



REDEN TOT ZORG?!

Kritische reflectie op ongenoegens onder zorgprofessionals

Een essay op verzoek van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
ter voorbereiding van zijn congres op 10 oktober 2016.

Prof.dr. Mirko Noordegraaf

Aline Bos MSc

dr. Marie-Jeanne Schifflers

Departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap (USBO)

Universiteit Utrecht

Contact: a.bos@uu.nl

22 augustus 2016



INHOUD

Introductie	3
De (zorg)professional	5
De 'staat van ongenoegen'	7
Nuancering van 'de staat van ongenoegen'	9
TRANSITIE 1: DE PROFESSIONAL IS STEEDS MEER TEAMSPELER DAN SOLIST	10
TRANSITIE 2: DE PROFESSIONAL IS STEEDS MEER INFORMATIEVERWERKER	12
TRANSITIE 3: DE PROFESSIONAL MOET STEEDS 'PROACTIEVER ZIJN'	15
Uitwegen: organiseren van en via professioneel vermogen	18
1. BESCHOUW DISCIPLINE- EN ORGANISATIE OVERSTIJGEND HANDELEN ALS NORM.....	18
2. DISCUSSEER VOORTDUREND OVER NUT EN NOODZAAK VAN REGISTRATIE EN INFORMATIE	19
3. ONTWIKKEL (INTER)PROFESSIOELE VERMOGENS.....	20
Slot	21
Literatuur	22



Introductie

In de zorgsector bestaat, net als in veel andere sectoren (rechtspraak, politie, onderwijs) een groeiend ongenoegen onder professionals. Dit ongenoegen betreft vooral de ervaren toename van werkdruk (zie bijvoorbeeld Evers et al. 2014), regeldruk (zie bijvoorbeeld Himmelstein et al. 2014), assertieve cliënten/patiënten (Jansen & Van der Meulen, 2016) en de invloed van inspectie en zorgverzekeraars op het werk (zie bijvoorbeeld Federatie Medisch Specialisten 2015). Zorgprofessionals benadrukken dat door deze ontwikkelingen hun autonomie, motivatie en werkplezier onder druk komen te staan. Ze ervaren onvoldoende herkenning en erkenning van hun professionaliteit en vakmanschap. Dat kan leiden tot frustratie, burn-out en vervreemding, met bijbehorende negatieve gevolgen voor de kwaliteit van dienstverlening (o.a. Jansen, 2009; Tummers, 2012). Er zijn cijfers bekend waaruit blijkt dat de gevoelde druk ertoe leidt dat één op de vijf zorgprofessionals overweegt een andere baan te zoeken (Schaufeli, 2014). Dergelijke gegevens zijn reden tot zorg.

Op allerlei manieren worden deze uitingen van ongenoegen onder zorgprofessionals breder gedragen, in de vorm van onderzoeken, manifesten, opiniestukken en documentaires (zie bijv. www.beroepseer.nl). Belangenbehartigers, zoals branchevertegenwoordigers of vakbonden, kanaliseren die ongenoegens en politici proberen hierop antwoorden te vinden. Die antwoorden komen meestal neer op: 'minder bureaucratie', 'minder managers', en 'meer ruimte voor professionals'. De praktijk laat echter met regelmaat een tegenovergestelde beweging zien. Volgens een recent onderzoek neemt de regeldruk in de zorg bijvoorbeeld eerder toe dan af, en zijn de administratieve kosten in Nederlandse ziekenhuizen de op één na hoogste ter wereld (Himmelstein et al. 2014; Van Dorresteyn, 2015). Actal (het Adviescollege toetsing regeldruk) geeft aan dat bij de transitie van langdurige zorg en jeugd naar gemeenten weliswaar wordt beloofd regeldruk te verminderen, maar dat de plannen daartoe geen concrete voorstellen doen en nog niet tot de gevoelde regeldrukvermindering in zorgorganisaties leiden (Actal, 2014; Noordegraaf et al., 2012).

We onderschrijven dat zorgprofessionals aanleiding hebben om ongenoegen te uiten, maar we stellen in dit essay tevens dat bovengenoemde uitwegen niet bevredigend zijn. Zo stellen we onder meer de vraag of de duiding van het ongenoegen – in termen van 'lasten en druk' – adequaat is (regeldruk is de meest gehoorde oorzaak van al het ongenoegen, maar in de praktijk is de term vaak een container begrip van onvergelykbare grootheden en vergt het begrip nadere uitwerking, zie bijvoorbeeld Meurs, 2014). De meest gehoorde oplossing voor de regeldruk is 'meer ruimte'. Ook deze oplossing vergt echter nuancering en is op zich niet afdoende om het ongenoegen van zorgprofessionals te verlichten. Meer algemeen willen we met dit essay tegenwicht bieden aan de neiging om een 'algemene staat van ongenoegen' te verklaren, wat leidt tot weinig productieve beelden ('in de zorgsector is het één doffe ellende'), houdingen ('er is toch niks meer aan te doen') en uitwegen ('weg met management').

Het bieden van dit tegenwicht vergt allereerst een nadere reflectie op het ongenoegen bij zorgprofessionals en de onderliggende oorzaken. Hiertoe beschrijven we allereerst meer conceptueel wat



we onder 'zorgprofessionals' verstaan. Vervolgens gaan we dieper in op het ongenoegen onder professionals. We zetten dat ongenoegen in perspectief door het werk van zorgprofessionals op meerdere manieren te contextualiseren. We stellen dat het ongenoegen in en over werk niet los te zien is van de bredere en vooral veranderende context van gezondheid, gezondheidszorg en zorgverlening. Het werk in de zorg verandert en dat verklaart zowel het ongenoegen als de relativiteit ervan. Drie veranderende omstandigheden, zo betogen we, creëren het ongenoegen én vormen de opmaat vormen naar mogelijke uitwegen:

- (1) Professioneel werk vergt steeds meer teamwerk; de professional als solospeler raakt uit de tijd; nieuwe patronen van specialisatie, taakverdeling en verantwoordelijkheidstoedeling worden gecreëerd.
- (2) Lasten (vooral registratie- en verantwoordingslasten), of neutraler, informatiehandelingen, horen steeds meer bij verantwoorde zorg; zorg is steeds meer een maatschappelijk goed, met nieuwe eisen en verwachtingen; ook vakinhoudelijk, bijvoorbeeld via 'evidence based medicine'.
- (3) Professioneel werk vraagt steeds vaker om proactieve houdingen en acties; de zorgprofessional die op grond van routines handelt, ervaart problemen; de zorgprofessional die vooral ruimte wenst, zal des te minder ruimte ervaren.

Aan de hand van reflecties rond deze drie omstandigheden zullen we enkele alternatieve uitwegen schetsen, die niet zozeer gaan over 'meer ruimte voor professionals' of 'minder regeldruk'. We richten ons op nieuwe vermogens van moderne professionals in veranderende zorgcontexten. Met deze reflecties en uitwegen hopen we het debat over het ongenoegen van zorgprofessionals in een breder perspectief te plaatsen én van realistische en positieve impulsen te voorzien.



De (zorg)professional

Waar doelen we op als we het hebben over zorgprofessionals? We starten vanuit globale conceptuele benaderingen van 'de professional', en verbinden dit meer specifiek met de zorg. Meer algemene wetenschappelijke literatuur maakt onderscheid tussen zogenaamde 'vrije beroepen' met 'klassieke professionals' – zoals advocaten, accountants en medisch specialisten – en een bredere groep van 'gebonden beroepen' met 'gebonden professionals' of 'professional workers' (bijv. Noordegraaf 2015, o.b.v. Larson, 1977; Reed, 1992), variërend van stevig afgeschermd 'onafhankelijke professionals', zoals officieren van justitie en rechters, via minder afgeschermd 'semi-professionals' of 'street-level professionals', zoals verpleegkundigen, politieagenten en leerkrachten, tot 'verzorgingsstatelijke professionals', zoals maatschappelijk werkers en jeugdzorg professionals. Trappenburg (2014) noemt deze laatste groep 'bescheiden professionals'. Deze bredere groep professionals kan niet direct met klassieke professionals, zoals medisch specialisten, vergeleken worden. In het ene geval is het beroepsdomein in hoge mate geprofessionaliseerd, in het andere geval in lagere mate. Maar al deze professionals kennen wel overeenkomsten.

Kenmerkend is dat professionals in alle gevallen beroepen uitoefenen die in meerdere of mindere mate door beroepsbeoefenaren zelf worden gereguleerd. Er zijn barrières om een beroepsgroep binnen te komen, alsmede opleidingsvereisten, socialisatiepatronen, carrièrepaden, supervisie door mede-beroepsgenoten en eventueel sancties bij disfunctioneren. Beroepsgenoten hebben die barrières en vereisten in hoge mate zelf in de hand. Dat geldt voor artsen, maar ook bijvoorbeeld voor verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. De verschillen tussen deze beroepsgroepen moeten natuurlijk wel in ogenschouw worden genomen wanneer beleid, sturing en organisatie in en rond professionele beroepsdomeinen worden bestudeerd, aangezien de mate waarin een professional klassiek is gevolgen heeft voor de effecten van sturing. Wanneer een beroepsdomein, zoals dat van artsen, meer universitaire opleiding kent, van oudsher minder afhankelijk is van beleid en organisatie, en de beroepsuitoefening in meer facetten zelf kan beïnvloeden, dan zijn de pogingen om te sturen minder effectief, en bovendien de ervaringen met sturing minder positief (zie bijv. Ackroyd et al., 2007; Waring & Currie, 2009). Voor het begrijpen van de 'staat van ongenoegen' leggen we in dit essay echter meer de nadruk op de overeenkomsten dan op de verschillen.

