

# Afstand tussen zorgbestuur en werkvloer

Dr. Annemiek Stoopendaal<sup>1</sup>

Sleutelbegrippen: besturen, instellingen

Dit artikel is een samenvatting van een promotieonderzoek naar zorgbestuurders. In de studie is onderzocht welke strategieën zorgbestuurders hebben ontwikkeld om met de lastige, dubbele opdracht 'sturen met afstand én betrokkenheid' om te gaan. Het onderzoek is gebaseerd op drie casestudies in verschillende sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg. Verhelderd wordt hoe afstand en nabijheid continu worden geconstrueerd in de dagelijkse werkpraktijk door verschillende partijen. Er komen vier methoden om te 'sturen met afstand' naar voren en zorgbestuurders spelen de rol van 'verbindende buitenstaander'. De auteur is organisatieantropoloog en heeft lange tijd gewerkt als ergotherapeut. De vaardigheid te kunnen observeren kwam haar in dit onderzoek goed van pas.

## INLEIDING

*'De directeur van het kleine revalidatiecentrum waar ik in 1982 mijn eerste baan als ergotherapeut had, kende de medewerkers, want hij stond 's morgens bij de ingang om te kijken wie er op tijd of te laat waren. In zijn kantoor ontving hij heel af en toe zorgverleners zoals ik, zittend aan een verhoogde tafel omdat hij zo lang was, terwijl ik tegenover hem in een laag fauteuiltje plaats moest nemen. Hoewel er toen al gesproken werd van een turbulente omgeving in de gezondheidszorg, leek hij meer tijd aan interne dan aan externe zaken te hoeven besteden. Hij wandelde vaak rond in het gebouw, maar stond ondertussen wel mijlenver af van de zorgverleners.'*

Het bovenstaande citaat komt uit het eerste hoofdstuk van de dissertatie 'Zorg met afstand. Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen' die ik op 6 november 2008 verdedigde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (1). De dissertatie beschrijft een onderzoek naar de afstand tussen zorgbestuurders en werkvloer. In mijn werk als ergotherapeut en manager (in de jaren tachtig nog afdelings- of diensthoofd genoemd) merkte ik dat de organisatie van zorg en de uitvoering van zorg uit elkaar dreven. Ergotherapeuten van nu, in hun gemoderniseerde organisaties, klagen, net als veel andere professionals, over hun managers. Die zouden op afstand staan en niet begrijpen wat het 'echte werk' precies inhoudt.

De organisatie van zorg en haar complexe structuur en cultuur fascineerden mij. Daarom ging ik Organisatie, Cultuur en Management studeren, een leergang aan de Universiteit van Utrecht, waarmee ik mijn doctoraal in organisatieantropologie behaalde. Kwalitatief, 'antropologisch' onderzoek doen naar organisaties werd een nieuwe liefde, die ik graag wilde koppelen aan mijn oude liefde 'zorg'. Ik kreeg de kans als onderzoeker mee

te werken aan een onderzoek naar Nederlandse zorgbestuurders voortkomend uit het onderzoeksprogramma Zorg voor Management, een onderzoek aan het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam, opgezet door prof. dr. Pauline Meurs en prof. dr. Mirko Noordegraaf. Interessant voor mij, met mijn achtergrond als ergotherapeut en antropoloog, waren de macro- en microstructuren die in dit onderzoek gekoppeld moesten worden: de context van zorg en de hedendaagse tendensen enerzijds, en het dagelijkse werk van zorgbestuurders anderzijds. Dit artikel is een persoonlijk verslag van een ergotherapeut die in het specifieke veld van organisatieonderzoek verzeild raakt. Daarnaast is het artikel een weergave van de manier waarop ik het onderzoek heb vormgegeven en ook van de twee verschillende typen uitkomsten van het onderzoek. Ik besluit in de conclusie met een aanbeveling die bestuurders maar ook ergotherapeuten zich ter harte kunnen nemen.

