

De financial als ambassadeur voor een gezonde balans tussen zorg en zakelijkheid.

Een onderzoek naar de organisatieculturen van zorginstellingen in Nederland

Åge van Roon en Hans ten Rouwelaar

SAMENVATTING In dit artikel rapporteren we de uitkomsten van het onderzoek naar de organisatieculturen van zorginstellingen in Nederland en de mogelijke rol van de financial (controller in de zorg) daarbij. De Nederlandse zorgsector zal meer aandacht moeten schenken aan een veranderingsproces om sterker te worden op de extern gerichte cultuuraspecten. Om dit veranderingsproces succesvol te maken, moet men op zoek gaan naar empathische rolmodellen binnen de organisatie, die de extern gerichte cultuur kunnen uitdragen. De financial kan hier een belangrijke rol in spelen en zal, om aan te haken bij dit veranderingsproces, de taal moeten leren spreken van de managers en medische professionals. Daarnaast zal de financial breder moeten kijken dan alleen de financiële aspecten en een proactieve sparring-partner willen zijn.

RELEVANTIE VOOR DE PRAKTIJK De Nederlandse zorgsector heeft te maken met een toenemende marktwerking, steeds kritischer of mondiger wordende (zorg)consumenten, toenemende transparantie-eisen betreffende veiligheid en kwaliteit en een toenemend personeelstekort (Kikker Groep, 2008). Marktwerking in de gezondheidszorg moet leiden tot meer concurrentie en transparantie. Exogene factoren dwingen zorginstellingen ertoe om meer openheid van zaken te geven en een zakelijke koers te gaan varen, wat een veranderingsproces in de organisatiecultuur vereist. Maar wat is de gewenste organisatiecultuur in zorginstellingen en welke rol kan een financial bij dit veranderingsproces spelen?

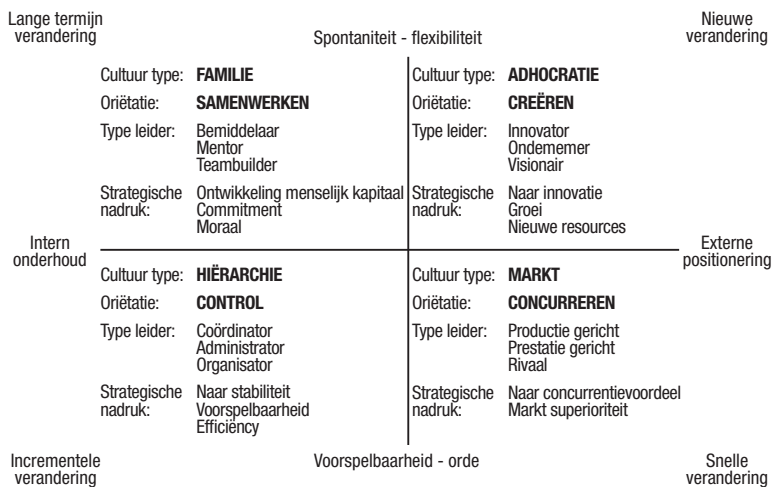
1 Introductie

Gezondheidszorg voor de gehele bevolking past goed in de constitutionele cultuur en tradities van de hedendaagse westerse bevolking (Marshall, 2012). Ook in Ne-

derland is er algemene consensus dat de toegang tot zorg voor iedereen gegarandeerd moet zijn, wat de overheid met regelgeving dan ook afdwingt (Schut & Varkevisser, 2012). Zorginstellingen staan algemeen bekend als enorm complexe en gepolitiseerde organisaties met een breed scala aan groepen belanghebbenden met verschillende doelstellingen en belangen, die ook nog eens strijden om de beperkte middelen (Chandra & Loosemore, 2011). Ook Kaufman (2011) erkent de strijd tussen de verschillende belanghebbenden, waarbij hij aangeeft dat de zorgsector van een cultuur van “recht hebben op” naar een cultuur van “verantwoording afleggen” moet gaan. Met een cultuur van “recht hebben op” wordt bedoeld, dat patiënten geloven dat ze recht hebben op de beste zorg ongeacht hun vaak ongezonde levensstijl en dat de medici geloven dat ze recht hebben op een hoge mate van klinische autonomie en ook hoge financiële compensaties ongeacht de resultaten bij hun patiënten. Deze cultuur van “recht hebben op” drijft de kosten van de zorg omhoog. Het CPB heeft berekend, dat wanneer de trends van de afgelopen dertig jaar zich ook in de komende dertig jaar voortzetten, de zorguitgaven - ceteris paribus - stijgen van 13% in 2010, naar 22% van het bruto binnenlands product in 2040 (CPB, 2012).