In dit essay richten we ons dus op een brede groep zorgverleners als professionals. Daarmee richten we ons niet alleen op artsen (als klassieke professionals), maar ook op bijvoorbeeld verpleegkundigen, therapeuten en, nog breder, jeugdzorgwerkers die binnen en buiten ziekenhuizen werken. Wat vervolgens belangrijk is, in combinatie met de mate van professionaliteit (hoog/laag), is de maatschappelijke of publieke oriëntatie die al deze professionals gemeen hebben. Het zijn allen meer publieke dan private professionals, anders dan bijvoorbeeld accountants en advocaten, die tot de markt behoren en een private c.q. commerciële oriëntatie hebben. Dat kan bij medisch-specialisten natuurlijk ook het geval zijn, afhankelijk van plaats- en tijdgebonden context, maar in Nederland is de oriëntatie van artsen toch (nog steeds) vooral publiek/maatschappelijk. Ofschoon expertise steeds belangrijker is geworden voor professioneel handelen (vgl. Brint, 1996), impliceert deze publiek/maatschappelijke oriëntatie dat de zogenoemde 'social trustee' dimensies van belang zijn. Als je een cliënt in handen geeft van zo'n (publieke) professional, dan gaat dat onvermijdelijk gepaard met maatschappelijke



verantwoordelijkheid. Dat komt op de volgende wijze tot uiting (uit Noordegraaf 2009, gebaseerd op Schön, 1983; Freidson, 2001):

1. Medische professionals werken met en voor individuele cliënten/patiënten maar dienen tegelijkertijd maatschappelijke waarden, zoals het bevorderen van gezondheid en welzijn.
2. Ze behandelen individuele burgers als specifieke gevallen, maar handelen daarbij op basis van algemene wetten en regels. Omdat die wetten en regels nooit zodanig specifiek geformuleerd kunnen worden dat ze op alle mogelijke situaties van toepassing zijn, wordt van publieke professionals verwacht dat ze maatwerk leveren op basis van hun inhoudelijke kennis ('evidence based practice') en de kennis die zij hebben opgedaan door ervaring ('tacit knowledge'). Dit leidt tot handelingsruimte. Deze handelingsruimte gaat gepaard met een klassieke spanning: een te grote handelingsruimte kan leiden tot ongelijke behandeling, willekeur, vriendjespolitiek en fraude, terwijl te weinig handelingsruimte leidt tot starheid, bureaucratie en ineffectiviteit van beleid (Lipsky, 1980; Bakker, 1999).
3. Ze hebben in meerdere of mindere mate een vak geleerd, en behoren tot meer of minder geformaliseerde beroepsgroepen die hun belang beïnvloeden en reguleren, maar werken in of voor publieke en maatschappelijke organisaties die in beleidsomgevingen werken en regels moeten toepassen. Daar hoort bij dat professionals zich vaak (vooral) identificeren met hun vak en beroepsgroep, het belang van vakmanschap benadrukken, en in mindere mate organisaties en beleid waarderen (zie bijv. Tummers, 2013).

Als we de twee genoemde dimensies combineren (hoge/lage mate van professionaliteit, en publieke/private oriëntatie), dan kunnen we diverse typen professionals in algemene zin, én diverse typen zorgprofessionals onderscheiden (zie tabel 1). Dat is van belang, omdat de mate waarin een beroep afgeschermd is en een publieke dan wel private oriëntatie kent, mede bepalend is voor de wijze waarop organisatie, beleid en sturing worden ervaren. Naarmate er meer sprake is van stevige professionaliteit plus een sterke publieke oriëntatie, zal er meer ongenoegen over organisatie, beleid en sturing zijn. Zeker als organisatie, beleid en sturing draaien om het intomen van professionaliteit, om het 'verantwoordelijker' maken en/of het 'privater' maken van een beroepsdomein – iets dat in de zorg aan de hand lijkt te zijn.

Tabel 1. Typen (zorg)professionals

	Lagere mate van professionalisering	Hogere mate van professionalisering
Meer publieke oriëntatie	Politieagenten Leerkrachten Verpleegkundigen Maatschappelijk werkers Jeugdzorg professionals	Rechters Officieren van Justitie Nurse physicians Medisch specialisten
Meer private oriëntatie	ICT professional Controllers	Advocaten Accountants Bouwkundigen Ingenieurs



De 'staat van ongenoegen'

(Zorg)professionals identificeren zich dus in belangrijke mate met hun beroepsgroep en hun vak; dergelijke identificatie is vaak sterker dan die met de organisatie waar ze werken en met beleid. Professionele beroepsgroepen regelen zaken binnen hun eigen professionele domein; dat leidt tot eigenaarschap en betekenis. Als professionals geconfronteerd worden met vragen en eisen die van buiten het eigen domein komen, dan leidt dat geregeld tot 'mismatches'. Het gevoel van eigenaarschap is dan – zacht uitgedrukt – niet automatisch aanwezig, en de betekenis van vragen en eisen voor de uitvoering van het werk, vooral voor de specifieke cliënt/patiënt, is niet altijd even duidelijk. Dat er dan ongenoegen ontstaat, is logisch (zie bijv. Noordegraaf & Steijn, 2013).

Dat ongenoegen is echter niet eenduidig; het kent meerdere kanten. We noemden in de introductie bijvoorbeeld werkdruk, regeldruk, assertieve patiënten en de invloed van derden, zoals zorgverzekeraars. Wat betreft de ervaren werkdruk laat onderzoek van TNO en CBS bijvoorbeeld zien dat medewerkers in de zorgsector meer werkdruk ervaren dan medewerkers in veel andere sectoren (TNO/CBS, 2015; zie ook Inspectie SZW, 2013).¹ Bij ervaren regeldruk gaat het om administratieve- en verantwoordingslasten die professionals als betekenisloos ervaren. Management en organisatie – zoals financial control en HR, inclusief bijbehorende systemen – voelen dan vooral als ballast. Een andere kant van het ongenoegen is de toenemende mate waarin professionals hun patiënten als (over)assertief ervaren. Door de vergrote rol van de assertieve consument (lees patiënt) heeft de professional aan (vanzelfsprekend) gezag ingeboet (Tonkens, 2008). Zo rapporteert de stichting Beroepseer dat 'zorgverleners zich steeds vaker gedwongen voelen om anders te handelen dan zij voor de patiënt het beste achten. Vier op de vijf zorgverleners geven aan minder of juist meer te behandelen dan zij professioneel optimaal achten', vaak onder druk van (de familie van) de patiënt (Jansen & Van der Meulen, 2016). Een vierde verschijningsvorm van het ongenoegen ervaren professionals doordat – naast patiënten – ook andere partijen meer invloed op hun vak hebben gekregen. Een voorbeeld hiervan is het huisartsenmanifest 'Het Roer Moet Om', waarin huisartsen onder meer hun zorg uiten over de toenemende invloed van zorgverzekeraars op de uitvoering van hun professe. Ook medisch specialisten gaan tegen de toenemende invloed van zorgverzekeraars in het verweer. Zij vinden het zorgelijk dat wetenschappelijke eisen aan de beroepsgroep – zoals het minimum aantal operaties dat wenselijk is – steeds meer worden bepaald door zorgverzekeraars in plaats van door professionele beroepsgroepen zelf (Federatie Medisch Specialisten 2015).

De ervaren druk omvat dus verschillende aspecten: toegenomen werk- en regeldruk, het inboeten aan gezag en toenemende invloed van derden. Boven komen die verschillende aspecten van druk op specifieke plekken heel verschillend en in meerdere of mindere mate voor. Toch wordt snel gesproken in termen van algemeen ongenoegen in de zorgsector. De bijbehorende oplossingen zijn daarmee vaak

¹ Overigens is de zorgsector geen 'koploper'. In de horeca, de ICT en het onderwijs is de ervaren werkdruk nog iets hoger.



eveneens van algemene aard: 'weg met de bureaucratie', 'weg met managers' of 'weg met het huidige systeem'. Ook al kunnen dergelijke hartenkreten op onderdelen zeer legitiem zijn, voorkomen moet worden dat deze drastische, meestentijds onuitvoerbare oplossingen de boventoon gaan voeren. Een dergelijk generiek ongenoegen leidt bovendien al snel tot de paradox van ongenoegen. Als er veel ongenoegen is, dan gaan we acties optuigen om het ongenoegen te bestrijden, terwijl die acties die op den duur onbedoeld juist weer bijdragen aan het gevoelde ongenoegen. Wanneer we bijvoorbeeld vanuit de generieke constatering dat er 'lasten zijn' overgaan op 'lasten verminderende' maatregelen of zelfs 'lastenvrije zones', dan is de kans groot dat er toch weer eisen worden gesteld aan het verminderen c.q. vrijmaken van lasten, en dat een aantal verplichtingen, zoals verantwoordingsverplichtingen, niet weg te nemen is. Omdat het pessimistische beeld van 'lasten' met het romantische dan wel utopische beeld van 'lastenvrij' wordt bestreden, worden niet in te lossen verwachtingen gecreëerd en nieuwe verplichtingen geïntroduceerd, die het gevoelde ongenoegen juist verder versterken.