## DUBBELE OPDRACHT

Na mij te hebben georiënteerd op het werk van eindverantwoordelijke zorgbestuurders en de hedendaagse context waarin dat werk plaatsvindt, leek het thema 'afstand' de kern van zorgbestuur te raken. Van zorgbestuurders wordt verwacht dat zij sturen 'op afstand', terwijl zij tegelijkertijd geacht worden betrokken te zijn bij patiënten, hun medewerkers te kennen en te weten wat er in hun organisatie gebeurt.' Dat leek mij een lastige en nogal dubbele opdracht en ik vroeg mij af hoe zorgbestuurders daar vorm aan geven. Die dubbele opdracht was er altijd al, maar staat in de hedendaagse zorg nog meer onder spanning doordat de specifieke aard van zorg lijkt te botsen met nieuwe ontwikkelingen zoals bedrijfsmatige, marktgerichte aansturing en schaalvergroting.

De leidende vraag waar ik met dit onderzoek een antwoord op wilde vinden is:

### *Hoe sturen zorgbestuurders op afstand in grote zorgorganisaties?*

Om deze vraag te beantwoorden heb ik allereerst de maatschappelijke ontwikkelingen die afstand beïnvloeden in kaart gebracht. Geanalyseerd is welke tendensen er zijn en welk effect zij hebben op de besturingsopdracht. Zorgspecifieke, interne ontwikkelingen leiden tot een steeds scherper onderscheid tussen 'zorgen voor', het directe zorg verlenen wat verpleegkundigen, dokters en therapeuten doen, en 'zorgen dat', het organiseren van zorg, een taak die toebedeeld is aan managers en bestuurders.<sup>2</sup> In het revalidatiecentrum waar ik werkte werden eind 1980 de functies hoofd ergotherapie en hoofd paramedische dienst van elkaar onderscheiden door aan de eerste de 'inhoud' toe te delen en aan de laatste de 'organisatie'. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid beschrijft dit soort handelwijzen als 'boedelscheiding' (9).

Naast het scherper wordende onderscheid tussen 'zorgen voor' en 'zorgen dat' zijn er in de context van de zorgorganisaties, extern, vier tendensen onderscheiden die de afstand tussen bestuur en werkvloer lijken te vergroten: *schaalvergroting* (groei door fusie en differentiatie van zorgorganisaties), *standaardisatie* (omgaan met discretionaire ruimte door te protocolleren; controle en kwaliteitsborging), *specialisatie* (specialiserende professionals en professionaliserende zorgbestuurders) en *sturing* (bedrijfsmatig sturen in de zorg toegepast). Deze tendensen roepen tegelijkertijd ook tegenbewegingen<sup>3</sup> op: de vraag naar betrokkenheid en het 'overbruggen van kloven' neemt toe. Zorgbestuurders worden daarmee voor een 'dubbele opdracht geplaatst': zij moeten vanuit een losgeraakte positie afstanden verkleinen.

## OPZET VAN HET ONDERZOEK

Het doel van mijn onderzoek was de kennis over het werk van zorgbestuurders te vergroten en om van binnen uit een beeld te geven van de manier waarop *afstand* het werk en het gedrag van zorgbestuurders maar ook dat van zorgmanagers en zorgverleners beïnvloedt.

De dissertatie start met een theoretische verkenning, waarin een begrippenkader en een theoretisch perspectief worden gedefinieerd. Deze vormen het fundament voor het vervolg: de beantwoording van een reeks empirische vragen die gericht zijn op de betekenis die er binnen de zorgorganisaties aan de afstand tussen bestuurder en zorgvloeren wordt gegeven en hoe er mee wordt omgegaan. De onderzoeksvraag leende zich voor kwalitatief en explorerend onderzoek omdat het erom gaat inzicht te krijgen in de alledaagse gang van zaken in het besturen van zorgorganisaties.

Het empirische onderzoek is etnografisch van opzet. Daarbij ligt de nadruk op het verband tussen het waarneembare gedrag van, in dit geval, zorgbestuurders en de betekenis die zijzelf en de managers en medewerkers uit hun organisatie daaraan hechten

(17). Het begrip 'afstand' is van het begin af aan het leidend thema geweest, in de literatuur wordt dit *topic- of issue-georiënteerd* onderzoek genoemd (18,19).

