



Gegeven de steeds krappere  
wordende budgetten heb-  
ben middenmanagers van  
ziekenhuiszorgafdelingen  
de taak om de kwaliteit van  
de zorg te waarborgen.

# De middenmanager in het ziekenhuis: verbinder van processen

**Lidy Okkerman**    Docent-onderzoeker Lectoraat Logistiek en Allianties  
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

De middenmanager, een unithoofd, teamleider of afdelingshoofd van een zorgafdeling in een ziekenhuis heeft als taak om, ondanks steeds krappere budgetten, de kwaliteit van de zorg binnen zijn afdeling te waarborgen. Deze uitdaging vraagt om een efficiëntere inrichting van processen en daarmee om kennis op het gebied van procesmanagement. Echter, uit onderzoek blijkt dat de middenmanager, door een gebrek aan kennis, vaak te weinig oog heeft voor de verbinding van zijn afdeling met de rest van het ziekenhuis en met externe organisaties. De onderzoeksresultaten ook zien dat zorgmedewerkers komen met goede verbeter suggesties en graag betrokken willen worden bij efficiencyverbeteringen.

27

## Aanleiding

Door vergrijzing en nieuwe technologie neemt de vraag naar zorg al decennialang toe. Dit werd een probleem toen de uitgaven aan zorg harder stegen dan de economische groei. Diverse opvolgende kabinetten hebben bezuinigingsmaatregelen getroffen van aanbodsturing naar budgetfinanciering tot de inrichting van het stelsel van de gereguleerde marktwerking (Stadhouders, 2019). Middenmanagers van ziekenhuiszorgafdelingen hebben, gegeven de steeds krappere wordende budgetten, als taak om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Adequaat kunnen omgaan met de balans tussen kosten en kwaliteit is van belang, omdat de komende decennia kostenbeheersing een aandachtspunt zal blijven (Stadhouders, 2019).

In de jaren 2015-2018 is een promotieonderzoek uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van de Radboud Universiteit te Nijmegen met als doel om inzicht te krijgen in de competenties, kennis en vaardigheden waarover de middenmanager in het ziekenhuis moet beschikken om kostenbewust handelen te introduceren in een professionele zorgorganisatie zoals het ziekenhuis. Deelvragen in dit onderzoek legden de focus op symptomen van kostendruk, methoden die middenmanagers gebruiken om met kostendruk om te gaan, mogelijke problemen binnen en buiten de afdeling en gevolgen voor de relatie met zorgprofessionals. Ook werd bekeken welke organisatiekenmerken (ontwerp, cultuur, leiderschap) een positieve invloed hebben op het vermogen van middenmanagers om kosten te beheersen (Okkerman, 2018).

### De professionele bureaucratie

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het model van de professionele bureaucratie van Mintzberg (Mintzberg, 2013). Dit model is één van de organisatieconfiguraties die door hem onderscheiden worden en is, hoewel in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontwikkeld, nog steeds bruikbaar voor het analyseren van de moderne ziekenhuisorganisatie. In de configuratie van de professionele bureaucratie is de uitvoerende kern van hoogopgeleide professionals zoals artsen, verpleegkundigen, paramedici, die hun werk autonoom uitvoeren, het belangrijkste onderdeel. Het coördinatiemechanisme om hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen is niet de hiërarchische aansturing door leidinggevenden maar de standaardisatie van vaardigheden, verkregen door opleiding en socialisatie binnen de beroepsgroep. De verpleegkundige en de arts weten door hun opleiding hoe zij moeten handelen bij een patiënt. De professional ontleent zijn positie aan het gezag dat hij heeft bij zijn collega's. De professionals formeren op basis van dit gezag hun eigen informele structuren die kunnen afwijken van de formele organisatiestructuren (Mintzberg, 2013).