In het onderwijs, bijvoorbeeld, is onlangs door de staatssecretaris van OC&W de notie van 'regelluwe school' geïntroduceerd, gericht op het verminderen van gepercipieerde regels, bureaucratie en lasten in en rond het onderwijs. Het is de vraag of dat niet nieuwe gevoelens van lasten teweegbrengt, aangezien alleen zogenaamde excellente scholen regelluwe experimenten kunnen aanvragen (restrictie 1), het ministerie die aanvragen beoordeelt en desgewenst afkeurt (restrictie 2), en het hele project nauwgezet gemonitord wordt (restrictie 3). Iets vergelijkbaars zien met de huidige initiatieven rond de vermindering van administratieve lasten in de eerstelijns zorg (mondzorg, paramedici, wijkverpleging, farmacie, verloskunde en vrijgevestigde ggz). Partijen doen met enthousiasme mee, maar tegelijkertijd is er kritiek op de opbrengsten en bestaan er twijfels over de daadwerkelijke bijdrage aan de vermindering van administratieve lasten (Skipr, 2016).

Kortom, de algemene staat van ongenoegen kent meerdere kanten en houdt het risico in zich te leiden tot ongenueanceerde dichotomieën, inclusief irreële uitwegen. Bovendien ontnemt de algemene staat van ongenoegen het zicht op wat wel goed gaat en behouden moet blijven, evenals het zicht op realistische uitwegen die minder radicaal – lees: minder utopisch – zijn.



Nuancering van 'de staat van ongenoegen'

Wij pleiten daarom voor een meer genuanceerde en opbouwende benadering van zorgprofessionaliteit in verandering. De eerder aangekondigde contextualisering is daarvoor bedoeld. Deze plaatst de algemene 'staat van ongenoegen' in perspectief en biedt vervolgens aanknopingspunten voor meer realistische uitwegen, weg van het ongenoegen van zorgprofessionals. De contextualisering komt er wat ons betreft – gebaseerd op conceptuele en empirische studies van (medische) professionele praktijken – op neer dat we het werk van professionals niet als geïsoleerd kunnen beschouwen, maar als vervlochten met beroepsdomeinen, organisaties en samenlevingen (zie bijv. meer algemeen Farrell & Morris, 2003; Ackroyd et al., 2007; Evetts, 2009; Noordegraaf, 2011; Faulconbridge & Muzio, 2012; Adler & Kwon, 2013; en meer zorg-specifiek, Martin et al. 2015; Lombarts 2015; 2016; Berwick, 2016). Die contexten zijn bovendien 'in transitie'.²

Het is hierbij van belang op te merken dat zorgprofessionals nooit 'autonoom' zijn geweest. Beroepsdomeinen leveren een bijdrage aan het reguleren van de beroepsuitoefening. Daarnaast werken zorgprofessionals – als publieke professionals – binnen maatschappelijke regimes, die georganiseerd en (juridisch) ingekaderd zijn, gefinancierd worden uit publieke middelen, en met ambities van de staat – zoals de verzorgingsstaat – verbonden zijn. Maar dat is in de afgelopen jaren – zoals hierboven bij tabel 1 al werd aangestipt – versterkt door meer recente transities. Transities die zowel betekenen dat nieuwe eisen – bijvoorbeeld eisen inzake veilige zorg, maar tevens efficiency eisen – dominant worden en dat nieuwe maatschappelijke opdrachten worden geformuleerd – zoals meer nadruk op preventie en meer integrale zorg.

Dat maakt dat professionals zich meer van anderen moeten aantrekken en dat ze meer met collegae, cliënten en andere stakeholders moeten samenwerken, dat ze meer in relatienetwerken en zelfs ketens moeten opereren, en zich meer moeten verantwoorden.

Het klimaat waarin zorg verleend wordt, wordt zowel opener en meer transparant, wat haaks staat op de geslotenheid van professionele beroepsdomeinen, alsook privater en commerciëler, wat haaks staat op de publiek-maatschappelijke oriëntatie van zorgverlening. Dat verklaart het ongenoegen. Het laat tevens zien dat het ongenoegen een uiting is van iets dat niet zozeer in het werk zelf zit, maar in verwachtingen en vereisten aangaande en rond dat werk. De volgende drie transities maken dit meer concreet.

² Zie bijvoorbeeld het focusgebied "Professional Performance" van de UU, waarbinnen de relatie tussen Context, Professionals en Prestaties op nieuwe manieren inhoud krijgt (zie via: www.uu.nl/onderzoek/professional-performance).



TRANSITIE 1: DE PROFESSIONAL IS STEEDS MEER TEAMSPELER DAN SOLIST

Professionals handelen op basis van hun (ervarings)kennis, waarbij ze professionele afwegingen maken in elke afzonderlijke casus. Steeds vaker geldt daarbij dat zorgverlening in specifieke casus niet op één lijn kan worden gesteld met individueel professioneel handelen. In veel gevallen is de kennis en expertise van de individuele professional niet afdoende om tot oplossingen te komen. Dat kan zowel de betrokkenheid van meerdere professionals bij een aandoening of probleem van een patiënt/cliënt betreffen (bijvoorbeeld de aanpak van depressie), als de betrokkenheid van meerdere professionals bij meerdere aandoeningen of problemen in een en dezelfde patiënt/cliënt (bijvoorbeeld de aanpak van depressie, hartfalen en schulden), als de betrokkenheid van meerdere professionals bij de problemen van meerdere cliënten (zoals een multi-probleem gezin).

Vanaf de jaren zeventig zijn steeds vaker meerdere specialisten betrokken bij de behandeling van één en dezelfde patiënt, vooral door het toenemende aantal sub-specialismen. Vanaf dat moment raakte het begrip hoofdbehandelaar in zwang. Met de invoering van de wet BIG in 1997 kwam bovendien het absolute verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunde te vervallen. Daarmee hebben allerlei typen zorgverleners een eigen verantwoordelijkheid gekregen in de zorgverlening op basis van welomschreven opleidingseisen en deskundigheidsgebieden. Daarbij is er de afgelopen decennia bovendien een toename van het aantal patiënten waarbij sprake is van co- of multi-morbiditeit, alsook multi-problematiek, waardoor veel verschillende typen zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015). Zo gaan depressies en angststoornissen, aandoeningen in de kransslagaders van het hart en hartfalen vaak samen. Daarvoor bestaan multidisciplinaire overleggen, waarin diagnostiek en behandeling vanuit meerdere disciplines op elkaar betrokken wordt. Dat alles is bovendien verweven met de sociaaleconomische (leef)situatie van één of meer patiënten/cliënten.

Het kan ook meer overzichtelijke processen betreffen, waarbij één patiënt en aandoening centraal staat. Het verder optimaliseren van pre-, peri- en postoperatieve procesgangen vraagt bijvoorbeeld om samenwerking, inclusief goed georganiseerde overdracht (zie bijvoorbeeld inzichten over de SURPASS checklists, Ram & Boormeester, 2013). Dat geldt ook voor sneldiagnostiek, waarin disciplines samenwerken om zorgverlening te versnellen (zie bijv. Hoevenagel, 2012). Ook dat gaat niet vanzelf. Dat nieuwe organiseren wordt meer institutioneel weerspiegeld in nieuwe patronen van werk- en taakverdeling, waarbij niet alleen 'de arts' en 'de verpleegkundige' actief zijn, maar ook nieuwe professionele groepen, die tussen artsen en verpleegkundigen in meer eigenstandig en met meer specialisatie en verantwoordelijkheid taken uitvoeren. Denk aan specialistische verpleegkundigen en 'nurse physicians' (zie bijv. Wallenburg et al., 2016).

Door deze ontwikkelingen is niet meer op voorhand duidelijk is welke hulpverlener inhoudelijk het voortouw heeft. Hierdoor neemt het belang van multidisciplinair handelen en derhalve van samenwerking toe en dit vergt steeds meer afstemming en coördinatie (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015). Dergelijke nieuwe patronen verminderen niet enkel 'de autonomie' van 'de professional', ze creëren ook nieuwe professionals die zich moeten 'invechten' in medische, in dit geval klinische domeinen. Dat zal het ongenoegen niet verzachten.