Reeds in 2006 heeft de overheid een model van geregleerde concurrentie geïntroduceerd om zo via meer concurrentieprikkels een efficiëntere zorgverlening te creëren (Schut & Varkevisser, 2012). Ook heeft de Nederlandse samenleving graag inzage in de bedrijfsprocessen van de zorginstellingen om te controleren of er geen misbruik van deze besteding van publiek geld wordt gemaakt. Deze wens tot inzage heeft geleid tot

Figuur 1 Concurrerende waarden-raamwerk. Bron: Cameron et al. (2006), p. 32 (aangepast)



een vergaande regulering van inzagerecht voor verschillende stakeholders en strenge voorwaarden voor administratieve organisatie en interne controle met controlepunten, verificaties en toetsingen (Van Roon, 2007). Tegelijkertijd zien we dat bijvoorbeeld de reikwijdte van het adviesrecht van cliëntenraden is uitgebreid (Wmcz).¹ Al deze exogene factoren spelen een rol in het besef en besluit dat er iets moet gebeuren bij de zorginstellingen, wat een aanleiding is voor ingrijpende veranderingen (Boonstra, 2010). Voor het succesvol invoeren van veranderingen is een bij die verandering passende cultuur een belangrijke factor voor het welslagen (Waldman et al., 2003; Baird et al., 2007; Boonstra, 2010). In dit artikel gaan we in op de verschillende organisatielculturen van zorginstellingen en de mogelijke rol van de financial daarbij. De deelnemers aan het congres **Finance in de zorg** (2013) reageerden in Zeist op een aantal voor-

gelegde stellingen. De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek worden in dit artikel gepubliceerd.

2 De organisatielcultuur

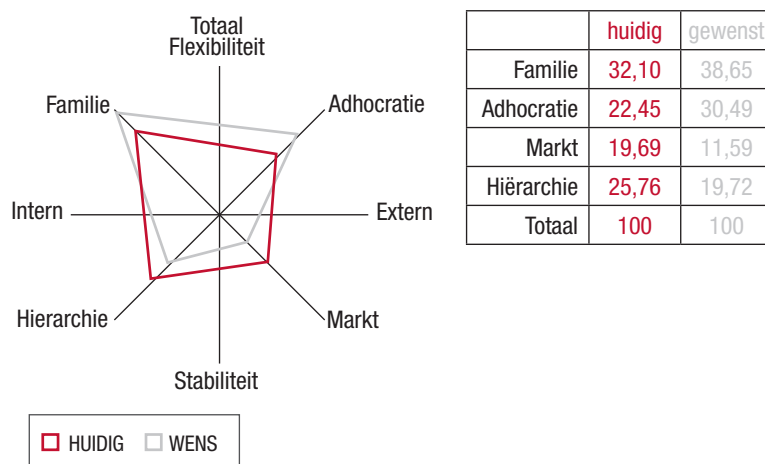
Maar wat is organisatielcultuur eigenlijk? Een veelgebruikte definitie om cultuur te duiden is de definitie van Schein (1984): "Organisatielcultuur is een patroon van basisassumpties, verzonnen, ontdekt of ontwikkeld door een bepaalde groep die met problemen geconfronteerd wordt op het gebied van externe adaptatie en interne integratie, dat goed genoeg functioneert en dat geaccepteerd wordt binnen de organisatie, zodat het overgedragen wordt op de nieuwe leden van de organisatie" (Schein, 1984, p. 3).

Om de organisatielcultuur te categoriseren haken we in dit artikel aan bij het in de literatuur vaak gebruikte model van de concurrerende waarden van Cameron et al. (2006). Het model bestaat uit vier kwadranten, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen effectiviteitscriteria. Bij de bovenste twee kwadranten ligt de nadruk op: vrijheid van handelen, flexibiliteit en dynamiek. Bij de onderste twee kwadranten ligt de nadruk op: beheersbaarheid, stabiliteit en ordening. Bij de linker twee kwadranten ligt de nadruk op: eenheid, integratie en interne gerichtheid. Bij de rechter twee kwadranten ligt de nadruk op: differentiatie, rivaliteit en externe gerichtheid. In figuur 1 zijn de belangrijkste kenmerken in de desbetreffende kwadranten gezet.

In elke organisatie zijn kenmerken van deze vier verschillende kwadranten aanwezig, oftewel geen organisatie kan met één type organisatielcultuur worden gekarakteriseerd. Wel is te meten welke cultuur dominant is bij een organisatie (Cameron & Freeman, 1991). In de periode 2007 – 2008 heeft de Kikker Groep tezamen met Cameron de organisatielculturen in de Nederlandse zorgsector gemeten (Kikker Groep, 2008). Dat onderzoek wijst uit dat de sector in de onderzochte periode voornamelijk intern gericht is met hoge scores op de familie- en hiërarchielcultuur (zie figuur 2). De rode lijn geeft de huidige cultuur aan en de grijze de gewenste cultuur volgens de respondenten, waarbij een duidelijke verschuiving van huidige, stabiele culturen (onderste twee kwadranten) naar de gewenste, meer flexibele culturen (bovenste twee kwadranten) zichtbaar wordt.

Ook in het recentere onderzoek van Van Eeken et al. (2012) is op gelijke wijze met percentages de dominante organisatielcultuur van zorginstellingen gemeten. De 91 respondenten hebben de hoogste waarde gegeven aan de familiecultuur (28,86%), gevolgd door de adhocratie- en hiërarchie-cultuur met respectievelijk 25,97% en 25,40%. In genoemd onderzoek scoort de marktcultuur, net zoals in het onderzoek van de Kikker Groep (2008), het laagst, met 19,77%.