De middenmanager, veelal afkomstig uit de beroepsgroep, heeft geen prominente positie in deze configuratie en zal voor besluiten draagvlak moeten hebben bij de professionals omdat zij de besluiten op de werkvloer uitvoeren (Mintzberg, 2013). De vraag is of en hoe de middenmanager de professionals mee krijgt in maatregelen tot kostenbeheersing, veelal ongewenste maatregelen, die het werk van de autonome professional kunnen raken en wellicht tot conflicten leiden tussen professional en middenmanager. De middenmanager bevindt zich formeel op het knooppunt van twee hiërarchische systemen in de organisatie, de professionals met hun informele structuur en de ondersteunende diensten zoals de facilitaire en de financiële dienst met hun hiërarchische structuur (Mintzberg, 2013). De ondersteunende diensten faciliteren de middenmanagers maar kunnen wellicht ook obstakels opwerpen.

### **Het hedendaagse ziekenhuis: een moderne professionele bureaucratie**

De omgeving van de ziekenhuisorganisatie was al complex en is dynamisch geworden door de gereguleerde concurrentie. De ziekenhuisorganisatie is een hybride organisatie, niet echt van de overheid en niet van de markt (Putters, 2009). Op de ziekenhuiszorgmarkt gaat het tegenwoordig om zorgproducten in de vorm van Diagnose BehandelCombinaties (DBC) met een tarief dat de kosten moet dekken. Het ziekenhuis concurreert met andere ziekenhuizen om de patiënt en komt met de zorgverzekeraar een jaarlijks budget overeen. Ziekenhuissector en minister hebben gematigde groei van de zorgkosten afgesproken (Schrijvers, 2014; Ministerie VWS, 2018).

Het huidige ziekenhuis levert in principe alle typen curatieve zorg in een bepaald geografisch gebied en is een mengvorm van een kapitaalintensieve en arbeidsintensieve organisatie. De zorgverlening vraagt standaardisatie maar ook maatwerk. De inkomsten zijn gebaseerd op een DBC met een prijs voor een combinatie van heel diverse activiteiten. Het ziekenhuis omvat veelal vier bedrijfsmodellen, het Diagnostiekcentrum, het (thematisch) Diagnose- en adviescentrum, het Behandelcentrum en het Centrum voor acute zorg. Het gaat om een mix van acute, planbare en chronische zorg. Een bedrijfsmodel heeft een bepaalde strategie, omvat een organisatievorm en daarbij behorende prestatie-indicatoren. De NVZ beveelt de ziekenhuizen aan voor een bedrijfsmodel te kiezen (NVZ, 2013). We zien steeds meer dat ziekenhuizen hun eigen portfolio aan zorgproducten kiezen, mede onder invloed van de volumennormen die zorgverzekeraars stellen (Medisch Contact, 2020). Het ziekenhuis levert een deel van de zorg in de zorgketen in een regio.

29

Veel ziekenhuizen verkeren in financiële problemen. Het moderne ziekenhuis is steeds groter geworden door fusies met andere ziekenhuizen. De organisaties zijn verouderd en te groot geworden voor zorg die steeds meer buiten het ziekenhuis plaats vindt (NVZ, 2013).

Binnen het ziekenhuis vormen de zorgprofessionals nog steeds een dominante groep, hoewel hun autonomie verminderd lijkt te zijn. De zorgprofessional deelt zijn domein met veel andere beroepsbeoefenaren, kenniswerkers die een plaats hebben in het zorgproces van de patiënt. Ze werken multidisciplinair samen op basis van richtlijnen en protocollen uit de diverse beroepsgroepen met behulp van digitale systemen. De technologische ontwikkelingen, met name de digitale informatievoorziening, maken dat informatie onafhankelijk van tijd en plaats, zonder tussenkomst van een leidinggevende beschikbaar is voor de zorgprofessional. Individuen of groepen kunnen deze informatie uitwisselen en hun gewenste structuren en netwerken vormen. De professionele bureaucratie zou zich hierdoor volgens Plsek & Greenhalgh (2001) meer gaan ontwikkelen tot een complex adaptief systeem. In een complex adaptief systeem reageren actoren op elkaar en vormen nieuwe subsystemen. Het handelen van professionals wordt echter gestuurd door protocollen en richtlijnen, een verregaande vorm van zelforganisatie is daarmee niet waarschijnlijk.

