE EERSTELIJNSZORG ZICH ZO SNEL MOGELIJK MOET ORGANISEREN VOLGENS HET BUURT-ZORGCONCEPT?

“SPANNINGSVELD KOESTEREN”

Ik beantwoord deze vraag door te vertellen hoe ver wij met wijkgerichte zorg zijn. Daarmee brengen wij de zorg en de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid **terug naar de burger**. Wijkteams, gekoppeld aan huisartsenpraktijken, werken voor geïndiceerde zorgvragers en voor anderen. In samenwerking met onder meer GGZ, maatschappelijk werk en woningbouwcoöperaties verbeteren we zo de leefbaarheid van wijken. Dát is waar het om gaat: wanneer mensen lang en plezierig zelfstandig kunnen wonen, komt dit de gezondheid ten goede. Dat werkt preventief en leidt tot minder zorgkosten. Dat is resultaatgericht werken. In die **wijkgerichte aanpak** koesteren wij als bestuur het spanningsveld tussen centraal en decentraal. Centraal geven we de kaders aan, daarbinnen kunnen professionals hun eigen accenten leggen. Zo

werken we aan optimale zorg op basis van de wensen van de cliënt én op kostenbeheersing. Bij dat laatste wapenen we ons wel tegen standaardisering, want dan lever je geen maatwerk meer. En dat is wat wij vragen van onze mensen: zelfsturing om dat maatwerk te leveren. Wij verwachten dat ze daarin lef tonen. Dat betekent dat we vertrouwen in onze professionals hebben. Leiderschap nieuwe stijl, dus! Ook in verpleeg- en verzorgingshuizen **activeren** wij bewoners en de mensen om hen heen. Wij organiseren geen extra activiteiten meer, maar faciliteren. Zij zijn zelf verantwoordelijk. Dat activeert bewoners en scheelt kosten. Voor ons zijn **domotica en het internet van groot belang**. Er is al monitoring op afstand. Maar een volgende stap is dat een oudere of zieke die thuis woont, iedere ochtend via beeldscherm even contact heeft met de wijkver-



FRANK RIJNDERS,
 ZORGGROEP NOORD-
 EN MIDDEN LIMBURG

pleegkundige. Daarbij moeten wij zorgverleners snel af van al die kleine ICT-systemen. Dat moeten we uit de concurrentiesfeer halen, veel te duur. Ik ben voorstander van een groot contract met bijvoorbeeld Philips.”

www.dezorggroep.nl www.kcwz.nl/dossiers
 Zoek op Zorg op afstand

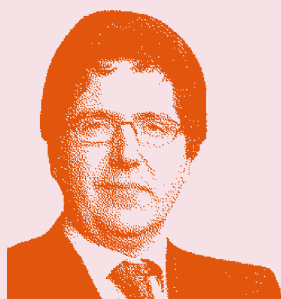
MIJN VRAAG AAN STEPHAN VALK

HOE DENKT HIJ DAT DE ZORG IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VERMAATSCHAPPELIJKT KAN WORDEN?

“HAAL DE ZORG UIT DE RIJKSBEGROTING”

Door de zorg zo dichtbij mogelijk te leveren. Wij werken in huisartsenpraktijken en patiënten met een enkelvoudige problematiek behandelen we vaak volledig online, via e-health. Dat werkt bezwege goed. Patiënten met meer-**voudige** problematiek die langdurig in de zorg zitten, behan-

delen en begeleiden we via ambulante FACT-teams in hun eigen woonomgeving. We weten dat we een groot arbeidsmarktprobleem krijgen, dus gaan we nu ook de zorg voor patiënten met een zwaardere problematiek voor een deel via **e-health** doen. We hopen daarmee te bereiken dat **patiënten**



STEPHAN VALK,
 PARNASSIA BAVO GROEP

zelf actiever kunnen zijn in hun behandeling én het vereist minder inzet van onze kant. **Zorg 3.0 en sterk leiderschap klinkt mooi**, maar ik kijk vooral naar wat nodig is voor optimale patiëntenzorg. Als er een vorm van zorg ontbreekt, willen we die snel leveren, zodat patiënten niet tussen wal en

schip vallen. Het stoort me dat onze financiers alles in cijfertjes willen vangen. Dat kan niet. In de zorg werken we in de meest complexe dienstverlening en daar worden kwaliteitsindicatoren op gezet alsof het de industrie is. **Laten we eens praten over de opbrengst van de zorg!** Voormalig minister Zalm zag de maatschappelijke en financiële voordelen van een programma, waarbij door een gezamenlijke inzet van partijen dak- en thuislozen aan hulp en woonvormen werden geholpen. Wat blijkt: elke euro die aan zorg werd be-