Gekozen is voor een onderzoeksopzet gebaseerd op drie casestudies. Een casestudie is een empirisch onderzoek naar een hedendaags fenomeen in de context van het echte leven (20). Een triangulatie van drie verschillende onderzoeksmethoden werd gebruikt: 1) observatie van de bestuurders in hun dagelijks werk, 2) interviews met de zorgmanagers en zorgverleners uit verschillende lagen en onderdelen van de organisatie, en 3) bestudering van documenten uit de organisatie.

Om zorgbesturing in de breedte te verkennen en te kunnen vergelijken zijn organisaties uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg geselecteerd: een algemeen ziekenhuis, een organisatie voor zorg en ondersteuning van mensen met een verstandelijke handicap, en een organisatie voor verpleging en verzorging. In deze organisaties heb ik de zorgbestuurders zes dagen gevolgd en geobserveerd tijdens hun werk. Ik interviewde managers en medewerkers in dezelfde organisaties en analyseerde beleidsnota's en andere 'velddocumenten' om zicht te verwerven op de betekenis die de vermeende 'kloof' tussen beleid en uitvoering van zorg heeft. Om de betrouwbaarheid en interne validiteit van de resultaten uit de casestudies te toetsen is in elke organisatie een terugkoppeling van de bevindingen gegeven door middel van een presentatie aan bestuurder en respondenten. In dit onderzoek zijn drie zorgorganisaties onderzocht, niet zozeer om te kunnen komen tot statistische generalisatie van de bevindingen, maar om een zo veelzijdig mogelijk (in de antropologie heet dit een 'dikker') inzicht (21,22) te krijgen van het voorkomen van afstand in verschillende situaties. Casestudies zijn geen waarheidsclaims maar verhalen en zijn geschikt voor zowel analytische generalisaties als het testen van theorie (23). De keuze van drie volstrekt verschillende zorgorganisaties was bedoeld om vanuit verschillende unieke situaties meer algemene uitspraken te kunnen doen over het ervaren van en omgaan met afstand in het besturen van zorgorganisaties.

## BEGRIPPENKADER EN THEORETISCH PERSPECTIEF

Voorafgaand aan het veldonderzoek zijn zoals aangegeven een begrippenkader en een theoretisch perspectief ontwikkeld. Er zijn vier soorten afstand onderscheiden: ruimtelijke afstand, temporele afstand, sociale afstand en mentale afstand. *Ruimtelijke afstand* geeft de fysieke ruimte tussen twee eenheden weer en speelt bijvoorbeeld een rol in grote organisaties die verspreid zijn over meerdere gebouwen. *Temporele afstand*, afstand in de tijd, manifesteert zich tussen heden, verleden en toekomst. Temporele afstand wordt geobjectiveerd in temporele meeteenheden, tijdseenheden. *Sociale afstand* is gebaseerd op verschillen tussen mensen of groepen en is lastig te objectiveren. Verschillen tussen mensen komen naar voren in hun taalgebruik en in uiterlijk, maar ook in positie, status en macht. Verschillen ontstaan onder andere door afkomst, scholing, professionalisering en specialisatie. *Mentale afstand* wordt enerzijds aangegeven met het begrip

*distantie*, dat staat voor niet emotioneel betrokken zijn. Mentale afstand heeft ook te maken met de vorming van verschillende mentale kaders. Zo wordt er in de zorg een scherp onderscheid gemaakt tussen de mentale kaders die behoren bij 'zorgen voor' en bij 'zorgen dat'. Tegenover het begrip 'afstand' staan de begrippen 'betrokkenheid' en 'nabijheid'. *Betrokkenheid* heeft enerzijds de betekenis van het zakelijk verbonden of belast zijn met een zaak. Anderzijds slaat betrokkenheid ook op emotionele binding, bevoegenheid en invoelend vermogen. Verklaringen van het begrip *nabijheid* hebben, meer dan betrokkenheid, een associatie met ruimtelijkheid, maar nabijheid wordt ook gebruikt in de betekenis van iemand bijstaan. We kunnen betrokkenheid zien als de tegenpool van sociale en mentale afstand, en nabijheid als die van ruimtelijke afstand.