Buiten klinische praktijken zijn buurt- c.q. wijkteams ontstaan na de transitie van jeugdzorg en langdurige zorg richting gemeenten in 2015. In deze samenwerkingsverbanden wordt de expertise van verschillende professionals uit diverse organisaties bij elkaar gebracht, zoals die van gezinscoaches en GZ-psychologen, om te komen tot een resultaat dat meer is dan de som der delen. Professionals worstelen echter met het goed vormgeven van dit soort samenwerkingsverbanden; verschillende professionals zitten niet vanzelfsprekend regelmatig met elkaar aan tafel. Als ze gezamenlijk een casus oppakken, blijkt dat de deskundigheid van de ene professional niet precies start waar die van de andere professional ophoudt; er is overlap. Daarbij verschillen professionele inzichten over wat in specifieke cases wel of niet wenselijk is om te doen. Bovendien blijkt informatie-uitwisseling – zowel praktisch als principieel – nogal eens een horde; een professional wil (en mag) niet zomaar zijn kennis over een specifieke patiënt/ cliënt delen. Hoe kan een gezinscoach haar vertrouwensrelatie met een gezin behouden, als ze ondertussen zaken “doorvertelt”? Wanneer is het professioneel nodig om die informatie te delen, en wanneer niet? Dat zijn dilemma’s waar professionals in wijkteams mee worstelen. Kortom, ook hier gaat die samenwerking niet vanzelf, zowel door de snelle invoering, de sterke transitie alsook door de complexiteit van interprofessionele samenwerking (Tsakitzidis & Van Royen, 2008).

Barrières rond interprofessionele samenwerking zijn geregeld praktisch, maar vaker en meer fundamenteel ook ingegeven door veronderstellingen over wat een goede professional is. Die veronderstellingen passen vaak in de klassieke manier van denken over de individuele professional, die vanuit zijn specifieke kennis een plan ontwikkelt voor een cliënt/ patiënt. Complexe multi-probleem gezinssituaties, met bijvoorbeeld een combinatie van psychische problematiek, verslaving én zorgen over opvoeding, maken echter dat niet zozeer de individuele professional met zijn specifieke kennis, maar veeleer teams van professionals met hun gezamenlijke expertise nodig zijn om patiënten/cliënten daadwerkelijk te kunnen helpen. Daarbij past het niet (meer) om je als professional strikt te houden aan de grenzen van je vak, maar gaat het erom te zoeken naar (combinaties van) interventies/behandelingen die gebruik maken van meerdere vormen van expertise. Professionaliteit uit zich dan niet zozeer in wat een professional individueel doet, maar veel meer in wat je als team voor elkaar krijgt.

Deze verschuiving wordt ook zichtbaar in de medische tuchtrechtspraak, waar een geleidelijke, maar onmiskenbare overgang zichtbaar is van een primair inhoudelijk georiënteerd hoofdbehandelaarschap naar een primair op regie en coördinatie gericht hoofdbehandelaarschap (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015) .

Als we op deze manier naar zorgprofessionals kijken, dan plaatst dat de ervaren last van zaken als organisatorische afstemming, die hen afleiden van hun vak, in een ander licht. Dergelijke afstemming met andere stakeholders is juist in toenemende mate onderdeel van het takenpakket van de zorgprofessional, omdat zij onmisbaar is voor de kwaliteit van de zorgverlening. Het helpen van cliënten en patiënten vraagt daarmee van professionals meer organiserende vermogens (Noordegraaf 2011): het vinden van vormen waarin goed kan worden samengewerkt en manieren om interdisciplinair af te stemmen met andere professionals, in concrete cases. Bij samenwerking tussen professionals in de



verloskundigenzorg zien we bijvoorbeeld dat wijkverloskundigen en obstetrische verloskundigen in ziekenhuizen met andere elektronische systemen werken. Communicatie over zwangere vrouwen hangt dan af van proactief nabellen of mailen, aangezien ze (nog) niet met elkaar kunnen meelesen via het systeem (Schölmerich et al., 2014). Iets soortgelijks geldt voor een wijkverpleegkundige die wordt geconfronteerd met cliënten als tienermoeders, waarbij mishandeling speelt of waarbij het kind dieetproblemen heeft. Er is dan vaak geen structuur of informatiesysteem voorhanden om effectief informatie uit te wisselen met bijvoorbeeld een specialist in het ziekenhuis. Dat vraagt om aandacht voor dergelijke structuren en systemen, maar ook van professionals om het afstemmen in dergelijke cases als essentieel onderdeel van hun taak te zien, niet als last.

Het blijft daarbij uiteraard belangrijk een onderscheid te maken tussen betekenisvolle administratieve organisatorische taken (zoals de registratie ten behoeve van deze afstemming en het organiseren van structuren voor passende informatie-uitwisseling) en taken die als weinig betekenisvol worden gezien. Daarover hieronder meer.

Kortom, voor het helpen van de patiënt/cliënt is samenwerking met andere professionals en ondersteuners van groot belang en in moderne zorgpraktijken is samenwerking dan ook steeds meer onvermijdelijk. De noodzaak tot interprofessionele samenwerking of 'shared care' impliceert een overgang van solisme naar teamwerken en van individuele professionaliteit naar professioneel handelen in teams, waarbij nieuwe patronen van taak- en werkverdeling ontstaan. Dit verklaart een deel van het ongenoegen onder zorgprofessionals. Individuele professionals zijn minder 'in charge' en meer deel van coördinatie, informatiedeling en afstemming. Wanneer die coördinatie buiten professionals om wordt gegenereerd, via instructies, procedures en structuren, dan zal dat ongenoegen groter zijn.

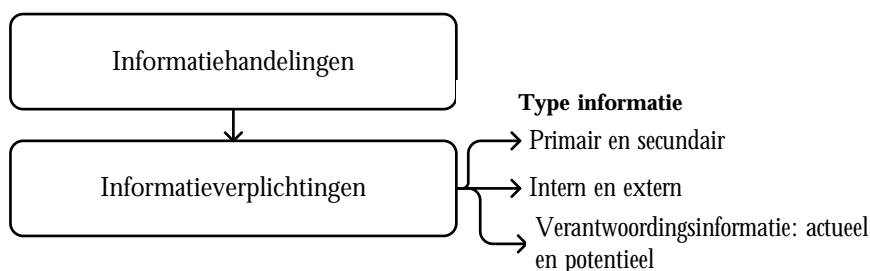
TRANSITIE 2: DE PROFESSIONAL IS STEEDS MEER INFORMATIEVERWERKER

In klassieke zin richten medische professionals zich op patiënten/cliënten, en daarbij kunnen ze niet zonder informatie. Ze verrichten allerhande informatiehandelingen via en rond patiënten/cliënten – door vragen te stellen, gesprekken aan te gaan, uitslagen van onderzoek op te vragen en te interpreteren, zaken te registreren, te vergelijken, et cetera. Dat zulke handelingen niet gelijk als belastend worden ervaren, komt door enkele belangrijke kenmerken: de handelingen zijn sterk operationeel en met het primaire proces verbonden; ze hebben betrekking op collegae en cliënten en niet zozeer op 'buitenstaanders'; ze worden min of meer vrijwillig verricht; en ze worden niet gebruikt om te beoordelen en/of af te rekenen. In moderne zorgverlening is dat flink veranderd.

Informatiehandelingen zijn veel meer dan ooit informatieverplichtingen geworden. Die verplichtingen hebben betrekking op buitenstaanders en externe partijen die iets van medische professionals willen, zoals verzekeraars en de inspectie; ze hebben betrekking op secundaire zaken, zoals veiligheidseisen, 'financial control' en Arbo-eisen; en ze worden gebruikt om verantwoording vorm te geven, te ranken, te beoordelen en eventueel af te rekenen. Die verantwoording hoeft trouwens niet eens echt plaats te vinden, maar zou kunnen plaatsvinden. Uit voorzorg voor potentiële verantwoording worden zaken bijgehouden.



Deze schematisering (o.b.v. Noordegraaf & Sterrenburg, 2009), gevisualiseerd in figuur 1, maakt duidelijk dat veel informatiehandelingen gevoelsmatig als 'niet bij de professional horend' worden gezien. Dat sluit aan op het discours over het ongenoegen van (zorg)professionals waarin 'de overmaat aan regeldruk' en de daaruit voortvloeiende 'administratieve' en/of 'verantwoordingslasten' centraal staan. De professional wordt teveel beknot in zijn of haar 'professionele ruimte' om te doen wat nodig is voor de cliënt. Dat leidt dan tot met het onderwijs vergelijkbare initiatieven als het 'Experiment Regelarme Instellingen', dat het ministerie van VWS initieerde, waarbij – vanaf 2013 – 24 zorgaanbieders experimenteren met administratieve lastenverlichting (Actiz, 2015).