steed, leverde twee euro veertig aan opbrengst op door kosten die niet meer gemaakt hoefden worden, zoals politiekosten, minder verzekeringspremies et cetera. Veel winst in de zorg is indirect, doordat mensen langer en meer aan het werk blijven. Natuurlijk moeten we gezien de arbeidsmarkt de kosten in de hand houden en arbeidsbesparende maatregelen treffen. Daarvoor moet je de zorg ontschotten en moeten zorgverzekeraars, gemeenten en andere partijen samenwerken. **Dat zit bij politici**

niet in hun hoofd, omdat we onderdeel zijn van de rijksbegroting. Ik ben ervan overtuigd dat burgers het belang van goede zorg inzien en er meer voor over hebben dan de politiek. Haal de zorg maar weg uit de rijksbegroting en **organiseer de financiering zoals de pensioenpremie**: verdeel het over werknemers en werkgevers.”

www.parnassiabavogroep.nl
Boekentip: Modelontwikkeling voor de economische evaluatie van welzijns- en gezondheidsprojecten
– Sylvie Ackaert c.s.



PETRA VAN DAM, ARKIN

“LEF OM TE EXPERIMENTEREN”

“Wij geven als GGZ Amsterdam per cliënt zeker niet meer geld uit dan elders. Wel hebben we meer cliënten dan gemiddeld. Dat zou erop kunnen duiden dat er te weinig aanbod van zorg is. De ambulante wachtlijsten en de hoge opnamedruk hiervoor zijn signalen. De grote vraag hangt samen met de gemiddelde bevolkingssamenstelling van de stad. Zolang er nog geen goede ROM-cijfers zijn, kun je de getallen op verschillende manieren duiden. Voor **harde conclusies** heb ik de juiste cijfers nodig. Omdat we te maken hebben met veel verschillende doelgroepen, houden we onze merken gescheiden. Ieder merk behoudt zijn eigen kernwaarden en entourage. Dat is duidelijk voor onze cliënten en professionals. Zo kunnen we effectiever en gericht op de doelgroepen **innoveren en experimenteren**. Dat sluit aan op het nieuwe leiderschap. We moeten niet de oude vereisten – goed leidinggeven aan professionals – weggooien, maar **zaken toevoegen**. Zoals anticiperen op ontwikkelingen en lef om te experimenteren. Wacht niet op een zak met geld van de overheid voor innovatie, maar maak daar binnen je organisatie zelf geld voor vrij. Bij ons staan voor de komende jaren twee thema’s bovenaan: de

merken moeten nadrukkelijker op kwaliteit en prestaties **afgerekend worden** en we zullen gericht gaan **investeren** om de effectiviteit van de zorg te verhogen. Daarnaast gaan we aan **portfoliomanagement** doen: wat doen we wel, wat niet? We moeten scherp kijken naar wat ons **DNA** is, waar we goed in zijn. De afgelopen jaren is met de financiering van de zorg enorm geschoven. Om rust te brengen kun je beter even niets veranderen, zodat we ons op de inhoud van de zorg kunnen concentreren. We hebben de grenzen van de verzorgingsstaat erg ruim geïnterpreteerd. Alle welzijn werd ook GGZ. We moeten de discussie voeren over wat nog de verantwoordelijkheid van de overheid is en wat een normale menselijke variatie is: moet begeleid bioscoopbezoek bijvoorbeeld uit de ziektekosten betaald worden?”

www.arkin.nl
www.zorginnovatieplatform.nl/innovaties
Zoek op geestelijke gezondheidszorg
www.rvz.net/data/download/oad/solidariteit

MIJN VRAAG AAN MARCEL VISSER

HET ST. ELISABETH WIL ‘HET LIEFSTE ZIEKENHUIS VAN NEDERLAND’ WORDEN. WORDT DAARMEE NIET DE MONDIGE BURGER MISKENDE, DIE WIL KIEZEN OP BASIS VAN OBJECTIEVE INFORMATIE OVER STATE OF THE ART EFFECTIEVE ZIEKENHUISZORG?

MIJN VRAAG AAN PETRA VAN DAM

UIT LANDELIJKE CIJFERS BLIJKT DAT IN AMSTERDAM DE PSYCHIATRISCHE ZORG EN VERSLAVINGSZORG GROTER IS DAN HET LANDELIJK GEMIDDELDE. HOE GAAT ARKIN DAARMEE OM?