Het theoretisch kader is samengesteld uit zowel organisatiekundige, sociaalwetenschappelijke als bestuurskundige literatuur. Waar het thema 'afstand en betrokkenheid' zich in de organisatiekundige literatuur vooral toespitst op de relatie tussen 'leiders en volgers', beschouwt de sociaalwetenschappelijke literatuur, gebaseerd op de auteurs Hall, Giddens en Simmel (24-26), vooral hoe afstand en betrokkenheid werken in procesmatige zin. Op grond van het werk van deze auteurs is een perspectief gevormd waarmee zicht gekregen wordt op de dynamiek van 'processen van distantiëring'. Hierbij is uitgegaan van het inzicht dat sommige typen afstand weliswaar objectief te meten zijn, maar dat afstand altijd subjectief wordt ervaren. Daarbij zijn afstand en betrokkenheid relationele begrippen en in de relatie wordt afstand of betrokkenheid geconstrueerd.

Uit de literatuur zijn vier potentiële manieren om bestuurlijk met afstand om te gaan geanalyseerd: *extensies*, *verbindingen*, *ontmoetingsplaatsen* en *grenzen*. Deze bestuurlijke methoden zijn als analysekader gebruikt om enerzijds de empirie te kunnen beschrijven en anderzijds deze theorie vanuit de empirie te verrijken.

## RESULTATEN

### ► Uitkomst 1: methoden om met afstand te sturen

Uit de theoretische analyse in dit onderzoek zijn vier methoden om met afstand te sturen naar voren gekomen. Deze zijn vervolgens vanuit de drie casestudies uitgewerkt en met specifieke voorbeelden 'gevuld':

- Besturen door middel van *extensies* is gericht op het uitzenden van mensen en gegevens om verschillende werelden die door ruimtelijke of sociale afstand gescheiden zijn met elkaar in contact te brengen en 'op afstand' invloed te kunnen uitoefenen.
- Besturen door middel van *verbindingen* grijpt vooral in op het overbruggen van mentale afstand. Verschillende mentale kaders worden bijeengebracht door vertalers of 'intermediairs' die, als zij beide 'werelden' goed kennen, een nieuwe entiteit kunnen vormen waar beide partijen zich in kunnen vinden en aan kunnen binden.

- Besturen door middel van ontmoetingsplaatsen is van belang bij het omgaan met alle vier typen afstand. Ontmoetingen zijn soms gestructureerd (vergaderingen of trainingen) of hebben een zekere toevalligheid of vrijwilligheid in zich (ontmoetingen bij het koffie- of kopieerapparaat). Doordat individuen elkaar leren kennen, stellen zij zich meer open voor de 'wereld' van de ander.
- Besturen door middel van begrenzingen schept mentale en sociale kaders die in de organisaties soms ook ruimtelijk (locaties, apart bestuursgebouw) of temporeel (vroeger en nu) vorm krijgen. Grenzen beschermen en scheppen ruimte om te werken, maar sluiten ook buiten en schermen af. Zij moeten gerespecteerd worden, maar ook permeabel blijven om samenwerken mogelijk te maken.

Deze methoden zijn als eerste uitkomst van het onderzoek te beschouwen. Zij zijn niet bedoeld als een strak te volgen 'recept' maar geven een beschrijving van de 'stilzwijgende kennis' van bestuurders (27). Daardoor ontstaat meer grip op de ingewikkelde besturingsopdracht waar zij voor staan. De drie onderzochte organisaties geven overeenkomsten maar ook verschillen te zien in de manier waarop gestuurd wordt met afstand.

### ► Uitkomst 2: betekenis van sturen met afstand en betrokkenheid

De volgende paragrafen zijn beschrijvingen van het tweede type uitkomsten van het onderzoek en geven weer hoe besturen met afstand en betrokkenheid betekenis krijgt in de organisaties.