De vele typen zorgprofessionals die in multidisciplinaire teams werken moeten hun werkzaamheden afstemmen in overleg en met digitale middelen. De standaardisatie van vaardigheden alleen voldoet niet meer. Het ziekenhuis is door het veelvuldig gebruik van informatie- en communicatietechnologie te kenmerken als een moderne professionele bureaucratie. De ziekenhuisorganisatie lijkt nog steeds uit twee hiërarchische structuren te bestaan en omvat vier werelden, de wereld van diagnostiek en behandeling, de wereld van verpleging en verzorging, de wereld van het management en de bedrijfsvoering en als vierde de buitenwereld met de toezichthouders die de samenleving vertegenwoordigen (Putters, 2009).

De patiënt, veelal een steeds hoger opgeleide oudere, heeft vaak meer dan één ziekte en heeft te maken met meerdere afdelingen in het ziekenhuis. Het ziekenhuis organiseert de zorgprocessen steeds meer stroomsgewijs rondom de patiënt met een bepaalde ziekte in Resultaat Verantwoordelijke Eenheden, RVE's genoemd (Christis, 2011). In dit zorgproces hebben ook veel ondersteunende afdelingen een rol met medewerkers op de werkeenheden die formeel vanwege outsourcing, steeds vaker onder een andere organisatie vallen. Ondanks het meer horizontale zorgproces verloopt de verdeling van financiële middelen echter nog verticaal in de organisatie via de Planning & Control cyclus.

30

### **De middenmanager**

De middenmanager bevindt zich op een kruispunt in de organisatie wat betreft plaats en positie tussen het uitvoerend niveau en het topmanagement en beweegt zich in een krachtenveld van tegenstrijdige belangen. De middenmanager functioneert twee echelons onder het topmanagement en één niveau boven de uitvoerende medewerkers of professionals uit het primaire proces (Huy, 2001). Volgens een andere opvatting is de middenmanager iedere functionaris die werkt onder de Raad van Bestuur en die managementverantwoordelijkheden heeft (Buchanan et al, 2013).

Het aantal medewerkers met een volledige of gedeeltelijke taak als middenmanager is in de zorg de afgelopen decennia toegenomen. De middenmanager in het ziekenhuis is zijn carrière gewoonlijk gestart als zorgprofessional, veelal als verpleegkundige. Typisch in het ziekenhuis is het duale management. De zorgmanager, een verpleegkundige of de medisch manager, een arts, werkt samen met een bedrijfsleider.

Schaalvergroting en marktwerking in de zorgsector hebben geleid tot decentralisatie in de ziekenhuisorganisatie. Ziekenhuisorganisaties zijn platter geworden met minder managementlagen en een grotere span of control (McConnell, 2005; Belasen & Belasen, 2016). Het topmanagement stuurt meer op afstand waarbij de leiding van de interne organisatie steeds meer in handen van de middenmanagers ligt. Dat betekent dat de middenmanager verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg, de veiligheid, personeel,

financiën en dergelijke, maar ook voor het zoeken naar en het implementeren van mogelijkheden voor kostenbesparing en efficiëntie (Hyde et al, 2013). De middenmanager wordt dus steeds meer integraal verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering. Volgens Elshout (2006) en Stoker & De Korte (2000) komt hier in de praktijk weinig van terecht, omdat hun bevoegdheden beperkt zijn gebleven. In de bestuurdersomgeving komen meer seniormanagement- en staffuncties met als gevolg dat er meer druk is om de besluitvorming naar boven te verplaatsen in plaats van naar beneden. Middenmanagers ervaren hierdoor eerder minder dan meer autonomie (Belasen & Belasen, 2016).

De middenmanagers vervullen een brugfunctie in de organisatie. Ze zorgen voor het verspreiden van informatie, het verbinden van informatie, het bemiddelen tussen strategie en de dagelijkse activiteiten en zij 'verkopen' de implementatie van de innovatie (Birken et al, 2012). De kennis en ervaring van de middenmanager in de zorg als voormalig zorgprofessional, zijn van belang, die hij als een 'knowledge broker' kan verbinden met zijn kennis van de organisatie (Burgess & Currie, 2013; Currie et al, 2014). De middenmanager 'synthetiseert' zijn kennis van de zorg met die van de eisen van de organisatie en levert daarmee een bijdrage aan de strategie die verder gaat dan alleen het implementeren van voorgestelde veranderingen. De middenmanager faciliteert de medewerkers op zijn werkeenheden met kennis, materialen en middelen om hun werk zoveel mogelijk autonoom uit te voeren (Floyd & Wooldridge, 1992; 1994).