Figuur 2 Huidige cultuur Nederlandse zorgsector in percentages. Bron Kikker Groep p. 25. (de kolom gewenst wijst op de gewenste situatie door de zorginstellingen zelf)



3 De gewenste organisatiecultuur

De Nederlandse zorgsector heeft te maken met een toenemende marktwerking, steeds kritischer of mondiger wordende (zorg)consumenten, toenemende transparantie-eisen betreffende veiligheid en kwaliteit en een toenemend personeelstekort (Kikker Groep, 2008). De zorginstellingen doen er dan ook goed aan om de noodzaak te erkennen, om de focus te leggen op het bouwen van een effectieve cultuur, die alle betrokken stakeholders omarmt, met name degenen die de zorg verlenen (Waldman et al., 2003). Maar welke organisatiecultuur is in het tweede decennium van de 21ste eeuw nu gewenst voor de Nederlandse zorgsector? Om een antwoord te vinden op deze vraag kijken we eerst naar de literatuur over organisatieculturen in sectoren die te maken hebben met marktwerking.

In het algemeen hebben organisaties met extern georiënteerde culturen een betere performance dan culturen met een wat meer intern gerichte cultuur (Deshpande & Farley, 2004). Ook Cameron en Freeman (1991) geven aan dat extern georiënteerde culturen gewenst zijn. Een marktcultuur is effectief om resources te werven van de externe omgeving; iets waar zorginstellingen steeds meer toe gedwongen worden door de veranderde financiering. Een adhocratie-cultuur, ook een extern gerichte cultuur, is effectief voor de relatie met de externe omgeving en academische kwaliteit. Onderzoek bij verpleeghuizen in Amerika wijst uit dat een persoonsgerichte, innovatieve cultuur (zoals adhocratie) een goede basis is voor zowel de cliënten als de zorgverleners (Elliot, 2010). Uit voorgaande onderzoeken komt naar voren dat zorginstellingen er goed aan doen om een wat meer extern gerichte cultuur te gaan aannemen om zo in te spelen op de veranderende omgeving. Is de huidige intern gerichte cultuur van de Nederlandse zorgsector dan niet goed?

De intern gerichte familiecultuur blijft echter wel van groot belang in de zorgsector. Patiëntveiligheid is een belangrijk onderwerp binnen de Nederlandse zorgsector (Van Eeken et al., 2012). Om de patiëntveiligheid meer te waarborgen is er een organisatiecultuur nodig, waarbij alle aandacht uitgaat naar het minimaliseren van ongelukken tijdens het verlenen van zorg (Armstrong & Laschinger, 2006). Een cultuur, waarin patiëntveiligheid hoog in het vaandel staat, wordt gecreëerd in een omgeving waarbij de zorgverleners door de managers worden gestimuleerd om te praten over en te reageren op bedreigingen van patiëntveiligheid (Vogus et al., 2010). In een psychologisch veilige omgeving waarbij coachend leiding wordt gegeven, zijn de mensen eerder geneigd om vragen te stellen, hulp te zoeken en fouten te ontdekken, terwijl collega's meekijken (Edmondson, 1999). Het leren van fouten in de gezondheidszorg vereist veel aandacht voor het creëren van een

fundering voor nieuwe overtuigingen en gedragingen door de gehele organisatie (Edmondson, 2004). Onderzoek heeft aangetoond dat bij een hoge mate van vertrouwen van de verpleegkundigen in hun managers er over een periode van zes maanden minder medische fouten gemaakt werden. Door het creëren van een sfeer, waarbij het melden van fouten eerder beloond dan bestraft wordt, ontstaat een psychologisch veiligheidsgevoel bij de verpleegkundigen (Vogus & Sutcliffe, 2007). In vergelijking met de overige culturen ligt bij een familiecultuur relatief meer de nadruk op moraal en personeelszaken en is er sprake van een coachende leiderschapsstijl (Cameron & Freeman, 1991).

Goodman (2003) waarschuwt echter dat wanneer patiëntveiligheid voorop staat, de medewerkersveiligheid achterop kan raken. Instellingen in de zorgsector zullen niet standaard een organisatie-brede veiligheidscultuur implementeren, zoals we dat zien bij industrieën met hoge gezondheids-risico's, zoals bijvoorbeeld energiecentrales. Dus ook medewerkersveiligheid moet een belangrijk aspect van de organisatiecultuur blijven. Het behouden van een familiecultuur is hier ook dienstbaar aan. Onderzoek van Lund (2003) toont aan dat medewerkers een hogere algehele voldoening hebben, indien zij werkzaam zijn in familie- en adhocratie-organisatieculturen dan in markt- en hiërarchie-culturen. In meerdere onderzoeken (Boorman, 2009; Healthcare Commission, 2011) is naar voren gekomen dat de lichamelijke en emotionele gezondheid van werknemers in de zorg een positief effect heeft op het uitvoeren van dagelijkse werkzaamheden en in het bijzonder met de zorg voor de patiënten. Bovendien zijn medewerkers, die voldoening hebben in hun werk en blij zijn, productiever (Zelenski et al., 2008). Tot slot is het personeelsverloop bij zorginstellingen met een systeem dat empowerment en participatie van zorgverleners stimuleert, zoals bij de familiecultuur, lager dan bij zorginstellingen die dat niet doen (Rondeau & Wagar, 2012). Op basis van voorgaande literatuur kunnen we stellen dat de organisatiecultuur van de Nederlandse zorgsector zich moet versterken op de externe kwadranten, zonder de heersende familiecultuur af te zwakken. Hoe kan deze verandering naar externe organisatieculturen vorm worden gegeven?