#### *Processen van distantiëring*

Uit het onderzoek in de drie zorgorganisaties blijkt dat managers, en vooral bestuurders, tegen de beeldvorming in moeten werken waarin zij worden neergezet als harde, zakelijke, afstandelijke managers die niets geven om de inhoud van de zorg. Het beeld van 'de kloof' tussen bestuurder en medewerkers is een metafoor geworden waar mensen in zijn gaan geloven. Dit beeld is gebaseerd op de te simpele dichotomie van de professional die gelegitimeerd is door zijn betrokkenheid bij de patiënt, ten opzichte van de bestuurder die alleen maar gericht zou zijn op de financiële bedrijfsvoering. Een beeld waarmee zorgbestuurders op afstand gezet worden. Uit de observatie van het dagelijkse werk van zorgbestuurder komt een ander, complexer inzicht naar voren, waarbij de bestuurder zich juist identificeert met de patiënt en de zorgbestuurder door de professionals op afstand gehouden wordt. De metafoor van de kloof weerspiegelt een maatschappelijk proces van vervreemding waarvan de schuld ten onrechte wordt toegeschreven aan zorgbestuurders en management. Het spel van afstand en betrokkenheid wordt namelijk door iedereen overall in de organisatie gespeeld, waardoor afstand en betrokkenheid in organisaties naast elkaar bestaan en in een relationeel proces gevormd en steeds weer gevormd worden. Afstand en betrokkenheid worden door de context, structuren en symbolen en door de verschillende partijen in alledaagse handelingen voortdurend gereconstrueerd: een continue beweging van in- en uitsluiting. Wanneer deze processen hun dynamische karakter

verliezen, kunnen zij leiden tot 'kloven' tussen specifieke groepen in de organisatie. Dan wordt afstand ervaren en wordt er gesproken over barricades, buffers en leemlagen.

Sturen met afstand betekent aandacht voor 'processen van distantiëring', waarbij bestuurders een belangrijke taak vervullen in het in beweging houden van deze processen. Op grond van dit onderzoek is te concluderen dat afstand niet alleen maar een besturingsprobleem is, maar ook ruimte biedt en even goed als de adem van de organisatie gezien kan worden.

### **Afstand in soorten en maten**

Hoewel *ruimtelijke afstand* vaak wel de eerste betekenis is die de respondenten aan het begrip 'afstand' toekennen, betreft de betekenis van afstand waar de respondenten in dit onderzoek vooral aan refereren vaker *mentale afstand*. Mentale afstand komt niet alleen voor tussen managers en medewerkers, maar ook tussen verschillende afdelingen en professionele domeinen. Een te radicale toepassing van rationaliteit, objectiviteit en abstractie, voortkomend uit een bedrijfsmatig in plaats van een relationeel perspectief op besturen, leidt tot een bevestiging van de mentale afstand tussen managers en zorgverleners waardoor zij van elkaar vervreemden. Mechanismen om mentale kaders bij elkaar te betrekken zijn, zo blijkt uit dit onderzoek, minder sterk ontwikkeld dan manieren om ruimtelijke afstand te overbruggen. *Temporele afstand* manifesteert zich op verschillende manieren in de casestudies. Zowel op grond van traagheid als door snelheid wordt afstand ervaren tussen management en werkvloer. De verschillende managementlagen worden dan beschreven als trainerende 'leemlagen'. Besturen heeft te maken met zoeken naar een passend tempo.

Ruimtelijke, mentale en temporele afstand zijn altijd meer of minder verstrengeld met *sociale afstand*, die gebaseerd is op verschillen en de hieraan toegekende waardering. Sociale afstand vormt zowel een zelfstandige als een overkoepelende dimensie in de typering van afstand. Sociale afstand wordt ervaren als bestuurders hun medewerkers niet groeten of niet herkennen, maar ontstaat bijvoorbeeld ook op grond van het uiteenlopen van mentale kaders. Voor alle typen afstand geldt dat er in de zorgorganisaties voortdurend, in een continu proces, gezocht wordt naar een aan de situatie aangepaste mate en vorm van afstand en betrokkenheid.

### **Schaalgrootte**

De schaalgrootte van de organisaties is niet van directe invloed op het ervaren van afstand in de organisatie. Dit komt omdat voor het overbruggen van ruimtelijke afstand in de organisaties afdoende methoden zijn ontwikkeld, maar ook omdat samenwerking en contact tussen ver weg gelegen locaties niet altijd nodig is. De respondenten schrijven afstand vaak als eerste toe aan de omvang van de organisatie, maar afstand komt in feite vaker voort uit de strijd om schaarse middelen. Daarbij is het ook vaak schaars persoonlijk contact dat afstand veroorzaakt, niet de schaalgrootte.