Figuur 1. Informatiehandelingen en informatieverplichtingen (uit: Noordegraaf et al. 2012)

Toch is dit te simpel, om drie redenen. Ten eerste moeten we een verschil maken tussen objectieve en ervaren lastendruk onder individuele professionals. Feitelijke en ervaren lastendruk lopen soms uiteen en hiermee kan de gevoelde professionele ruimte eveneens verschillen. Regels en 'bureaucratie' betekenen niet automatisch dat alle individuele professionals evenzeer druk ervaren. Omgekeerd betekent 'minder regels' of 'minder bureaucratie' niet noodzakelijkerwijs dat professionals automatisch minder lasten en meer ruimte ervaren (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009: 125-127; Noordegraaf et al., 2012; Meurs, 2014). De druk die al dan niet veroorzaakt wordt, wordt bepaald door het aantal handelingen en hun tijdsbeslag maar ook en vooral de beleving van informatieverplichtingen (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009: 236). Daarbij speelt het verschil in opvatting mee over wat wel en wat niet bij het vak van de zorgprofessional hoort, alsook variatie in 'professioneel vermogen', dat wil zeggen, het vermogen van professionals om met druk om te gaan (zie onder). Zo zullen sommige medisch specialisten klagen over registreren van verlof en declaraties, zien andere specialisten het helder en inzichtelijk maken van gemaakte kosten als onderdeel van hun werk en passend bij hun maatschappelijke opdracht.

Wanneer ze daar ook nog eens nuchter of assertief mee om weten te gaan, dan is er weinig gevoelde druk. Dat is vergelijkbaar met discussies over werkdruk, zoals bijvoorbeeld eerder in 2016 in de Volkskrant gevoerd door onderwijsprofessionals. Een leerkracht die zich in die discussie mengde stelde dat het best wel mee valt met de door anderen als heftig en ondraaglijk voorgestelde werkdruk (Roosken, 2016).

Ten tweede is het niet zo dat informatiehandelingen die verplichtend van buiten komen automatisch voor lastendruk zorgen. Informatiehandelingen die van binnenuit komen en horen bij professionele domeinen kunnen evenzeer (objectieve dan wel subjectieve) lastenervaringen op gang brengen. Een mooi voorbeeld is 'evidence based medicine', dat professioneel handelen strikter reguleert in relatie tot bewijs voor de effectiviteit van interventies. Die regulering komt van binnenuit, en kan desalniettemin



zorgen voor lastenervaringen. Bovendien past 'evidence based' werken vooral in de cure waar het gaat om interventies met een logisch, voor de hand liggend doel. 'Veel ingewikkelder ligt het in de care, waar planmatig werken minder goed past, omdat het veel minder duidelijk is wat je wilt bereiken met de zorg en het bijgevolg ook veel lastiger is om vast te stellen of een bepaalde aanpak het gewenste resultaat heeft gehad' (Trappenburg, 2014). Daar bestaat het risico dat evidence based werken tot extra standaardisatie en registratie leidt die als weinig zinvol wordt ervaren.

Nog interessanter is het feit dat de veel bekritiseerde DBC's (diagnose-behandeling combinaties), op grond waarvan zorgverlening wordt bekostigd, mede door het medisch professionele domein zelf zijn ontstaan. Kortom, informatielasten komen niet alleen vanuit 'de politiek' of 'het beleid', maar ook van andere kanten. Het gaat om 'regels en standaarden veroorzaakte administratieve handelingen die ten behoeve van de overheid, derden en de eigen beroepsgroep moeten worden verricht'. De vervreemding en beroepszeer onder professionals waar de laatste jaren op gewezen wordt (bijv. via www.beroepseer.nl) betreft niet alleen 'beleidsvervreemding' (cf. Tummers 2013) maar ook organisatie- en professionele vervreemding. (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009: 236).

Ten derde kan het zo zijn dat de verantwoordingsverplichtingen, juist als ze van buiten komen en op verantwoording gericht zijn, begrijpelijk zijn en in zekere zin nodig en nuttig. Dan zijn we terug bij de eerder gemaakt opmerkingen over het feit dat medische professionals met nieuwe publiek-maatschappelijke eisen en vragen geconfronteerd worden. Daaruit volgen nieuwe eisen stellen aan medisch handelen, ook in relatie tot informatie- en registratieverplichtingen. Informatie kan specifiek betrekking hebben op verantwoording, wanneer 'een actor verplicht is zijn optreden uit te leggen en te rechtvaardigen tegenover een forum' (vrij naar Bovens 2005: 28). Maar informatie kan echter ook nodig zijn voor bijvoorbeeld plannings, roostering, beleid en dienen daarmee direct of indirect de kwaliteit van zorgpraktijken. Het kan gaan om 'lessons learned'. Een voorbeeld daarvan is het melden van incidenten in de zorg met als doel zowel handhaving als het trekken van lessen. Calamiteiten dienen gemeld te worden bij de inspectie, maar dit gebeurt soms niet, of pas laat, zoals recent bijvoorbeeld bleek in berichtgeving in de Volkskrant over het Tergooi-ziekenhuis: als een 21-jarige jongen dertien uur na zijn ziekenhuisopname overlijdt, wordt dit niet gemeld als calamiteit bij de inspectie (Feenstra, 2016; Efftig, 2016). Ook de media-aandacht voor het UMC Utrecht en de beschuldigingen aan het adres van de afdeling KNO vallen in deze categorie (Zembla, 2016).

In die zin horen verplichtingen erbij en komen er eerder nieuwe verantwoordingsverplichtingen bij dan dat ze verdwijnen, bijvoorbeeld via de Zembla-achtige journalistieke druk. De vraag is dan of de verplichtingen als nuttig kunnen worden ervaren, in het licht van nieuwe maatschappelijke verwachtingen, bijvoorbeeld rond 'veiligheid in de zorg'.

Zorgprofessionals verlenen diensten aan cliënten/patiënten, maar zorgverlening draait ook om maatschappelijke waarden, zoals toegankelijkheid van zorg, rechtvaardigheid (zoals rechtvaardige verdeling van zorg en van zorgkosten), efficiency ('het efficiënt inzetten van het zorgbudget') en veiligheid ('onveilige zorginstellingen of onbekwame artsen dienen te worden aangepakt'). Het werk van zorgprofessionals behelst publieke taken waarin willekeur en voorkeursbehandelingen vermeden



dienen te worden en fouten onderzoek verdienen. Een bepaalde mate van verantwoording is onontkoombaar en nodig om de kwaliteit en de gelijke toegankelijkheid van zorg te borgen. Het wordt lastiger wanneer informatie die formeel geen verantwoordingskarakter heeft, in de verantwoordings sfeer wordt getrokken. Dit draagt bij aan het gevoelde verlies van autonomie van zorgprofessionals en zorgt daarmee voor de gepercipieerde last verbonden aan het verstrekken van informatie. Als dossiers met inhoudelijk informatie over cliënten door voogden op een later moment worden gebruikt om na te gaan of een voogd aansprakelijk is voor een uit de hand gelopen situatie in een gezin, dan krijgt die informatie ineens een heel ander doel. Het bijhouden van dossier kan dan voelen als manier om 'in te dekken' in plaats van het bijhouden van de relevante ontwikkelingen rond een kind/gezin, en daarmee belastend(er) worden. Maar ook deze dynamiek is deels onvermijdelijk.

Kortom, verantwoorde zorg, waarin maatschappelijke waarden centraal staan – toegankelijkheid, rechtvaardigheid, betaalbaarheid, kwaliteit, veiligheid – moet mede via professionals inzichtelijk worden gemaakt. Dat is altijd relevant geweest en enkel relevanter geworden, in veeleisender ketens en een dwingender publieke context die registratie en verantwoording vraagt. Dat tast de gevoelde ruimte aan, zeker als de verantwoordingsverplichtingen extern en secundair. Dat vraagt een kritische houding aangaande welke informatieverstrekking als onderdeel gezien mag worden van de professionaliteit van de publieke zorgprofessional, zowel op individueel als organisatieniveau. Maar dat er nieuwe informatiehandelingen bij het werk van zorgprofessionals horen, is onvermijdelijk; daarmee impliceren 'meer ruimte' en 'minder lasten' nogal eens loze uitwegen.

TRANSITIE 3: DE PROFESSIONAL MOET STEEDS 'PROACTIEVER ZIJN

In discussies over de algemene staat van het ongenoegen lijkt het discours zich erop te richten dat professionals aan zaken als regeldruk en organisatorische transitie worden 'onderworpen'. De aandacht richt zich in discussies dan op (in)adequate systemen om professionals heen, in plaats van op het vermogen van de professional zélf (zie ook Noordegraaf et al. 2015). Als we in het debat over het ongenoegen van zorgprofessionals vooral redeneren vanuit systemen, in plaats van uit professionals zelf, dan zal dit eerder bijdragen aan het zorgelijke discours dan dat het er een uitweg voor biedt. Bovendien zien we dan de belangrijkste groep binnen ons zorgstelsel over het hoofd: de (teams van) professionals zélf. Een systeemgerichte benadering biedt een beperkt aantal opties voor verandering, die bovendien ook nog vaak lastig realiseerbaar zijn. Een gerichtheid op vaardigheden en vermogens van professionals biedt een veel breder en beter realiseerbaar scala aan mogelijkheden in het tegengaan van ongenoegen.