MARCEL VISSER,
ST. ELISABETH ZIEKENHUIS
TILBURG

“DOE HET!”

“Nee, het is en-en. Als topklinisch ziekenhuis met een aantal speerpunten als het neurodomein en het regionaal traumacentrum, leveren wij medisch-inhoudelijk **topkwaliteit**, maar die moet zodanig gegeven worden dat onze cliënt zich daarbij goed voelt. Goede zorg is ook het schouderklopje en de welge-

meende vraag van een arts of verpleegkundige hoe het ermee is. Dat zijn we soms een beetje uit het oog verloren. Voordeel is ook dat de zorgprofessional beter kan inspelen op de sociale context wanneer hij meer weet van de cliënt. **Zakelijk en zorgzaam** dus; wij werken 'lean' én 'lief'. De essentie van lean is dat je vaste, ingesloten processen continu tegen het licht houdt en verbetert. Op de functieafdeling Cardiologie kunnen we bijvoorbeeld alleen al door het elimineren van onnodige handelingen 25 procent meer patiënten behandelen met dezelfde medewerkers. Lean maken van de organisatie gebeurt altijd in kleine stapjes en bottom up. Medewerkers en medisch specia-

listen denken zelf elke dag na over het verbeteren van hun eigen werk.

Onzekerheid over overheidsfinanciën en beschikbaarheid van arbeidspotentieel is ons inziens alleen op te lossen door bij medewerkers en specialisten meer innovatieve kracht te mobiliseren. 'Lean' en 'lief' helpen ons hierbij. Dat is **nieuw leiderschap**: wij scheppen de financiële kaders en geven de medewerkers en medisch specialisten het vertrouwen om de verbeteringen zelf door te voeren. Omdat zij erachter staan loop je niet het risico weer terug te veren. Het is dus duurzaam. Geen projecten of programma's meer, maar vanuit ons V(erbeter)-team, dat bestaat uit medisch spe-

cialisten en lean-experts, afdelingen helpen met het invoeren van verbeteringen. Dat doen zij uit **bevlogenheid**. 'Lean' en 'lief' gaat over kwaliteitsverbetering, de patiëntentevredenheid ligt op een dikke 8. En deze kwaliteit levert geld op. Omdat de overheid als systeem altijd onbetrouwbaar zal zijn, moeten we de regie en onze eigen verantwoordelijkheid weer meer oppakken. Wij doen dat met lean en lief. Maar wel duurzaam. Ik zeg: doe het!"

www.elisabeth.nl

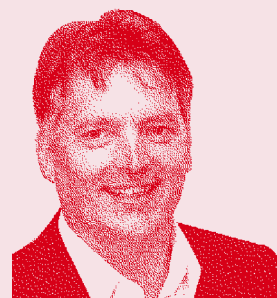
<http://leandenkenindezorg.blogspot.com>

www.zorginnovatieplatform.nl

www.liefziekenhuis.nl

MIJN VRAAG AAN JOOP HENDRIKS

HOE GA JIJ IN JOUW
ZIEKENHUIS OM MET
DE KLOOF TUSSEN
POLITIEKE REALITEIT
EN DAGELIJKSE
REALITEIT OP DE
WERKVLOER?



JOOP HENDRIKS,
BRONOVO ZIEKENHUIS

“OMKERING VAN ZAKEN VRAAGT LEF”

In de zorg is de financiële rolverdeling nog steeds te traditioneel. Ook in de Zorgverzekeringswet staat de patiënt weer niet centraal. Er is sprake van een **onderwereld** die dit regelt: de politiek. In de bovenwereld, de realiteit, werken zorgprofessionals die de patiënt wel centraal stellen. Nieuw leiderschap is die twee met elkaar **verbinden**. Maar ook verstandige dingen doen binnen je eigen organisatie, zoals **adequaat reageren** op veranderende regelgeving en draagvlak creëren. Ik praat in ons auditorium medewerkers regelmatig bij en luister naar hun reacties. Je moet duidelijk zijn, informeren en openstaan voor de professionals. Bij ons zijn zij erg loyaal aan elkaar en het ziekenhuis. Medisch specialisten werken in een stam-maatschap, ze verdienen allemaal hetzelfde. Daarover hebben wij dus geen gedoe. Uniek in Nederland. Ziekenhuizen zijn te lang