De ruimtelijke afstand die ontstaat bij de verspreidheid van de organisatie leidt soms juist tot meer onderlinge betrokkenheid vanwege de activiteiten die ontplooid worden om betrokkenheid te bewerkstelligen. Mentale en sociale afstand in zorgorganisaties ontstaan juist vaak in nabijheid doordat professionals zich op grond van uiteenlopende professionele inzichten, of om financiële redenen, afscheiden van de vaak verwante groepen. Juist in nabijheid ontstaan grensgevechten die afstand opleveren.

### **Verskillende lagen**

De vertaling van de informatie die van de werkvloer naar de bestuurder gaat, vindt plaats door middel van steeds verder gaande abstracties van de directe patiëntenzorg. De informatie wordt steeds beknopter doorgegeven naar de volgende laag. Hierdoor worden de lagen geduid als schakels die informatie doorgeven of vertalen, maar ook als filters of buffers die informatie tegenhouden. Doordat tussenlagen zich identificeren met het management, wordt de informatie wel van 'boven naar beneden' verplaatst, maar niet 'vertaald'. De te abstracte informatie die bij de medewerkers aankomt, veroorzaakt een gevoel van afstand tot het management.

De rol van de verschillende managementlagen bij sturen met afstand is in dit onderzoek belicht, maar behoeft zeker nader onderzoek. Een belangrijke conclusie is dat vooral de eerste laag leidinggevenden een specifieke rol speelt in het verbonden houden van uitvoering en beleid, ofwel 'zorgen voor' en 'zorgen dat'. Doordat deze teamleiders steeds minder meewerken, is de vermeende 'kloof' tussen beleid en uitvoering eerder hier dan tussen bestuurder en de rest van de organisatie te lokaliseren.

### **Zorgbestuurders**

Managers en bestuurders komen niet op een natuurlijke manier in hun dagelijks werk met de zorgverlening in aanraking. Zij moeten daar extra moeite voor doen en het contact organiseren. Bestuurders die persoonlijke ervaring hebben of opdoen op de werkvloer, wordt meer betrokkenheid toegedicht. Maar de bestuurder moet ook weer niet te veel langskomen of te goed op de hoogte zijn, want dan construeren de medewerkers afstand. Zorgbestuurders zijn tegelijkertijd wel en niet losgeraakt van het primaire proces. Zorgbestuurders raken niet los, zij spelen zich juist los en kunnen daardoor betrokken blijven. Zorgbestuurders maken contact met verschillende werelden, maar zij zorgen ervoor dat zij niet te veel verbonden raken met deze werelden, opdat zij het spel van distantie en toenadering kunnen spelen. De zorgbestuurders zijn nabij en veraf, betrokken en gedistantieerd tegelijkertijd. De zorgbestuurder kan door zijn bekendheid én onbekendheid verbinden en verschillende werelden voor elkaar openen. Zorgbestuurders lossen de dubbele opdracht op als 'verbindende buitenstaanders'.

## CONCLUSIE: BETROKKEN ZIJN EN BETROKKEN WORDEN

De maatschappelijke waarden van zorg komen in de zorgorganisaties naar voren in gewone dagelijkse ervaringen tussen zorgverlener en patiënt tijdens de behandeling. Daar doen deze zich soms voor als dilemma's voor zorgverleners. Bestuur en werkvloer kunnen elkaar vinden in het vormgeven van maatschappelijke waarden, wanneer zij op deze vraagstukken uit de dagelijkse praktijk van de zorgvloer gezamenlijk en vanuit verschillende perspectieven reflecteren. Een gezamenlijke reflectie op deze 'gedeelde ervaringen' is nodig om zowel 'gedaan beleid' als 'gedacht beleid' te kunnen bijstellen. Naast cijfermatige en abstracte verantwoordingsystemen zijn daarom ook verhalen nodig om te kunnen besturen. Ervaringen en dilemma's die zich voordoen tijdens het werk van zorgverleners (en misschien ook wel van managers en bestuurders), zijn vaak zo specifiek en nog bijna ongrijpbaar dat zij alleen in verhalen kunnen worden verteld en begrepen. Door middel van 'narratieve' of 'verhalende verantwoording' kan ervaringskennis worden gedeeld (28,29). Door vervolgens gezamenlijk betekenis te geven aan praktijkverhalen kan gezocht worden naar nieuwe praktische en bestuurlijke oplossingen. Bij het besturen van zorgorganisaties gaat het dus niet alleen om betrokken zijn, maar ook om betrokken worden, en dat is een inzicht dat ergotherapeuten zich weer kunnen aantrekken.