Onderzoek laat zien dat professionals die het gevoel hebben de situatie te kunnen beïnvloeden zich veel beter voelen en daardoor beter presteren (e.g. Bandura 1993). De zorgprofessional die zich verbindt met andere disciplines en ketenpartners is zich beter bewust van het grotere geheel, en interpreteert veranderingen en eisen meer in context. Daarmee zijn die veranderingen en eisen niet altijd gerechtvaardigd, maar wel beter te begrijpen en beter aan te gaan. Dat dit niet vanzelf gaat, en net als bij de voorgaande transitie ook weer ongenoegen produceert, is inmiddels duidelijk geworden. Wanneer medische professionals bijvoorbeeld meer 'in the lead' moeten komen, zoals dat sinds enkele jaren heet, dan blijkt het moeilijk om dat gestalte te geven, omdat medische professionals niet als



zodanig zijn gesocialiseerd (bijv. Witman et al., 2011). Socialisatiepatronen onder artsen maken dat ze vooral klinisch denken en werken en dat er informele hiërarchieën bestaan die het met elkaar genereren van goede zorg in de weg staan. Een ander voorbeeld uit de GGZ wereld betreft de nadruk op het reeds aangestipte hoofdbehandelaarschap (zie Cie. Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015): tijdens de behandeling moet er een hoofdbehandelaar zijn die de regie voert. Ofschoon dat regisseren belangrijk kan zijn, heeft het hoofdbehandelaarschap in de praktijk vooral de connotatie van kostenbeheersing en beperking van juridische risico's gekregen (ibid.). De commissie die dit aan de orde stelde, stelde voor om over 'regiebehandelaar' te spreken, wat een volgende vraag oproept: hoe creëren we meer regisserende vermogens onder medische professionals?

Het gebrek aan vanzelfsprekende professionele vermogens om met nieuwe eisen en vragen om te gaan, geldt overigens ook voor andere sectoren. In de rechterlijke macht wordt geprobeerd om rechters met behulp van nieuwe professionele standaarden meer 'in the lead' te brengen, tegenover de rechterlijke organisatie, productiedruk en maatschappelijke aandacht voor rechterlijke dwalingen. Dat gaat niet vanzelf, zowel niet qua opstellen van nieuwe standaarden alsook niet qua toepassing ervan. In het onderwijs, in het bijzonder primair (PO) en voortgezet onderwijs (VO), blijken de vermogens van leerkrachten om met strijdige eisen om te gaan, beperkt. De capaciteit om te anticiperen, dilemma's te herkennen, afwegingen of 'trade offs' te maken en zich uit te spreken scoort op een 7-puntschaal een magere 3,6 (PO) en 4,5 (VO). Dat leidt tot mindere prestaties en tot minder 'well-being' van leerkrachten; ze voelen zich minder vitaal en lopen grotere kans op burn-out en uitval (Noordegraaf et al., 2016). De capaciteit is bovengemiddeld als leerkrachten in hoge mate maatschappelijk gemotiveerd zijn, bijgeschoold worden en krachtige relaties en teams kennen.

Hier zitten twee kanten aan. Enerzijds kan er gebrek aan vermogens zijn om gespecialiseerd gedrag van de ene professional te verbinden met dat van andere professionals en overige stakeholders. Anderzijds kan er gebrek aan vermogens bestaan om gedrag in de bredere context van 'het zorgsysteem' te plaatsen.

Begrip van verbindingen draait, tegen de eerder besproken achtergrond van de noodzaak van multidisciplinair werken om 'verbindend vakmanschap' (cf. Binnema et al., 2013), waarbij gespecialiseerd handelen wordt gekoppeld aan het gespecialiseerd handelen van anderen, alsmede het handelen van overige stakeholders. Dit betreft het bredere specialisme/generalisme debat dat niet over het een of het andere gaat, maar tot nieuwe verhoudingen leidt (vgl. Levi, 2009).

Begrip van het systeem, ook via professionals zelf, kan bijdragen aan de rol van de professional in het verder vormgeven en waar nodig beschermen van zijn professionaliteit. Daar is wel wat voor nodig. In de zorgsector blijken professionals ook niet altijd opgewassen tegen de eisen die van hen worden gevraagd. Zo zijn sommige arts-assistenten vooral bezig 'het hoofd boven water houden'. Als zij al proactief aan de slag willen met zaken waar ze tegenaan lopen, dan blijkt dat leidinggevende artsen daar geen tijd of prioriteit voor hebben/ aan geven. Pro-activiteit wordt soms op een vroeg moment in de loopbaan al in de kiem gesmoord (Voogt et al., 2015).



Zolang de meer traditionele idee van professionaliteit – de individuele professionals, cases, kwaliteit – via de geëigende professionaliseringsmechanismen wordt bestendigd, zal ieder verbonden en breder idee van professioneel handelen – meerdere cases, complexere cases, gesitueerd in publieke contexten – als belastend worden gezien. Dat vraagt om een herijking van die mechanismen, variërend van wie tot een beroepsgroep gaat behoren (selectie), wat beroepsbeoefenaren wordt geleerd (opleiding), welke houdingen ze aannemen (socialisatie), hoe ze verderop komen (carrière) en hoe ze begeleid worden (supervisie). Dat is in diverse domeinen aan het gebeuren, zeker ook in medische domeinen. Het relatief nieuwe CanMEDS competentie model dat de KNMG en Nederlandse geneeskundeopleidingen hebben omarmd (zie bijv. Frank, 2005; Scheele et al., 2008; Wallenburg), draait om nieuwe competenties en vaardigheden, inclusief samenwerken, communiceren, verantwoord en leiden. Dat kan worden gezien als een herijking van ‘agency’ in de zorg, met meer nadruk op medisch leiderschap, ‘empowerment’ en pro-activiteit. Daar wordt op dit moment niet alleen onderzoek naar gedaan (bijv. Voogt et al. 2015), het wordt ook ingebouwd in geneeskunde opleidingen in Nederland en daarbuiten.

De staat van ongenoegen moeten we dus niet enkel aan ‘het systeem’ koppelen en van meer systemische gevolgen voorzien, zoals minder regels, bureaucratie en toezicht. Het betekent veeleer dat we ook ‘de leefwereld’ van professionals in ogenschouw moeten nemen, waarbij we hun houding, handelingsbekwaamheid en relaties moeten begrijpen. Klagen over ‘het systeem’ creëert slachtofferschap onder professionals en pleit hen bij voorbaat vrij als het op aanpassingen en interventies aan komt. Het legt overigens ook de nadruk op diegenen die verbindingen tussen systeem en leefwereld moeten creëren, zoals managers en bestuurders. In plaats van hen als ‘belastend’ en ‘schuldig’ te kwalificeren, zou benadrukt kunnen worden dat zij krachtige koppelingen kunnen maken tussen systeem, besturing en uitvoering (Frissen et al., 2016). Dat vraagt om bestuurlijke en manageriale vermogens, waarbij uiteenlopende logica gekoppeld worden (zie bijv. De Bruijn, 2010; Noordegraaf, 2015). Onderzoek in het onderwijs liet bijvoorbeeld zien dat coachend leiderschap door schoolleiders een positief effect heeft op de professionele vermogens van leerkrachten.

Kortom, zorgprofessionals moeten en kunnen het heft meer in eigen hand nemen, waarbij ze een zaakgerichte houding vervangen door een breder besef van zaken, context en dilemma’s, en meer ‘in the lead’ zijn en regisseren. Professionals zijn echter niet als vanzelf opgewassen tegen en geëquipeerd voor de nieuwe taken die op ze afkomen. Ook dit verklaart een deel van het ongenoegen dat dus niet alleen via ‘minder systeem’ weggenomen kan worden, maar tevens door andere vaardigheden en vermogens. Bovendien vraagt dit aandacht voor leiders en organisatiecultuur, waarin professionals met een proactieve, kritische en constructieve houding worden gestimuleerd en serieus worden genomen.



Uitwegen: organiseren van en via professioneel vermogen

In bovenstaande drie reflecties laten we zien dat (1) zorgverlening steeds meer teamwork is met de individuele professional als schakel in ketens en taak- en werkverdelingen; (2) de strikte scheiding tussen vakinhoudelijk werk (inclusief registraties) en administratieve en organisatorische taken (inclusief registraties) steeds meer onhoudbaar is door het werken in veeleisende organisaties en samenlevingen; en (3) de professional niet 'onderworpen' is aan een systeem, maar daarbinnen een proactieve partij kan en moet zijn. Professioneel werk verandert en vraagt om nieuwe en aanvullende professionele vermogens. Omdat dit niet zomaar gerealiseerd is binnen (stelsel)wijzigingen die gaande zijn, soms met veel snelheid (zoals in het sociale domein), is het logisch dat ongenoegens ontstaan en voortbestaan. Vooral in termen van percepties en ervaringen levert dat lasten op: het professionele eigenaarschap en de betekenis voor professioneel handelen worden minder, en de kans op 'vervreemding' wordt groter (Tummers, 2013).

Dit alles vraagt niet om een achterwaartse beweging, waarin vooral over 'meer ruimte, autonomie en vrijheid' alsmede over 'minder systeem' wordt gesproken. Dat is te pessimistisch en te utopisch tegelijkertijd. Voor professionals is 'ruimte' een relatief begrip, zeker voor publieke professionals in veeleisende contexten. Het vraagt om een voorwaartse beweging, waarin:

- (1) veranderingen en transities in professioneel handelen worden gekanaliseerd, zodanig dat professionals deelgenoot van deze transities zijn en blijven,
- (2) nieuwe systemen werkbaar gehouden worden, en
- (3) nieuwe vermogens worden ontwikkeld, in het bijzonder onder professionals.