naar binnen gericht geweest. Of je het nu goed of slecht deed, je kreeg hetzelfde bedrag voor een handeling. Wij wilden in beweging komen, ons **lot in eigen handen** nemen. Er komen veel ingrepen op ons af. Specialisatie van ziekenhuizen bijvoorbeeld om betere kwaliteit te leveren, efficiënter te werken en kosten te besparen. De tijd van kaasschaven is voorbij. We moeten **doorpakken**. Kwaliteit en kostenbesparing moeten voorop staan. Ook hierbij hebben we weer zelf het initiatief genomen. In onze A12-samenwerking met drie andere ziekenhuizen in de provincie Zuid-Holland regelen we zelf al de specialisaties. Nog zo één: de komende jaren wordt de arbeidsmarkt heel belangrijk. **Wie het personeel heeft, heeft de markt**. Dus moet je een plezierig werkklimaat scheppen. Een volgende omslag: we moeten niet meer

betaald krijgen voor productie, maar voor **gezondheidswinst**. Een omkering van zaken die lef vraagt, maar móet plaatsvinden. Wij, leiders in de zorg, zullen alle partijen daarvan moeten overtuigen: de zorgprofessionals, de politiek, de consumenten. Dat is ook goed governance. We hebben helden nodig die laten zien dat het kan. Het probleem is duidelijk, nu moeten we in die nieuwe route stappen om de zorg betaalbaar te houden.”

www.bronovo.nl

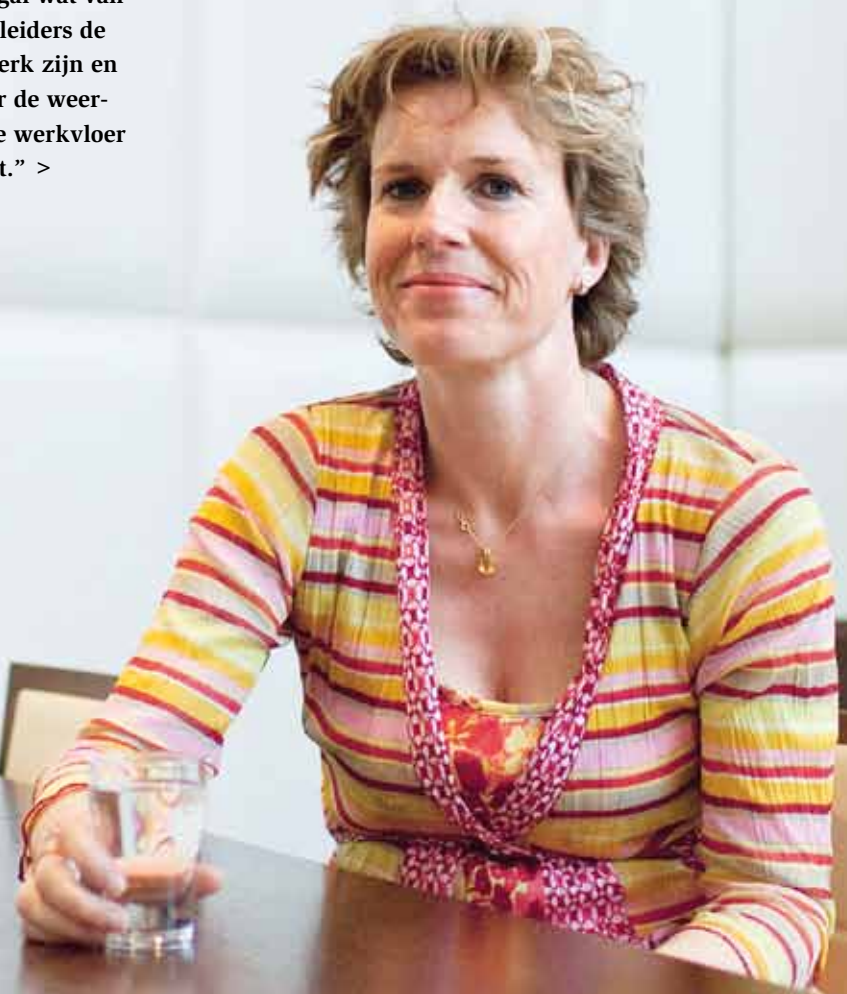
Zoek op Info Bulletin huisartsen,
december 2010

Goede aanzetten, inspirerende ideeën! Stof genoeg voor scherpe discussies in Berlijn.