4 De verandering van de organisatiecultuur

Organisatiecultuur is een sterk mechanisme waarmee goed rekening moet worden gehouden. Zo kunnen samenwerkingverbanden totaal mislukken, indien er geen rekening wordt gehouden met de organisatiecultuur (Van Marrewijk, 2004). De Kikker Groep (2008) stelt zelfs, dat 50 tot 75% van de verandertrajecten stuklopen als gevolg van culturele weerstand. Als het verandertraject een verandering van cultuur behelst, dan mislukt zelfs tot 90% van de veranderingsinitiatieven (Atkinson, 2005).

Verandering van organisatiecultuur is dus blijkbaar niet eenvoudig, getuige het hoge percentage van mislukte pogingen. Toch is er ook goed nieuws; in Amerika zijn bij meerdere zorginstellingen reeds radicale veranderingen in organisatiecultuur doorgevoerd met opwindende resultaten (Brune, 2011). Hoe worden deze succesvolle cultuurveranderingen dan teweeggebracht? Allereerst is het van belang om te beseffen dat er meerdere stakeholders zijn, die elk vanuit een ander perspectief naar de gewenste cultuurverandering kijken, zoals: de cliënten, de familie van de cliënten en de zorgmedewerkers (White et al., 2012), maar ook de overheid en financiers (Waterhouse & Lewis, 2004). Een goede communicatie is van groot belang voor een succesvolle cultuurwijziging (Waterhouse & Lewis, 2004; Deutschman, 2005; Dolan & Bao, 2012), maar ook training en ontwikkeling (Miller et al., 2010; Conceição & Altman, 2011). Naast voorstaande hulpmiddelen moet er ook rekening gehouden worden met de omstandigheden; men moet begrijpen waarom mensen weerstand hebben tegen veranderingen. Brune (2011) stelt dan ook, dat een cultuurverandering, waarbij duidelijk meer zakelijk naar de zorg gekeken moet worden, nogal overweldigend is voor veel getalenteerde mensen, die vanuit een roeping hun leven gericht hebben om andere mensen te helpen. De medewerkers kunnen heel onzeker worden, doordat ze zichzelf afvragen: "heb ik wel de competenties om aan de nieuwe verwachtingen te voldoen?" Ook het jargon kan heel bedreigend overkomen, zoals 'zelfsturende teams' en 'empowerment' tot 'cross functionele teams' (Atkinson, 2005).

Tekenend is ook de veelgehoorde opmerking van zorgmedewerkers in een onderzoek bij verpleeghuizen in staat New York: "*de overheid heeft onrealistische verwachtingen*" (Deutschman, 2005). Begrip van en respect voor de emoties van de zorgmedewerkers maakt dat ze meer betrokken raken bij het veranderingstraject (Smollan & Sayers, 2009). Gebaseerd op het voorgaande moet de communicatie dus zeer zorgvuldig uitgevoerd worden. Het beste kan de communicatie worden gevoerd door het management en de financials (Deutschman, 2005) vanuit een rolmodel waar de zorgmedewerkers tegenop kijken (Dolan & Bao, 2012). De meest effectieve manier van communiceren is als het gevoerd wordt door middel van verhalen (storytelling). Storytelling is al duizenden jaren een effectieve manier om belangrijke boodschappen over te brengen. De Bijbel, de Koran en andere heilige boeken zijn goede voorbeelden van hoe storytelling is gebruikt om gedrag te beïnvloeden (Dolan & Bao, 2012).

In de vorige alinea is duidelijk geworden dat goed opgeleide en getrainde rolmodellen binnen de zorginstellingen de cultuurverandering moeten initiëren.

De rolmodellen moeten vervolgens ook een bepaalde mate van emotionele intelligentie hebben: vaardigheid om dingen te doen, zoals het begrijpen van gevoelens van anderen en het reguleren van emoties om de kwaliteit van leven te vergroten. Daarnaast moeten de rolmodellen een empathisch vermogen hebben: begrijpen van ervaringen, zorgen en perspectieven van andere personen, gecombineerd met een vermogen dit begrip te kunnen communiceren (Robbins & Galperin, 2010). Tenslotte is het van groot belang dat de storyteller de taal spreekt van de toehoorders (de medische professionals); er moet een gemeenschappelijke taal zijn om de boodschap duidelijk over te brengen (Waldman et al., 2003). Uiteindelijk zullen de sterke en inspirerende waarden binnen een zorginstelling leiden tot een sterkere organisatiecultuur en het uiteindelijke succes van de instelling (Graber & Kilpatrick, 2008).

Boonstra (2010) geeft in zijn onderzoek aan, dat er wel basisprincipes en ingrediënten zijn om een cultuurverandering tot een succes te maken, maar dat er geen beste manier van werken is. Het veranderingsproces moet passen bij de organisatie en de reden tot wijziging van de organisatiecultuur. Boonstra geeft ook aan, dat niet alleen de topmanagers de leiding kunnen nemen in het cultuurveranderingsproces, maar ook de professionals en specialisten, zoals de financials binnen de zorginstellingen. Door middel van interactieve interventies² kunnen de leiders ingesleten patronen doorbreken (Boonstra, 2010).

5 De financial in de zorgsector

In de vorige paragraaf beschreven we de belangrijke rol van de manager en financial in het cultuurveranderingsproces (Deutschman, 2005). Maar als we kijken naar de financials (controllers in de zorgsector), zijn deze functionarissen klaar om deze belangrijke taak op hun schouders te nemen?