Dat is tegelijk optimistisch en realistisch. Daarbij zijn steeds zowel rollen weggelegd voor beleidsmakers, als bestuurders/managers, als voor professionals zelf. Hieronder lopen we de drie voorwaartse bewegingen - om het ongenoegen onder zorgprofessionals te temperen - langs.

1. BESCHOUW DISCIPLINE- EN ORGANISATIE OVERSTIJGEND HANDELEN ALS NORM

Als we het ongenoegen proberen te verminderen, dan is het kanaliseren van veranderingen en transities in de zorg in brede zin van groot belang. De overgangen naar meer samenwerking en coördinatie, meer verantwoording en registratie, en meer proactieve houdingen in zowel 'cure' als 'care' genereren een groot deel van het ongenoegen. Daar tegenover staat dat ongenoegens getemperd kunnen worden, zolang zorgprofessionals deelgenoot zijn van die overgangen en deze mede kunnen beïnvloeden. Daarbij



is een belangrijke rol weg gelegd voor professionals, maar ook voor beleidsmakers alsmede bestuur en management van zorgorganisaties. Zij zullen veranderingen moeten prioriteren en temporiseren, en interacties met en tussen professionals moeten stimuleren en faciliteren.

Dat stimuleren en faciliteren vraagt (ook) van bestuurders en managers een andere kijk op professionaliteit. Grenzen van de eigen organisatie zijn fluide; een bekwame professional is daarbij iemand die inhoudelijk zijn vak beheerst en die zich tegelijkertijd ook raad weet met de afstemming rond ingewikkelde cases, met andere professionals binnen en buiten de organisatie. Dat vraagt 'ruimte' – ruimte om te verbinden, om breder te kunnen en mogen denken dan de precieze doelen en taakopvatting van alleen de eigen organisatie. Een bestuurder of manager die bij wil dragen aan vermindering van ongenoegen onder zorgprofessionals stimuleert professionals om actief netwerken op te bouwen en de grenzen op te zoeken van wat kan en mag in samenwerking met andere partijen. Tegelijkertijd vraagt het van professionals om de eigen expertise in te zetten op een manier die aansluit bij andere disciplines, en de flexibiliteit zo nodig keuzes te maken die puur vanuit de eigen discipline niet passend lijken, maar dit van een bredere, multidisciplinaire blik, wel degelijk kunnen zijn.

2. DISCUSSIEER VOORTDUREND OVER NUT EN NOODZAAK VAN REGISTRATIE EN INFORMATIE

Bestuur en management zijn vervolgens van belang voor het beïnvloeden van de nieuwe omstandigheden in en rond zorgverlening, waarbij veel regels, kaders, ICT en procedures bestaan. Ze zullen oog moeten hebben voor de ervaren nut en noodzaak van regels, en betekenis geven aan 'noodzakelijke' administratieve lasten. We zijn ons ervan bewust dat er gaandeweg onnodige c.q. overbodige regeldruk is ontstaan. Het blijft daarom nodig om constant scherp te blijven op de vraag: waartoe registreren we dit? Wie moet of doet iets met deze data? Het vergt dan ook goede communicatie tussen betrokken partijen over de nut en noodzaak van deze informatiehandelingen. Managers en bestuurders zouden het gesprek hierover voortdurend moeten aanzwengelen, om zaken toe te kunnen lichten en waar nodig en mogelijk uit de weg te ruimen.

Hier ligt wederom ook een rol voor professionals zelf. Zodra zij niet kunnen uitleggen waartoe zij registreren, vraagt dit een kritische houding richting partijen die om registratie vragen en om het leveren van concrete voorbeelden waar dat toe leidt in hun dagelijkse werkpraktijk. Op het moment dat professionals gaan 'registreren om het registeren', zonder – mede via bestuur/management – voor ogen te hebben waarom, ondergraven zij hun eigen professionaliteit. Tegelijkertijd vraagt dit ook het vermogen om inzicht te hebben in hun verbindingen met andere deelgebieden en in de maatschappelijke waarden die aan hun dienstverlening gekoppeld zijn. Een verbreed perspectief geeft wellicht verlichting van (ervaren) lastendruk. Ook daarbij kan voortdurende discussie over dit onderwerp in netwerken met andere partijen en binnen de eigen organisatie behulpzaam zijn.



3. ONTWIKKEL (INTER)PROFESSIONELE VERMOGENS

In recente debatten over 'verbindende professionaliteit' (Noordegraaf, Van de Steen & Van Twist, 2015) staan nieuwe professionele vermogens centraal, en hoe die vermogens georganiseerd kunnen worden. Deze vermogens liggen besloten in nieuwe vaardigheden en bijbehorende competentiemodellen, zoals het genoemde CanMEDS model, dat inhoudelijke expertise combineert met meer verbindende en organiserende vermogens. Meer zicht op het systeem zorgt dat professionals het gevoel hebben dat ze meer 'in control' zijn, zoals eerder onderzoek naar professioneel vermogen in het primair onderwijs aantoonde. Vanuit dit bredere perspectief kunnen professionals proactief vormgeven aan organisatorische en wetmatige wijzingen. Dat is niet voorbehouden aan beroepsverenigingen of bestuurders; in het klein kunnen professionals, binnen hun eigen organisaties, daar ook een rol in spelen. Bijvoorbeeld bij onderhandelingen met zorgverzekeraars of bij de vormgeving van buurtteams. In die zin kunnen signalen van ongenoegen heel wel de motor van verandering zijn, in plaats van negatieve kritiek. Iets dat ook in het onderwijs aan de hand is, bijvoorbeeld via docenten als Evers & Kneyber (2015), die anders dan vele andere die klagen over de staat van het onderwijs ook het belang van nieuwe professionele vermogens van leerkrachten aan de orde stellen. Het met elkaar werken aan onderwijs, of zorg, in en rond het primaire proces, is van belang om zowel kwaliteit te leveren en prestaties te boeken, alsook om vitaal te blijven en minder kans op burn out en uitval te lopen.



Slot

Met het voorgaande willen we niet ontkennen dat er ‘te veel lasten’, ‘te weinig ruimte’ en ‘te dwingende systemen’ kunnen zijn, zeker als het aankomt op perceptie en gevoel. We willen ook niet ontkennen dat dit gevoel terecht kan zijn en dat ongenoegens een motor voor verandering kunnen zijn. Wat we vooral willen aantonen is dat de ongenoegens te maken hebben met:

- (1) onvermijdelijke veranderingen en transities in de zorg, zowel in ‘cure’ als ‘care’ en met het feit dat zorgprofessionals zich losgekoppeld voelen van die veranderingen;
- (2) met het feit dat die veranderingen niet automatisch eigenaarschap en betekenis genereren en systemen vaak lastig hanteerbaar zijn;
- (3) met het feit dat professionals zelf niet zomaar over de vermogens beschikken om adequaat om te gaan met deze transities en bijbehorende eisen en dilemma’s.

Dat betekent dat betere systemen en beter bestuur en management cruciaal zijn, maar niet voldoende – het vraagt ook om meer professionele vermogens en interprofessionele vaardigheden, die zorgprofessionals in staat stellen meer samen te werken, verantwoorde zorg te leveren en proactief afwegingen te maken.

Dit is belangrijk voor de toon van het debat, met vooral meer nadruk op realisme en optimisme. Het is daarnaast belangrijk voor een meer eigentijds beeld van de inhoud zorgverlening, wat onvergelijkbaar is met het beeld van decennia geleden. Het is tot slot belangrijk voor praktische aanpakken, waarmee via andersoortige interventies meer vermogende zorgverlening gecreëerd kan worden, zoals: meer sturen op betekenisvolle prestaties in (ketens van en teams binnen) zorgorganisaties; het monitoren van prestaties niet uitplaatsen naar aparte afdelingen, zoals een afdeling ‘kwaliteit en veiligheid’; meer nadruk leggen op een klimaat van leren en verbeteren, in plaats van afrekenen; regelmatige gesprekken over cijfers en metingen organiseren; in de opleiding van professionals meer aandacht geven aan maatschappelijke opgaven en verwachtingen en nieuwe competenties en vaardigheden aanleren. Er is reden tot zorg, vooral omdat zorgen en ongenoegens hun eigen leven gaan leiden. Ongenoegens worden te weinig gekoppeld aan – soms vergaande – veranderingen in de zorg die om weerwoord en nieuwe daden vragen.