31

De middenmanager heeft management- en leiderschapstaken, waarbij de leiderschapstaken door de turbulente omgeving van gereguleerde concurrentie tegenwoordig belangrijker worden gevonden. Het gaat steeds meer om gedeeld leiderschap met de zorgprofessional. Men moet zich steeds meer bewust zijn van wat buiten de werkeenheden gebeurt want het ziekenhuis is onderdeel van een regionale zorgketen. Medewerkers willen betere communicatie over de toekomst en empowerment in hun werk. De middenmanager in de non-profitorganisatie krijgt een nieuwe rol, die van 'middle' of 'centerleader' (Clements, 2013). Ondanks de turbulente omgeving blijkt de middenmanager in de praktijk nog veelal intern gericht te zijn en de rol van coördinator of mentor op zich te nemen (Viitanen & Konu, 2009).

### **Methode van onderzoek**

Na een literatuuronderzoek is gekozen voor het uitvoeren van semigestructureerde interviews onder 30 middenmanagers op hun ziekenhuislocatie, verspreid over verschillende typen ziekenhuizen en over Nederland. De middenmanagers zijn o.a. geworven via alumni en studenten van bachelor- en masteropleidingen, via het netwerk van lectoren en via een beroepsvereniging van managers in de zorg. De middenmanagers uit dit onderzoek zijn hun loopbaan gestart als verpleegkundige of als paramedicus,

laborant e.d. Er zijn geen artsen als medisch manager geïnterviewd. Deze artsen hebben als hoofdtak hun werkzaamheden als arts.

Aansluitend zijn 10 semigestructureerde interviews uitgevoerd onder een businesscontroller en zorgprofessionals werkzaam op de werkeenheden van een eerder geïnterviewde middenmanager. Als aanvullende onderzoeksmethode zijn twee focusgroepbijeenkomsten met in totaal 11 deelnemers georganiseerd, met op één na middenmanagers die niet eerder geïnterviewd waren. Deze methode is ingezet om de onderzoeksresultaten uit de interviews te valideren en om nader in te gaan op onderwerpen die na analyse van de interviews nog om verdieping vroegen.

## Resultaten

Alle geïnterviewden ervaren al enige jaren kostendruk in de ziekenhuisorganisatie. Dit uitte zich in de introductie van productieplafonds of de overgang van twee locaties naar één locatie met vermindering van de capaciteit als gevolg. Andere symptomen zijn vacaturestops of het niet meer vanzelfsprekend invullen van vacatureruimte. Tijdelijke arbeidscontracten werden minder vaak verlengd.

32

De middenmanager is verantwoordelijk voor een (deel) van het budget van de werkeenheden met personele en materiële kosten. De toekenning en bewaking van het budget vindt plaats binnen de digitaal ingerichte Planning & Control cyclus. De middenmanagers worden hierin ondersteund door medewerkers van de financiële administratie. De middenmanagers verzamelen echter dikwijls eigen cijfermateriaal omdat de gewenste informatie niet of te laat geleverd wordt door de financiële administratie. De financieringsstructuur met DBC's is relatief nieuw en men beschikt nog niet over historische informatie om te benchmarken. Men worstelt met interne prijzen die geen afspiegeling vormen van werkelijke kosten.

De bezuinigingsmaatregelen in de afdeling betreffen meestal het herontwerpen van processen en verminderen van capaciteit, zodat er minder personeel nodig is, de grootste kostenpost. Andere maatregelen zijn gericht op inkoop van materialen en het vergroten van inkomsten. In tabel 1. staan de bezuinigingsmaatregelen weergegeven (Okkerman, 2018, p.166).