De afgelopen jaren is de traditionele rol van de controller, als financieel geweten van de organisatie, aan het veranderen (o.a. Järvenpää, 2007; Bragg, 2009; Conijn & Ten Rouwelaar, 2012). De controllers moeten zich minder met het controleren van getalletjes en rapportages bezighouden en meer betrokken (involved) worden bij de besluitvorming van de managers. Deze verschuiving van 'number-crunching' naar meer 'controller involvement in management' zou goed zijn voor de persoonlijke ontwikkeling van de controller en ook de prestaties van de organisatie verbeteren, omdat door de inhoudelijke inbreng van de financiële expertise in de adviezen van de controller aan de managers er betere besluiten worden genomen (Sathe, 1982; Zoni & Merchant, 2007; Bragg, 2009). Eenvoudig dezelfde rapporten sneller en kosten-ef-

fectiever samenstellen is niet goed genoeg meer; de controller moet in staat zijn de informatie toekomstgericht te maken en door goede analyses inzicht geven om de planning, strategie en besluitvorming te ondersteunen (Bragg, 2009; Boonstra, 2010; KPMG, 2011). Ook is de rol van de financial in de zorginstellingen aan het veranderen. Een effectieve financial is niet alleen betrokken, maar ook zorgvuldig en kalm of rationeel in zijn werkzaamheden. Wel moet de financial over specifieke vaardigheden beschikken om zijn werk effectief te kunnen doen: hij moet niet alleen beschikken over technische vaardigheden, maar ook over meer softere, communicatieve en interpersoonlijke vaardigheden (Bokkinga et al., 2009).

Op grond van voorafgaande literatuuronderzoek komen we tot de volgende onderzoeksvraag:
Moet de Nederlandse zorgsector zich versterken op de externe kwadranten, zonder de heersende familiecultuur af te zwakken en kan de financial een leidende rol vervullen bij een eventueel cultuurveranderingsproces?

6 Onderzoeksofzet en resultaten

Om een antwoord op deze onderzoeksvraag te kunnen geven, hebben we aan 39 deelnemers (32 financials en 7 non-financials) op het jaarcongres van **'Finance in de zorg'**, gehouden op 7 maart 2013 te Zeist, aan de hand van de volgende stellingen om een korte reactie gevraagd.

Stelling 1: we moeten naar een extern gerichte organisatiecultuur, zoals Marktcultuur en Adhocracy

Meer dan de helft (59%) van de respondenten is het eens met de stelling dat de Nederlandse zorginstellingen moeten opschuiven naar een extern gerichte organisatiecultuur. Er moet meer ingespeeld worden op de landelijke ontwikkelingen is de algemene consensus bij deze respondenten. De genoemde gewenste beweging is wel opmerkelijk, daar dit niet direct terugkomt in het overzicht van de gemeten gewenste cultuur in het onderzoek van de Kikker Groep (2008). Laatstgenoemd onderzoek is gehouden in 2007 en mogelijk is de mening van de financials in de zorginstellingen door alle ontwikkelingen in de zorgsector gewijzigd in de afgelopen zes jaar. De overige respondenten bleven een beetje rond het midden van 'een beetje eens' tot 'een beetje oneens'. Eén van de respondenten stelt dan ook: "Er moet een goede balans zijn, alle vier dimensies zijn nodig". Het behoud van de familiecultuur werd meerdere malen (23%) genoemd. Een andere respondent zegt hierop: "Het gaat primair om samenwerking 'familiecultuur' die oog krijgt/heeft voor 'adhocratie' de samenwerking met de externe omgeving".

Stelling 2: Meer marktwerking in de zorg: een slechte zaak, want we zitten niet te wachten op de reclameboodschappen zoals: 'kom voor uw hartoperatie naar het Jeroen Bosch Ziekenhuis'

De response op stelling twee is zeer divers met 51% van de respondenten, die zich hier niet in kunnen vinden en 38% van de respondenten die het (deels) eens zijn met deze stelling. Een respondent schrijft: "Je weet dan ook beter waar je goede zorg kunt halen, het wordt voor iedereen transparanter". De voorstanders van deze stelling (38%) merken op dat winstbejag en "Euro-gedreven zorg" niet past bij de maatschappelijke doelstelling die zorg heeft. Tenslotte schrijft een respondent: "Onderscheid in prijs en kwaliteit moet zichtbaar zijn. Echter, zorg blijft een ander product dan bijvoorbeeld koekjes".

Stelling 3: Organisatiecultuur is een zaak voor managers, niet voor financials

Het grootste gedeelte van de respondenten is het niet eens met genoemde stelling (87%) en stelt dan ook dat de organisatiecultuur een zaak is voor de gehele organisatie. "De financial en manager gaan hierbij hand in hand", aldus een respondent. Een andere respondent (non-financial) schrijft: "Organisatiecultuur wordt gemaakt door iedereen in de organisatie. Managers hebben wel een voorbeeldfunctie".

Stelling 4: Een financial moet zich uitsluitend richten op de financiële aspecten

"De financiële aspecten zijn wel belangrijk" stellen enkele respondenten, maar het overgrote deel van de respondenten (87%) ziet een meer integrale rol voor de financial. De financial moet proactief zijn, adviseren en meebeslissen. Een respondent gebruikt hiervoor het metafoor: "spin in 't web". Een andere respondent schrijft: "De verbinding maken tussen financiële aspecten van zorg en de menselijke kant van zorg. Faciliteren, zodat medische professionals zich op hun primaire taak kunnen richten, en minimaal tijd kwijt zijn aan financiële aspecten, maar daar wel van op de hoogte zijn".