JANKA STOKER

“Te veel begrip leidt tot niets”

De ontwikkelingen in de zorgsector vragen nogal wat van leiders. Volgens prof. dr. Janka Stoker moeten leiders de taal van de organisatie spreken, inhoudelijk sterk zijn en overtuigingskracht hebben. Te veel begrip voor de weerstand en argumenten van de professional op de werkvloer leidt echter tot niets. “Dan gebeurt er nooit wat.” >





JANKA STOKER
HOGLERAAR RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN
☎ 050-363 3837
✉ J.I.STOKER@RUG.NL
🌐 ACTIEF OP LINKEDIN
🌐 WWW.RUG.NL

> **D**e zorg is op weg naar een toekomst waarin wordt afgerekend op prestaties en resultaat. Ondertussen zit de sector echter nog ‘stuck in the middle’ tussen aanbodbudgettering en gereguleerde concurrentie. Hoe complex is deze uitdaging eigenlijk voor leiders in de zorg? “Er komt een andere financiering of structuur voor de zorg, op zich is dat niet uniek. Voormalige staatsbedrijven als KPN, TNT en NS, doorliepen een vergelijkbaar traject. Wat de uitdaging voor leiders in de zorgsector extra complex maakt, is dat je in zo’n proces leiding moet geven aan hoogopgeleide professionals. Mensen die zich afvragen ‘wie ben jij eigenlijk? En waarom zou ik moeten doen wat jij vindt?’. Dat veel van die professionals ook nog eens zelfstandig ondernemer zijn, is een extra moeilijkheidsfactor.”

Hoe kunnen leidinggevendenden hiermee omgaan?

“Belangrijk is dat leidinggevendenden zich bewust zijn van hun dubbelrol. Bij veranderprocessen wil je dat mensen anders gaan werken en doen dan ze gewend zijn. Dat vraagt echter ook om een andere manier van aansturen. Daarmee lijkt leiderschap zowel een essentieel probleem als een belangrijke oplossing voor het realiseren van verandering. Leiderschap is dus zowel een dominante succes- als faalfactor. Vaak zie je dat bestuurders die andere manier van aansturen over laten aan het middle management. Maar ik vind dat je als leider als eerste moet laten zien dat je in staat bent te veranderen. Dan kom je als persoon en leidinggevende veel geloofwaardig over.”

Maar hoe geloofwaardig ben je als je na vijf of tien jaar besturen opeens een leiderschapsmetamorfose ondergaat? Is dat een reële optie?

“Dat kun je je afvragen, ja. Het is ook niet voor niets dat

organisaties die anders willen gaan werken, vaak nieuwe bestuurders aanstellen. Mensen die geen verleden delen met de medewerkers of de organisatie. Of dat er gerouleerd wordt, zodat leidinggevendenden op andere afdelingen terechtkomen na een verandering.”

Is er een uiterste houdbaarheidsdatum van een bestuurder?

“Binnen universiteiten krijg je in het CvB maximaal twee termijnen van vier jaar. Daarna is het echt afgelopen. Als je te lang blijft zitten, is je effect uitgewerkt. Het is heel verfrissend om regelmatig van plek te wisselen.”

Kun je dat eigenlijk leren, leiderschap?

“Over die vraag zijn boeken volgeschreven. Is leiderschap aangeboren of aangeleerd? Ik denk dat het een beetje van beiden is. Je ziet het al van jongs af aan; in de zandbak, op het schoolplein. Het ene kind manifesteert zich meer als leider dan het andere. Het heeft ook te maken met motivatie: vind je het echt leuk om leider te zijn of leiding te geven? Maar je kunt ook veel aspecten die je als leider nodig hebt aanleren. Luistervaardigheid bijvoorbeeld, gesprekstechnieken of delegeren.”

Een leider laat als eerste zien dat hij in staat is te veranderen

Als je te lang blijft zitten, is je effect uitgewerkt

Wat is jouw definitie van leiderschap?

“Ook daar is enorm veel over gepubliceerd. Maar er is een grote lijn: leiderschap is het beïnvloeden van het gedrag van anderen om bepaalde doelen te bereiken. Die doelen kunnen uiteenlopend zijn. Financieel, resultaat, verandering. Bij verschillende doelen passen vaak verschillende stijlen van leiderschap. Bij innovatie zul je mensen meer ruimte moeten geven, maar als het doel efficiency is, moet er juist strakker worden aangestuurd.”

En wat is het verschil tussen een leider en een manager?