**Tabel 1** Bezuinigingsmaatregelen van middenmanagers

<b>Aanpassen van het werkproces</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder herhalingsconsulten</li> <li>• Kortere ligduur</li> <li>• Betere planning met minder onbenutte tijd</li> <li>• Realiseren gelijkmatige jaarproductie: proactief plannen bij een 'dip'</li> <li>• Personeelsplanning afstemmen op 'seizoenen' en dagpieken</li> <li>• Zorghandelingen efficiënter organiseren</li> <li>• Meer tijdelijke contracten i.p.v. vaste arbeidscontracten inzetten</li> <li>• Geen extra inzet bij ziekteverzuim, binnen formatie opvangen</li> <li>• Efficiënte benutting van apparatuur: concentreren van apparatuur</li> <li>• Flexibiliteit in personeelsplanning: flexpool, inleen bij andere afdelingen</li> <li>• Functiedifferentiatie</li> <li>• Taakverschuiving</li> </ul>
<b>Capaciteit verminderen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkrimpen aantal bedden</li> <li>• Flexibel gebruik van bedden (verzamelafdeling)</li> <li>• Vacaturestop</li> <li>• Aanschaf apparatuur wat inkrimping personeel mogelijk maakt</li> </ul>
<b>Materiaal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verspilling tegengaan</li> <li>• Standaardiseren</li> <li>• Goedkopere varianten aanschaffen</li> <li>• Gezamenlijk inkopen</li> </ul>
<b>Meer inkomsten en meer patiënten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correcte en tijdige facturering</li> <li>• Zorgproducten bekend maken</li> </ul>

De middenmanagers betrekken de medewerkers bij het maken van keuzen voor bezuinigingsmaatregelen waarbij de middenmanagers nog weinig overleggen met collega middenmanagers, zodat de gevolgen van maatregelen van andere afdelingen pas zichtbaar worden, nadat ze al zijn ingevoerd. Extra OK-productie plannen vraagt afstemming voor de inzet van paramedici van een andere werkeenheid in de periode na de operatie. Inkrimpen van bedden op een afdeling kan de doorstroom binnen het ziekenhuis naar deze afdeling verhinderen. "Zet ons bij elkaar in een kantoortuin", zei een middenmanager. Dit bevordert de onderlinge afstemming. Een laboratorium wijzigt het werkproces van laboratoriummedewerkers die op de afdeling bij patiënten bloed afnemen zodanig, dat de uitslagen niet tijdig aanwezig zijn voor de artsensites en daarmee de ontslagdatum van de patiënt uit het ziekenhuis kunnen beïnvloeden. De afdeling radiologie zit in november aan het productieplafond, waardoor medisch specialisten niet kunnen doorverwijzen voor een MRIsan bijvoorbeeld.

Middenmanagers hebben ook last van de gevolgen van maatregelen van externe organisaties die invloed hebben op de toe- of uitstroom van patiënten van hun werkeenheid. Als een verpleeghuis een opnamestop heeft, kunnen geen patiënten van het ziekenhuis doorstromen.



De middenmanagers ondervinden diverse blokkades binnen en buiten de werkeenheden in het ziekenhuis. Obstakels zijn de RVE-structuur, de eilandenstructuur waarin ieder eiland zijn eigen cultuur heeft, en de verschillende culturen van primair proces afdelingen en ondersteunende en facilitaire diensten. Facilitaire afdelingen nemen ook hun eigen bezuinigingsmaatregelen die gevolgen hebben voor de zorgafdelingen. De voorraad wordt bijvoorbeeld minder frequent aangevuld, maar de grotere voorraad past niet in de kast. "Dat is niet mijn probleem", krijgt de middenmanager van de zorgafdeling te horen van de facilitair medewerker. Zorgmedewerkers lenen materialen van andere afdelingen als er geen materialen op de eigen afdeling zijn.

De bevindingen uit de focusgroepen komen overeen met die uit de interviews. In de focusgroepbijeenkomsten is nader ingegaan op de overwegingen bij de keuze van maatregelen en de factoren die van invloed zijn bij het bepalen welke maatregelen worden genomen. Overwegingen betreffen de kwaliteit, veiligheid, continuïteit van processen en de impact op medewerkers. Wat nadrukkelijker dan in de interviews kwam in de focusgroepen naar voren dat middenmanagers personeelsinkrimping zoveel mogelijk willen vermijden. Men vindt over het algemeen dat in het ziekenhuis de waan van de dag overheerst en er reactief in plaats van proactief gehandeld wordt.