Stelling 5: Financials kunnen invloed uitoefenen op de organisatiecultuur door....

- Managers aan te sporen of uit te dagen
- Zakelijke aspecten te benadrukken in meetings
- Harde prestatie maatstaven voor te stellen/te implementeren
- Anders, namelijk...

Goede communicatie en vooral de taal spreken van het management/medische professionals, worden als belangrijke punten genoemd voor de financials om invloed te kunnen uitoefenen op de organisatiecultuur (51%). Verder moet de financial een serieuze sparringpartner willen zijn om de manager aan te sporen of uit te dagen (46%). Een respondent stelt: *“Zorgen dat je als serieuze partner wordt gezien door je niet in te graven in je financiële loopgraaf”*. Ook moet de financial goed weten in welke branche hij of zij werkzaam is. Twee van de respondenten stellen respectievelijk: *“Hart voor de cliënt”* en *“De patiënt voorop stellen en de financiën volgend laten zijn”*. Tenslotte merkt een respondent terecht op: *“Mensen willen wel veranderen, maar niet veranderd worden”*.

Stelling 6: Sturen in de zorg moet strak op de inhoud, maar zacht op de mens

De meningen zijn sterk verdeeld over deze stelling met scores van 1 keer ‘volledig oneens’ en 5 keer ‘oneens’ tot 9 keer ‘eens’ en 3 keer ‘volledig eens’. Een respondent schrijft: *“Tot op zekere hoogte zacht, bij zorg kan het namelijk wel erg zacht zijn”*. Daarentegen stelt een andere respondent: *“Met een goede verhouding krijg je meer voor elkaar in een familiecultuur”*. Het merendeel van de respondenten (51%) zoekt een middenweg met iets minder op de mens en iets harder op de inhoud, zoals blijkt uit de reactie: *“Mooi uitgangspunt, maar soms met consequenties. Deze ook doortrekken en hard op de mens zijn, te lief werkt niet altijd”*.

7 Conclusies en beperkingen

Het veranderen van de organisatiecultuur laat de respondenten niet onberoerd. Meer dan de helft van de respondenten is het eens met de stelling dat de Nederlandse zorginstellingen moeten opschuiven naar een extern gerichte organisatiecultuur (stelling 1), waaruit blijkt dat de respondenten bereid zijn om hun organisatiecultuur te veranderen. Men wil wel meegaan met de veranderingen, mits deze veranderingen in hun ogen zinvol zijn. Het ‘voorop lopen’ lijkt niet goed te werken: het volgen van de landelijke ontwikkelingen is de algemene consensus bij deze respondenten (stelling 1). Onze stelling dat de organisatiecultuur van

zorginstellingen zich moet versterken op externe kwadranten, wordt deels beaamd door de respondenten. De verwachting dat naast de externe gerichtheid tevens de familiecultuur behouden moet worden, wordt echter niet bevestigd. In het onderzoek van de Kikker Groep (2008) kwam juist naar voren dat de respondenten een verdere versterking wensten van de familiecultuur.

Kan de financial een leidende rol spelen vervullen in het cultuurveranderingsproces? De organisatiecultuur lijkt een onderwerp dat de gehele organisatie aangaat (stelling 3) niet alleen managers, maar ook financials wensen graag invloed (stelling 4). Goede communicatie en vooral de taal spreken van het management/medische professionals, worden als belangrijke punten genoemd voor de financials om invloed te kunnen uitoefenen op de organisatiecultuur. Verder moet de financial een serieuze sparringpartner van het management zijn (stelling 5).

Leiders in cultuurverandering maken vaak gebruik van interventies voor het geven van richting aan de medewerkers door het gebruik van symbolen, verhalen, artefacten en kernwaarden die waarde van de organisatie vertegenwoordigen. Verder gaat het in de interventies om ruimte te geven aan professionals om betekenisvol te kunnen zijn (Boonstra, 2010). Financials kunnen met genoemde interventies verbondenheid creëren en interacties stimuleren, doordat zij goed op de hoogte zijn van de dagelijkse werkprocessen en verbinding maken met de droom en visie van de instelling. Verder kunnen financials de rapportages en kernwaarden vertalen naar concreet gedrag. De communicatieve en interpersoonlijke vaardigheden van de hedendaagse, effectieve financial in de zorgsector (Bokkinga et al., 2009) zullen zeker bijdragen aan de genoemde vertaalslag en aan het verkleinen van de afstand tussen leiding, staf en de medewerkers, wat weer bijdraagt aan een succesvolle cultuurverandering (Boonstra, 2010).

Samenvattend kunnen we stellen, dat de Nederlandse zorgsector meer aandacht zal moeten schenken aan het veranderingsproces om sterker te worden op de extern gerichte cultuuraspecten. Vervolgens moet men op zoek gaan naar empathische rolmodellen binnen de organisatie die de gewenste cultuur kunnen uitdragen. De financial speelt hier een belangrijke rol in en moet, om aan te haken bij dit proces, de taal leren spreken van de managers en medische professionals. Daarnaast moet de financial breder kijken dan alleen de financiële aspecten en een proactieve sparringspartner willen zijn. Tenslotte moet niet uit het oog worden verloren dat een cultuurverandering niet een op zichzelf staand proces is en dat de structuur en technologie van

de instelling moeten meeveranderen (Boonstra, 2010). De financial is door zijn professioneel beroep, organisatorische kennis, inzichten en ook vaardigheden bij uitstek in staat om deze veranderingen in structuur door te voeren (Bots, 2006).