“Leiderschap heeft veel meer te maken met visie. Met mensen inspireren, de toekomst, verandering en beweging. Management gaat vooral om controle, sturing, monitoren en procesbeheer.”

Zijn dat verenigbare rollen?

“Je hebt in een organisatie beide nodig. Het hoeft niet per se in een persoon verenigd te zijn. Het kan heel goed werken wanneer een leider een manager naast zich heeft staan.”

Laten wij ons in Nederland eigenlijk wel leiden?

“De machtsafstand in ons land is klein. Op basis van macht laten wij ons zeker niet leiden. Maar het is ook niet helemaal hopeloos hoor, er is geen anarchie in ons land. Heel belangrijk in professionele organisaties zijn inhoud en overtuigingskracht. Het helpt enorm wanneer je als leider ‘de taal spreekt’. Zeker als je leiding geeft aan hoogopgeleide professionals. Het verschilt nogal of je aan het hoofd van een koekjesfabriek staat of met artsen, hoogleraren, of advocaten werkt. Ik merk het hier op de universiteit en bij het organisatieadviesbureau waar ik werkte. Als je geen kennis van zaken hebt, wordt het een heel lastig verhaal om leiding te geven. Respect krijg je vooral

op basis van inhoud. Aan de andere kant moet je ook oppassen dat je niet te veel begrip toont voor al die eigenwijze professionals: want dan gebeurt er helemaal niets met een organisatie en blijft alles bij het oude. Je moet met gevoel voor en verstand van het primaire proces te werk gaan.”

Dus het heeft niet veel zin om een bestuurder van bijvoorbeeld Unilever bij een zorginstelling te plaatsen?

“In principe werkt dat niet, is mijn ervaring. Tenzij je een combinatie maakt met iemand die wel inhoudelijk goed ingevoerd is. Maar in de praktijk blijkt dat de meest succesvolle leiders in professionele organisaties uit de ‘inhoud’ komen en zich ook voor een deel nog met die inhoud bezighouden. Bij het organisatieadviesbureau waar ik werkte, doen leidinggevendenden ook nog projecten, en hier op de universiteit doen ze onderzoek en geven ze onderwijs. Omdat ze dat leuk vinden, maar ook omdat je voeling en binding houdt. Bovendien geef je bestuurders ook de mogelijkheid om, wanneer ze dat willen, terug te keren naar het primaire proces.”

En dan de hamvraag: bestaat de ideale leider?

“Als je mensen vraagt: waar denk je aan bij een leider, dan komt er altijd een duidelijk masculiene figuur naar voren. Een dominant, richtinggevend, resultaatgericht persoon. En dat betekent dan ook vaak: een man. Dat is al heel lang zo. Maar als je vraagt waar mensen vinden dat ze beter mee af zijn, komt er iets anders naar voren. Dan gaat de voorkeur meer naar androgyn leiderschap: een combinatie van masculiene en feminiene factoren, zoals inlevingsvermogen en communicatieve vaardigheden. Dat is natuurlijk grappig. Met de vuist op tafel slaan en zeggen dat we linksaf gaan, wordt gezien als goed leiderschap. Maar mensen hebben dit type leider liever niet in hun eigen werkomgeving...”

Hoe herken je een echte leider?

“Het makkelijkste antwoord is natuurlijk: ten tijde van een crisis. Maar in feite leer je een leider kennen door het zijn of haar medewerkers te vragen. Aan de buitenkant kun je het lang niet altijd zien. Veel heeft ook te maken met beeldvorming. Kijk naar wat er met Dirk Scheringa of Cees van der Hoeven is gebeurd: de media prezen deze mannen de hemel in, maar uiteindelijk faalden ze. Goed leiderschap is vooral afhankelijk van de context. Je kunt niet zeggen dat er een universele stijl is van effectief leiderschap.”

En waar gaat het vaak fout?

“Dat kan van alles zijn. Tunnelvisie, geen feedback geven, te weinig diversiteit. En natuurlijk zelfoverschatting. Er zijn altijd leiders die denken dat ze de Zonnekoning zijn...” ■

Janka Stoker (1970) is hoogleraar Leiderschap en Organisatieverandering aan de Faculteit Economie en Bedrijfskunde van de RUG. Stoker doet onderzoek naar leiderschap, diversiteit en zelfevaluatie van leidinggevendenden.

SENECA 2011 BERLIJN

INVITATIONAL ONLY

7 TOT EN MET 10
SEPTEMBER