34

Er zijn nauwelijks conflicten tussen de middenmanagers en zorgprofessionals of medisch specialisten. Conflicten spelen zich af op het niveau van de bestuurders en de medische staf. De deelnemers zien dat zorgprofessionals en management erkennen dat men afhankelijk is van elkaar. De middenmanagers betrekken de zorgprofessionals bij de keuze van maatregelen die zij moeten uitvoeren. Dit voorkomt conflicten.

## Discussie en conclusie

De literatuur verschaft geen kant-en-klaar overzicht van methoden van kostenbeheersing in ziekenhuizen op het niveau van de middenmanager. De bezuinigingsmaatregelen waar middenmanagers mee te maken hebben, hangen samen met de specifieke situatie van het ziekenhuis zoals de portfoliokeuze en het inkrimpen van locaties.

De configuratie van de moderne professionele bureaucratie lijkt nog steeds bruikbaar te zijn. De middenmanager heeft duidelijk oog voor de zorgprofessionals als belangrijke groep. De middenmanager betreft hen in besluiten voor bezuinigingsmaatregelen, hij maakt gebruik van hun kennis en ervaring. Zij moeten uiteindelijk de besluiten uitvoeren. Om professionals mee te krijgen in de uitvoering van maatregelen is het van belang om goed de context te kunnen uitleggen. Het zorgaanbod van een ziekenhuis kan verschillen met een naburig ziekenhuis. Dit heeft te maken met bijvoorbeeld de volumennormen die zorgverzekeraars opstellen als voorwaarde voor contractering. Medewerkers zien dan dat

in een naburig ziekenhuis een zorgaanbod wordt uitgebreid terwijl in hun ziekenhuis een capaciteitsreductie plaats vindt. Dat middenmanagers hun medewerkers goed betrekken bij bezuinigingsmaatregelen kan tot gevolg hebben dat de blik van de middenmanager daarmee wat meer intern gericht is, binnen zijn afdeling, zoals dit onderzoek laat zien. De zorgprofessionals zijn gericht op hun werkeenheden met patiënten met een specifiek ziektebeeld waarin zij gespecialiseerd zijn.

De ervaringen van de middenmanagers laten het ziekenhuis als een geheel van 2 kolommen zien. De middenmanager verzamelt veelal zijn eigen cijfermateriaal omdat de gegevens van de financiële administratie vaak niet aansluiten bij gegevens uit zijn werkeenheden.

De resultaten laten het ziekenhuis als een complexe organisatie in een keten of netwerk zien zowel intern als extern, met werkeenheden met diverse bedrijfsmodellen. Rondom de zorgafdeling bevinden zich afdelingen als laboratoria die naast de zorgafdeling een werkproces hebben maar die wel hun werkzaamheden moeten afstemmen op het primaire zorgproces. De betreffende werkeenheden hebben eigen bedrijfsmodellen met een strategie en organisatievorm. De middenmanagers van werkeenheden binnen de 2 kolommen en van diverse RVE's nemen hun eigen bezuinigingsmaatregelen met onvoldoende oog voor de gevolgen van andere eenheden. De werkeenheden zouden moeten weten wat het primaire zorgproces door het gehele ziekenhuis is en welke plaats hun werkeenheden als laboratorium of facilitaire dienst daarin heeft. Het proces van een laboratorium en radiologie is te zien als een 'swimlane' naast het primaire proces van een zorgafdeling.

35

Het model van de moderne professionele bureaucratie is voor de analyse van de gegevens uit dit onderzoek bruikbaar gebleken. Een organisatie die niet uit twee kolommen bestaat, de kolom van professionals en de kolom organisatiebeheer, maar een geïntegreerd geheel vormt vanuit het patiënten proces, zou wellicht minder obstakels kennen bij de uitvoering van bezuinigingsmaatregelen. Recente literatuur laat zien dat getracht wordt ziekenhuisorganisaties te ontwerpen vanuit het horizontale zorgproces (Samson, 2015). Elk structuurontwerp heeft echter afstemmingsproblemen. De autonomie van de actoren wordt ingeperkt door de protocollen en richtlijnen van de eigen beroepsgroepen en de regels vanuit de kwaliteit- en veiligheidsmanagementsystemen. De rol van de middenmanager zal daardoor niet verdwijnen.