De onderzoeksresultaten moeten geïnterpreteerd worden in het licht van de volgende beperkingen. Allereerst betreft het een onderzoek, waarbij slechts een beperkt aantal respondenten betrokken is en waarbij het niet duidelijk is of deze respondenten representatief zijn voor alle financials in de zorg. De respondenten, die op het jaarcongres hebben deelgenomen aan dit onderzoek, zijn over het algemeen wel in het onderwerp van het onderzoek geïnteresseerd, maar de tijd was te kort om allerlei achterliggende aspecten te bevragen. Het aantal non-financials (7 managers) is uiterst beperkt, waardoor er geen onderscheid gemaakt kan worden tussen financials en non-financials. Naar het behouden van een familiecultuur is niet specifiek gevraagd. Vervolgonderzoek met meer respondenten

en het specifiek vragen in case studies naar de achtergronden van de werkomstandigheden van de respondenten zijn dan ook aan te bevelen. Verder heeft de financial in de laatste jaren een ontwikkeling doorgemaakt, die door sociaal wenselijke antwoorden een vertekend beeld kan opleveren. Hoe robuust de onderzoeksresultaten zijn, zal toekomstig onderzoek kunnen uitwijzen. ■

Drs. A.N. van Roon QC RC is Directeur bij Romano en Lecturer in Management Accounting & Control bij Nyenrode Business Universiteit.

Drs. J.A. ten Rouwelaar is als Assistant Professor en PhD Researcher op het gebied van Management Accounting & Control verbonden aan Nyenrode Business Universiteit.

De auteurs bedanken de deelnemers aan het congres Finance in de zorg (2013) voor hun reacties op de aan hen voorgelegde stellingen.

Noten

¹ Wmcz (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen). Deze wet wordt op termijn vervangen door Wcz (Wet cliëntenrechten zorg). Geraadpleegd op www.rijksoverheid.nl.

² "Interactieve interventies richten zich op het samenbrengen van mensen om beelden uit te wisselen, situaties te duiden, een gedeelde visie te ontwikkelen en gezamenlijk acties te onderne-

men om vernieuwingen tot stand te brengen." (Boonstra, 2010, p. 216)

Literatuur

- Armstrong, K., & Laschinger, H. (2006). Structural empowerment, magnet hospital characteristics, and patient safety culture making the link. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 124-132.
- Atkinson, P. (2005). Managing resistance to change. *Management Services*, 49(1), 14-19.
- Baird, K., Harrison, G. & Reeve, R. (2007) Success of activity management practices: the influence of organizational and cultural factors. *Accounting and Finance* 47, 47-67.
- Bokkinga, M.J., Roon, A.N. van, Rouwelaar, J.A. ten, & Zoetman-Kiers, M. (2009). *Finacial in de zorg een professionele duizendpoot* (HEAD wetenschappelijk onderzoeksrapport).
- Boonstra, J. (2010). *Leiders in cultuurverandering: Hoe Nederlandse organisaties succesvol hun cultuur veranderen en strategische vernieuwing realiseren*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Boorman, S. (2009). *NHS health and well-being. Final report*. Geraadpleegd op <http://www.nhshealthandwellbeing.org>.
- Bots, J.M. (2006). *In control? Over het vakgebied Controlling en zijn beoefenaars*. Inaugurale rede Nyenrode Business Universiteit, op 3 februari 2006.
- Bragg, S.M. (2009). *Controllershship: The work of the managerial accountant* (8th ed.). New Jersey, NJ: John Wiley and Sons.
- Brune, K. (2011). Culture change in long term care services: Eden-greenhouse-aging in the community. *Educational Gerontology*, 37, 506-525.
- Cameron, K., & Freeman, S. (1991). Cultural congruence, strength, and type: Relationships to effectiveness. *Research in Organizational Change and Development*, 5, 23-58.
- Cameron, K., Quinn, R., DeGraff, J., & Thakor, A. (2006). *Competing values leadership creating value in organizations*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Chandra, V., & Loosemore, M. (2011). Communicating about organizational culture in the briefing process: Case study of a hospital project. *Construction Management & Economics*, 29(3), 223-231.
- Conceição, S.C.O., & Altman, B.A. (2011). Training and development process and organizational culture change. *Organization Development Journal*, 29(1), 33-42.
- Conijn, F., & Rouwelaar, J.A. ten (2012). Hoe ziet de control-functie er in 2020 uit? Een onderzoek naar de ontwikkeling van de control-functie van verleden naar 2020. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 86(6), 243-250.
- Centraal Plan Bureau (CPB) (2012). *Trends in gezondheid en zorg*. Geraadpleegd op <http://www.cpb.nl/publicatie/trends-in-gezondheid-en-zorg>.
- Deshpande, R., & Farley, J. (2004). Organizational culture, market orientation, innovativeness, and firm performance: An international research odyssey. *International Journal of Research in Marketing*, 21, 3-22.
- Deutschman, M. T. (2005). An ethnographic study of nursing home culture to define organizational realities of culture change. *Journal*