Literatuur

- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I., & Walker, R. M. (2007). Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: A comparative analysis. *Public Administration*, 85(1), 9-26.
- Actal (2014). Minder regeldruk. Meer eigen initiatief. Jaarverslag 2014. Den Haag: Actal
- Actiz (2015). Onderzoek VWS: regelarme zorg en goede kwaliteit van zorg gaan prima samen, via <http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/nieuws/2015/onderzoek-vws-regelarme-zorg-en-goede-kwaliteit-van-zorg-gaan-prima-samen>
- Adler, P.S. & Kwon, S.W. (2013). The mutation of professionalism as a contested diffusion process: clinical guidelines as carriers of institutional change in medicine. *Journal of Management Studies*, 50, 930-962.
- Bakker, W. E. & F. van Waarden red. (1999). Ruimte rond regels: stijlen van regulering en beleidsuitvoering vergeleken, Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist* 28 (2): 117-148.
- Berwick, D. M. (2016). Era 3 for medicine and health care. *JAMA*.
- Binnema, H., Geuijen, K. & Noordegraaf, M. (2013) Verbindend vakmanschap De uitdaging van tegelijk loslaten en samenbrengen, via: <http://www.ikpob.nl/wp-content/uploads/2014/12/Verbindend-vakmanschap.pdf>
- Bovens, M. (2005). Publieke verantwoording. Een analysekader, in: Bakker, W. & K. Yesilkagit (eds.), Publieke verantwoording. Regimes van inzicht en rekenschap bij de uitvoering van publieke taken, Amsterdam: Boom.
- Brint, S. (1996). In an age of experts: The changing role of professionals in politics and public life. Princeton University Press.
- Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ (2015) Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep, 18 mei 2015
- De Bruijn, J. A. (2010). *Managing professionals*. Routledge.
- Evers, J., & Kneyber, R. (Eds.). (2015). *Flip the System: Changing Education from the Ground Up*. Routledge.
- Evers, G, K. Jettinghoff & J. Wildschut (8 december 2014), Werkgeversenquête 2014. Het HRM-beleid in de sector zorg en welzijn, Kiwa/ CAOP
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism: occupational change in the modern world. *International Sociology*, 18, 395.
- Eftting, M. (2016) Overleden in een stuntelend ziekenhuis. *Volkskrant*, via: <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/-moeder-overleden-hockeyer-tekende-zwijgcontract-na-mediadruk-op-ziekenhuis-a4276444/>
- Federatie Medisch Specialisten (29 januari 2015), Medisch specialisten: te grote invloed zorgverzekeraars zorgelijk, ledenpeiling, via: <http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/medisch-specialisten-te-grote-invloed-zorgverzekeraars-zorgelijk>
- Farrell, C. & Morris, J. (2003). The neo-bureaucratic state: professionals, managers and professional managers in schools, *Organization*, 10, 129-156.
- Faulconbridge, J. & Muzio, D. (2008). Organizational professionalism in globalizing law firms. *Work, Employment and Society*, 22, 7-25.
- Frank, J. R. (Ed.). (2005). The CanMEDS 2005 physician competency framework: better standards, better physicians, better care. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*, Cambridge: Cambridge University Press
- Frissen, P., M. van der Steen, M. Noordegraaf, De Jong (2016) Integratierapport 2016, 'Autonomie in afhankelijkheid', NSOB/USBO/TIAS.
- Feenstra, W. (15 april 2016) 'Raad van bestuur reageert onvoldoende adequaat'. Inspectie stelt top UMC Utrecht onder curatele. *Volkskrant*
- Himmelstein, D. U., Jun, M., Busse, R., Chevreur, K., Geissler, A., Jeurissen, P., Thomson, S., Vinet, M-A & Woolhandler, S. (2014). A comparison of hospital administrative costs in eight nations: US costs exceed all others by far. *Health Affairs*, 33(9), 1586-1594.



- Hoevenagel, J. (2012). De kracht van samenwerking. Over de realisatie van interprofessionele samenwerking in de zorg rondom kanker (scriptie). Geraadpleegd via <http://igiturarchive.library.uu.nl/>
- Larson, M. S. (1977). An analysis of medicine's professional success.
- Levi, M. (2009). De generalist in de moderne specialistische geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk*, via: <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/b47.pdf>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy*, New York: Russell Sage Foundation
- Inspectie SZW (juni 2013), Hollen en stilstaan bij werkdruk, dát maakt zorg beter, Projectnummer A1065-A1067, Den Haag
- Jansen, T. (2009). *Beroepstrots: een ongekende kracht*. Boom.
- Jansen, T. & C. van der Meulen (maart 2016), *De zorgverlener in de verdediging*. Culemborg: Stichting Beroepseer, in opdracht van de VvAA
- Lombarts, M. J. M. H. (2015). Competence-based education misses the essence of the medical profession. *Pers Med Ed*, 4.
- Martin, G., & Pear, J. J. (2015). *Behavior modification: What it is and how to do it*. Psychology Press.
- Meurs, P. (2014) van regeldruk naar passende regels: Vertrouwen, Veerkracht, Verantwoordelijkheid Vrijheid, Essay op verzoek van het Ministerie van VWS en van de leden van de Agenda voor de Zorg
- Noordegraaf M. & J. Sterrenburg (2009). 'Administratieve lasten voor publieke professionals: ficties en feiten', In: G. van den Brink, Th. Jansen en J. Kole, *Beroepstrots*, Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Noordegraaf, M., A. Bos, H. Binnema, G. Pikker & M.J. Schiffelers (2012). *Verantwoord informeren. Achtergrond en aanpak van informatieverplichtingen van politieprofessionals*. Den Haag: Actal
- Noordegraaf, M., & Steijn, B. (2013). *Professionals under pressure*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Noordegraaf, M., N. van Loon, M. Heerema & M. Weggemans (2016). *Professioneel vermogen. Proactieve coping door publieke professionals*, *Beleid & Maatschappij* 42 (4): 287-309
- Noordegraaf, M., Van der Steen, M., & Van Twist, M. (2014). Fragmented or connective professionalism? Strategies for professionalizing the work of strategists and other (organizational) professionals. *Public Administration*, 92(1), 21-38.
- Noordegraaf, M. (2015). *Public Management: Performance, Professionalism and Politics*. Palgrave Macmillan.
- Noordegraaf, M. (2011). Risky business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues. *Organization Studies*, 32(10), 1349-1371.
- Ram, K., & Boermeester, M. A. (2013). Surgical safety. *British Journal of Surgery*, 100(s6), 40-42.
- Reed, M. I. (1992). *The sociology of organizations: themes, perspectives and prospects*. Harvester Wheatsheaf.
- Roosken, E. (2016, 12 januari) Het valt allemaal wel mee met de werkdruk in het basisonderwijs. *Volkskrant*, via: <http://www.volkskrant.nl/opinie/het-valt-allemaal-wel-mee-met-de-werkdruk-in-het-basisonderwijs-a4223190/>
- Schaufeli, W. (2014), *Bezieling in de zorg onder druk*, via: <https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/bezieling-in-de-zorg-onder-druk>
- Scheele, F., Teunissen, P., Luijk, S. V., Heineman, E., Fluit, L., Mulder, H., ... & Hummel, T. (2008). Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. *Medical teacher*, 30(3), 248-253.
- Schölmerich, V. L., Posthumus, A. G., Ghorashi, H., Waelput, A. J., Groenewegen, P., & Denktas, S. (2014). Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 1.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Skipr (25 mei 2016), ZN maakt afspraken over minder lasten in eerste lijn, via: <https://www.skipr.nl/actueel/id26605-zn-maakt-afspraken-over-minder-lasten-in-eerste-lijn.html>
- TNO & CBS (2015). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2014*, CBS Leiden, Heerlen
- Tsakitzidis, G., & Van Royen, P. (2008). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Standaard.
- Tummers, L.G. (2012). Policy alienation of public professionals: The construct and its measurement. *Public Administration Review*, 72(4), 516-525.
- Tummers, L. (2013). *Policy alienation and the power of professionals: Confronting new policies*. Edward Elgar Publishing.
- Trappenburg, M. (2014, 27 november) *Tweede Els Borst Lezing. Bescheiden professies. Over evidence-based werken buiten de cure*, via: https://ceg.nl/uploads/publicaties/Tweede_Els_Borst_Lezing.pdf
- Tummers, L. (2013). *Policy alienation and the power of professionals: Confronting new policies*. Edward Elgar Publishing.
- Tonkens, E. (2008). *Herwaardering voor professionals, maar hoe? ROB lezing 9 september 2008*
- Van Dorresteyn, M. (2015), *Regeldruk in de zorg fors toegenomen*, via: <http://www.zorgvisie.nl/Personeel/Nieuws/2015/5/Regeldruk-in-de-zorg-fors-toegenomen-1759557W/>
- Voogt, J. J., van Rensen, E. L. J., Noordegraaf, M., & Schneider, M. (2015). *Medisch leiderschap ontrafeld*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 159(A9123).



- Wallenburg, I. (2012). *The Modern Doctor: Unraveling the Practices of Residency Training Reform*. Vrije Universiteit Amsterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Wallenburg, I., Janssen, M., De Bont, A (2016) Taakherschikking pakt overal anders uit: Rol van verpleegkundig specialist en physician assistant per geval verschillend. *MEDISCH CONTACT* 10 | 10 MAART 2016
- Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing expert knowledge: organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*, 30(7), 755-778.
- Witman, Y., Smid, G.A.C., Meurs, P.L., Willems, D.L. (2011). Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization*, 18 (4): 477-495.