### Noten

1. Zie voor beschrijvingen van de 'kloof' tussen professionals en managers in de zorg ook (2-6).
2. Dit onderscheid is gebaseerd op (7,8).
3. Zie bijvoorbeeld voor een kritische noot tegen de verschillende vormen en uitwassen van het bedrijfsmatig sturen in de publieke sector (10-16).

### Literatuur

1. Stoopendaal A. Zorg met afstand. Betrokken bestuur in grootschalige instellingen. Assen: Van Gorcum; 2008.
2. Duyvendak JW, Knijn T, Kremer M. Policy, People and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare. Amsterdam: University Press Amsterdam; 2006.
3. Freidson E. Professionalism, The third logic. On the practice of knowledge. Cambridge: Polity Press; 2001.
4. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease – Part I: differentiation. Part II: integration In: Health Care Manage Rev, winter 2001;26/1:56-84.
5. Harrison S. Medicine and Management: Autonomy and Authority in the national Health Service. In: Gray A, Harrison S, redactie. Governing Medicine. Buckingham: Open University Press; 2004.
6. Meurs PL. Hoe kunnen we de kwaliteit van de publieke dienstverlening verbeteren? Essay voor De Sociale Agenda, samenvatting verschenen in de Volkskrant, 4 februari, 2006.
7. Tronto JC. Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care New York: Routledge; 1994.
8. van Heijst A. Liefdewerk. Een herwaardering van de caritas bij de arme zusters van het goddelijk kind, sinds 1852. Hilversum: Verloren; 2002.
9. WRR. Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam: University Press; 2004.
10. Baart A. Een theorie van de presentie (derde druk). Utrecht: Lemma; 2004.
11. van den Brink G, Jansen T, Pessers D, redactie. Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt. Amsterdam: Boom; 2005.
12. Brouwer JJ, Moerman P. Angelsaksen versus Rijnlanders. Zoektocht naar overeenkomsten en verschillen in Europees en Amerikaans denken. Antwerpen/Apeldoorn: Garant; 2005.
13. van Heijst A. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Uitgeverij Klement; 2005.
14. Mol A. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam: Van Gennep; 2006.
15. Peters J, Pouw J. Intensieve menshouderij. Hoe kwaliteit oplost in rationaliteit. Schiedam: Scriptum; 2004.
16. Tonkens E. Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. Utrecht: NIZW; 2003.
17. Hertog F, van Sluijs E. Onderzoek in organisaties. Een methodologische reisgids. Assen: Van Gorcum; 1995.
18. Spradley JP. Participant Observation. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1980.
19. Creswell JW. Research Design, Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. California: Sage; 2003.
20. Yin RK. Case Study Research. Californië/Londen: Sage; 1994.
21. Geertz C. The Interpretation of Cultures. Selected essays. New York: Basic Book; 1973.
22. Bevir M, Rhodes RAW. Interpreting British Governance. Londen/New York: Routledge; 2003.
23. Rhodes RAW, 't Hart P, redactie. The Ethnography of Government Elites: up close and personal. Houndmills/Basingstoke: Palgrave-Macmillan; 2008.
24. Hall ET. The Hidden Dimension. New York: Anchor Books; 1969.
25. Giddens A. The consequences of modernity. Cambridge: Polity Press; 1990.
26. Frisby D. Sociological Impressionism. A Reassessment of George Simmel's Social Theory. Londen: Routledge; 1992.
27. Polanyi M. The tacit dimension. New York: Garden City; 1967.
28. Kunneman H, Slob M. Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg. Bunnik: Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk; 2007.
29. Vosman F, Baart A. Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg Den Haag: Lemma; 2008.