- of Health & Human Services Administration, 28(2), 246-281.
- Dolan, S.L., & Bao, Y. (2012). Sharing the culture: Embedding storytelling and ethics in the culture change management process. *Journal of Management and Change*, 29, 10-23.
 - Eeken, M. van, Roon, A.N. van, Rouwelaar, J.A. ten, & Schaepkens, F.F.J.M. (2012). *Stuurinformatie en ICT in de zorg: Bron van informatie of bron van zorgen?* Geraadpleegd op <http://www.conquaestor.nl>.
 - Edmondson, A. (2004). Learning from failure in health care: Frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care*, 13, ii3-ii9.
 - Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44, 350-383.
 - Elliot, A.E. (2010). Occupancy and revenue gains from culture change in nursing homes: A win-win innovation for a new age of long-term care. *Seniors Housing & Care Journal*, 18(1), 21-34.
 - Goodman, G.R. (2003). A fragmented patient safety concept: The structure and culture of safety management in healthcare. *Hospital Topics*, 81(2), 22-29.
 - Graber D.R., & Kilpatrick A.O. (2008). Establishing values-based leadership and value systems in healthcare organizations. *Journal of Health & Human Services Administration*, 31(2), 179-197.
 - Healthcare Commission (2011). *NHS Staff Survey 2011. Briefing note: Issues highlighted by the 2011 NHS staff survey in England*. Geraadpleegd op <http://nhsstaffsurveys.com/cms/index.php?page=2011-results>.
 - Järvenpää, M. (2007). Making business partners: A case study on how management accounting culture was changed. *European Accounting Review*, 16(1), 99-142.
 - Kaufman, N.S. (2011). A practical roadmap for the perilous journey from a culture of entitlement to a culture of accountability. *Journal of Healthcare Management*, 56(5), 299-304.
 - Kikker Groep (2008). *Nationaal onderzoek zorgcultuur. Klaar voor vernieuwing: Marktgericht en menselijk. Een onderzoek naar cultuur in de Nederlandse zorgsector met het organizationale culture assessment instrument*. Geraadpleegd op <http://www.kikkergroep.nl/documenten/noz.pdf>.
 - KPMG (2011). *Bestuur en toezicht lopen grote risico's, Integraal risicomanagement nog niet volwassen*, KPMG Gezondheidszorg, KPMG International Cooperative, Swiss.
 - Lund, B. (2003). Organizational culture and job satisfaction. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 18(3), 219-236.
 - Marrewijk, A. van (2004). The management of strategic alliances: Cultural resistance. Comparing the cases of a Dutch telecom operator in the Netherlands Antilles and Indonesia. *Culture and Organization*, 10(4), 303-314.
 - Marshall, W.P. (2012). National healthcare and American constitutional culture. *Harvard Journal of Law & Public Policy*, 35(1), 131-152.
 - Miller, S.C., Miller, E.A., Jung, H.Y., Sterns, S., Clark, M., & Mor, V. (2010). Nursing home organizational change: The "culture change" movement as viewed by long-term care specialists. *Medical Care Research and Review*, 67(4), 65-80.
 - Robbins, D.L., & Galperin, B.L. (2010). Constructive deviance: Striving toward organizational change in healthcare. *Journal of Management & Marketing Research*, 5, 1-11.
 - Rondeau, K., & Wagar, T. (2012). Employee high-involvement work practices and voluntary turnover: Does human capital accumulation or an employee empowerment culture mediate the process? Examining the evidence in Canadian healthcare organizations. In J. Surraka (Ed.), *Proceedings of the European Conference on Intellectual Capital* (pp. 386-394). Helsinki: Arcada University of Applied Sciences.
 - Roon, A.N. van (2007). *De zorgsector controller of de controller in de zorgsector: een kwantitatief onderzoek naar de rol van de controller in de zorgsector met een toename marktwerking* (Masterscriptie Nivra-Nyenrode School of Accountancy).
 - Sathe, V. (1982). *Controller involvement in management*. New Jersey, NJ: Prentice-Hall.
 - Schein, E. (1984). Coming to a new awareness of organizational culture. *Sloan Management Review*, 25(1), 3-16.
 - Schut, F.T., & Varkevisser, M. (2012). *Een economisch gezonde gezondheidszorg: Koninklijke Vereniging voor staathuiskunde preadviezen 2012*. Den Haag: SDU uitgevers.
 - Smollan, R.K., & Sayers, J.G. (2009). Organizational culture, change and emotions: A qualitative study. *Journal of Change Management*, 9(4), 435-457.
 - Vogus, T., & Sutcliffe, K. (2007). The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. *Medical Care*, 45(10), 997-1002.
 - Vogus, T., Sutcliffe, K., & Weick, K. (2010). Doing no harm: Enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. *Academy of Management Perspectives*, 24(4), 60-77.
 - Waldman, J.D., Smith, H.L., & Hood, J.N. (2003). Corporate culture: The missing piece of the healthcare puzzle. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 81(1), 5-14.
 - Waterhouse, J., & Lewis, D. (2004). Communicating culture change HRM implications for public sector organizations. *Public Management Review*, 6(3), 353-376.
 - White, H.K., Corazzini, K., Twersky, J., Buhr, G., McConnell, E., Weiner, M., & Colo, C.S. (2012). Prioritizing culture change in nursing homes: Perspectives of residents, staff, and family members. *The American Geriatrics Society*, 60(3), 525-531.
 - Zelenski, J., Murphy, S., & Jenkins, D. (2008). The happy-productive worker thesis revisited. *Journal of Happiness Studies*, 9, 521-537.
 - Zoni, L., & Merchant, K.A. (2007). Controller involvement in management: An empirical study in large Italian corporations. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 3(1), 29-43.