In de professionele bagage van zorgprofessionals zijn de waarden 'efficiency' en 'deel uit maken van een geheel zorgproces' relatief nieuwe waarden, omdat zij gewend zijn te werken in afdelingen die zich richten op het ziektebeeld waarin zij gespecialiseerd zijn. Deze nieuwe culturele bagage past meer bij de zelforganiserende zorgprofessionals in een organisatiestructuur die het patiënten proces volgt. Het strikte onderscheid

tussen professional en middenmanager lijkt dan te verdwijnen. Er is sprake van gedeeld leiderschap waarbij de middenmanager het leiderschap of zelfmanagement van de organiserende professionals ondersteunt.

De complexe en dynamische omgeving van het ziekenhuis lijkt het vervullen van de rollen van verbinder en betekenisgever door de middenmanager belangrijker te maken, naast de al bestaande rollen van faciliteerder en synthetiseerder. De middenmanager is de verbinder in de werkeenheden tussen de professionals en medewerkers, tussen zijn werkeenheden en aanpalende werkeenheden enerzijds en ondersteunende en facilitaire afdelingen anderzijds binnen de ziekenhuisorganisatie en buiten de organisatie met organisaties die aansluiten op het primair proces van zijn werkeenheden. Zoals eerder beschreven gaat het om werkeenheden met verschillende bedrijfsmodellen waar de middenmanager inzicht in moet hebben om te kunnen aansluiten.

Er komen door de plattere ziekenhuisorganisatie meer signalen van buiten naar binnen waarbij er behoefte is aan uitleg, betekenis geven over de gevolgen voor de werkeenheden en de ziekenhuisorganisatie. Organisatiekunde, financieel management, verandermanagement, leiderschaps- en coachingsvaardigheden behoren al tot het kennisdomein van de middenmanager. De rol van verbinder en betekenisgever vraagt onder meer kennis van strategisch management procesmanagement, logistiek en zorgtechnologie.

36

Het verdient aanbeveling middenmanagers, zorgprofessionals en medewerkers van ondersteunende diensten tijdens opleiding, bij- en nascholing en leren tijdens het werk meer met elkaar in contact te brengen om daarmee een verbinding tussen de twee kolommen en tussen werkeenheden in het ziekenhuis tot stand te brengen.

Binnen het lectoraat Logistiek & Allianties is de minor Slim Plannen en Organiseren in de Zorg (SPOZ) ontwikkeld. Deze minor wordt al vele jaren aangeboden binnen de HAN aan bachelorstudenten van economische en technische managementopleidingen en zorg- en welzijnopleidingen. Studenten van zorgopleidingen doen kennis en vaardigheden op in onder meer procesmanagement, financieel management en organisatiekunde die zij in kunnen zetten in hun beroepspraktijk die steeds meer zelfsturend wordt. De studenten werken in kleine groepen, samengesteld uit studenten uit diverse bacheloropleidingen, gezamenlijk aan een probleem binnen een zorgorganisatie. Het gaat bijvoorbeeld om adviseren over de inzet van een behandelapp in een zorgpad en over digitale personeelsplanning die aansluit bij het dagritme van bewoners. Andere voorbeelden zijn adviseren over afvallogistiek en het verbeteren van het inkoopproces. In deze bachelorminor leren studenten al door meerdere brillen te kijken en oog te hebben voor processen.

Vervolgonderzoek kan laten zien of middenmanagers uit andere zorgsectoren zoals de thuiszorg en de langdurige zorg, bij bezuinigingen dezelfde aanpak hanteren en dezelfde competenties nodig hebben als de middenmanager in het ziekenhuis.

## Literatuur

- Belasen, A., & Belasen, A. R. (2016). Value in the middle: cultivating middle managers in healthcare organizations. *Journal of Management Development*, 35(9), 1149-1162. Doi: 10.1108/JMD-12-2015-0173
- Birken, S., Lee, S., & Weiner, B. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*, 7(1), 28. Geraadpleegd op 4 januari 2016, van [www.implementationscience.com/content/7/1/28](http://www.implementationscience.com/content/7/1/28)
- Buchanan, D., Denyer, D., Jaina, J., Kelliher, C., Moore, C., Parry, E., & Pilbeam, C. (2013). How do they manage. A qualitative study of the realities of middle and front-line management work in healthcare. *Health Serv Deliv Res* 1(4). Doi:10.3310/hsdr01040
- Burgess, N., & Currie, G. (2013). The knowledge brokering role of the hybrid middle level manager: the case of healthcare. *British Journal of Management*, 24(S1), S132-S142. Doi:10.1111/1476-8551.12028
- Christis, J. (2011). Het ziekenhuis als ontwerpvoorbeeld. *M & O: Tijdschrift voor Management en organisatie* 65(6), 112-126.
- Clements, V. (2013). *The essential leadership and management skills of mid-level managers in non-profit organizations*. Pepperdine University.
- Currie, G., Burgess, N., White, L., Lockett, A., Gladman, J. R., & Waring, J. (2014). A qualitative study of the knowledge-brokering role of middle-level managers in service innovation: managing the translation gap in patient safety for older persons' care. *Health Services and Delivery Research*, 2(32), 1-118. <http://eprints.nottingham.ac.uk/40883>
- Elshout, P. (2006). *Middenmanagement-functie in ontwikkeling*. Promotie. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Floyd S, Wooldridge B. (1994). Dinosaurs or dynamos? Recognizing middle management's strategic role. *The Academy of Management Executive*, 8(4), 47-57. Doi:10.5465/ame.1994.9412071702.
- Floyd S, Wooldridge, B. (1992). Middle management involvement in strategy and its association with strategic type: A research note. *Strategic management journal*, 13(S1), 153-167. Doi:10.1002/smj.4250131012.
- Huy, Q.N. (2001). In praise of middle managers. *Harvard business review*, 79(8), 72-79. PMID: 11550632.
- Hyde, P., Granter, E., Hassard, J., McCann, L., & Morris, J. (2013). Roles and Behaviours of Middle and Junior Managers: Managing New Organizational Forms of Healthcare. *Final Report. NIHR Service Delivery and Organisation Programme*.

- McConnell CR.(2005). Larger, smaller, and flatter: the evolution of the modern health care organization. *The Health Care Manager*, 24(2), 177-188.
- Medisch Contact (2020). Geraadpleegd op 24 maart 2020, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/dossiers/dossier/volumenormen.htm>
- Ministerie VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Brief 04-06-2018 aan De Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake bestuurlijk akkoord (Hoofdlijnenakkoord) medisch- specialistische zorg 2019-2022.
- Mintzberg, H. (2013). *Organisatiestructuren* (2<sup>e</sup> editie). Amsterdam: Pearson Education Benelux bv voor de Nederlandstalige editie. Nijmegen
- NVZ, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2013). *Krachtig Kiezen*. Invitational conference 2013. Ziekenhuizen in 2020. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.
- Okkerman, A. J. M. (2018). *De middenmanager en kostenbeheersing in het ziekenhuis*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7313), 625-628. PMID: 11557716
- Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek*. Oratie Erasmusuniversiteit Rotterdam.
- Samson, M. (2015). *Resumé lezing Melvin Samson*. Geraadpleegd op 13 maart 2018, van [www.senecacongres.nl/lezer2015/melvin-samsom/](http://www.senecacongres.nl/lezer2015/melvin-samsom/)
- Schrijvers, G. (2014). *Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel*. Amsterdam: Thoeris.
- Stadhouders, N. W. (2019). *Effective healthcare cost containment policies. Using the Netherlands as a case study*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Stoker, J. & De Korte, A. (2000). *Het onmisbare middenkader*. Assen: Koninklijke Van Gorcum/ Stichting Management Studies.
- Viitanen, E., & Konu, A. (2009). Leadership style profiles of middle-level managers in social and health care. *Leadership in Health Services*, 22(2), 108-120.

