

Marc Desmet  
Liefde voor het werk  
in tijden van management  
*Open brief van een arts*

Opgedragen aan alle medewerkers  
van het Virga Jesseziekenhuis Hasselt

[www.lannoo.com](http://www.lannoo.com)

Registreer u op onze website en we sturen u regelmatig een nieuwsbrief met informatie over nieuwe boeken en met interessante, exclusieve aanbiedingen.

Omslagontwerp Studio Lannoo

© Uitgeverij Lannoo nv, Tielt

D/2017/45/721 – ISBN 978 94014 5205 2 – NUR 728/807

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

# STRATEGISCH PLAN VAN ONZE ORGANISATIE

OP DE AGENDA \*\*9

DE MANAGEMENTCRISIS VAN HET NAJAAR 2008:  
EEN OPPORTUNITEIT?

I. EERSTE BEDRIJF \*\*15

ERVARING VAN HET WERK IN TIJDEN VAN MANAGEMENT

Is het ziekenhuis geestelijk ziek? Geordend ventileren van  
emoties bij een arts en een manager

Eerste verdieping: Brief van een bezorgde arts aan het zieken-  
huismanagement \*\*16

*Waarom deze brief?* \*\*16

*Vier gevolgen van toenemend management* \*\*19

1. Change: ja, maar hoe vaak? \*\*19
2. Big brother \*\*24
3. Onze corebusiness en de vele middelpuntvliedende  
krachten \*\*28
4. Ontmoedigende contradicties \*\*31

*Besluit* \*\*34

Tweede verdieping: Vraaggesprek met een manager  
na de brief \*\*37

## II. TWEDE BEDRIJF •57

### INZICHT IN HET WERK IN TIJDEN VAN MANAGEMENT

Hoe functioneert een ziekenhuis tegenwoordig en waar situeer ik mij erin? Van emotie naar inzicht

Eerste verdieping: Een wetenschappelijke doorlichting van de ziekenhuiswereld •58

*Het ziekenhuis bekeken van op afstand •59*

1. Directeurs en afstand: geen zondebokken maar dirigenten die de muziek niet horen •59
2. Historische afstand nemen: Hoe en waarom is het zo ver gekomen? •64
3. Afstand van nabij bekeken •70

*Het ziekenhuis bekeken van dichtbij: de weg vinden met een ziekenhuis-gps •77*

1. Het 5C's-schema: de vier C-werelden van het ziekenhuis, hun kelders en hun interacties. •77
2. Het 5C's-schema als ziekenhuis-gps: Waar ben ik? Waar zijn we? Waar willen we naartoe? •91

Tweede verdieping: Een eigen-zinnige doorlichting van de ziekenhuiswereld •100

‘Er is iets niet katholiek met het huidig managementdenken... of juist wel?’

Vervreemding en afstand als klerikalisme

### III. DERDE BEDRIJF •119

#### LIEFDE VOOR HET WERK IN TIJDEN VAN MANAGEMENT

Hoe bevorder je een geestelijk gezond ziekenhuis?

Van emotie en inzicht naar koerscorrectie en verdieping

Eerste verdieping: Structurele bijsturingsadviezen van een zorgverlener •122

Welk soort management is dan nodig voor een goede geest?

Kleine correcties van het structurele roer kunnen ‘op afstand’ een groot verschil maken.

1. *Heb aandacht voor de druk van veranderingen* •126
2. *‘Controleer’ of je voldoende oog hebt voor het niet-meetbare* •129
3. *Ontwikkel middelpuntzoekende krachten: terug naar het (ziek)bed* •133
4. *Communiceer met de basis: verduidelijk de niet-vanzelfsprekende coherentie van je beleid en de rol van hun inbreng* •135
5. *Vermijd de goednieuwsshow: Tien voor taal* •137
6. *Bevorder de dialoog tussen de zorgkant en de managementkant* •139
7. *Stuur bij op persoonlijk vlak: creëer structureel mogelijkheden voor begeleiding* •141
8. *Houd de spinnenwebstructuur voor ogen: verre draden, dwarsdraden, knooppunten, begrenzingen en de centrale opening* •143

Tweede verdieping: Missing links en concrete tips voor elke medewerker •159

Hoe als individu staande blijven in tijden van management?

Persoonlijke verdieping: missing links en concrete tips

*Missing link 1: verbinding met de bron – Concrete tip: re-member waar het begon •162*

*Missing link 2: ver-binding als binding met de zaak en jezelf – Concrete tip: ver-bind jezelf met de zaak •173*

*Missing link 3: verbinding van de wonden – Concrete tip: wat te doen als je je lamkendig voelt •177*

*Missing link 4: verbinding van geest en lichaam bij beslissingen – Concrete tip: beslis niet alleen met je verstand •188*

*Missing link 5: verbinding met je dodehoekspiegel – Concrete tip: maak van je stokpaardje geen nachtmerrie •192*

*Missing link 6: verbinding met de zwaksten in het ziekenhuis – Concrete tip: wie ‘volgt’ de patiënt echt? Wie de verpleegkundige? •200*

*Missing link 7: verbinding met de ander die je doet lijden – Concrete tip: ontwikkel een gezonde vorm van mede-lijden •205*

*Missing link 8: verbinding met de armen in de wereld – Concrete tip: bedenk twee keer per dag dat je tot de rijken der wereld behoort •211*

*Missing link 9: verbinding met humor – Concrete tip: wees geestig, niet cynisch •213*

**BEDRIJFSRESULTAAT EN EINDBALANS: IMPLEMENTEER DEZE ADVIEZEN EN TIPS, ‘BEDRIJF’ DE LIEFDE •219**

## OP DE AGENDA

### DE MANAGEMENTSCRISIS VAN HET JAAR 2008: EEN OPPORTUNITEIT?

Wellicht hebt u het al gemerkt aan de schalkse, wat verwarrende maar niettemin onmiskenbare terminologie van titels en ondertitels: ik werk in een modern gerund ziekenhuis. Een ziekenhuis dat de laatste vijftien jaar echt heel goed is geworden, niet het minst dankzij een performant management. Ik werk er graag, sinds meer dan vijftien jaar. Toch heb ik er een probleem ontwaard dat volgens mij grotendeels voortspuit uit dat algemeen verspreid managementsysteem, zonder dat het te wijten is aan de managers zelf. Nader beschouwd hebben velen dat probleem ervaren en niet alleen in mijn uitstekende ziekenhuis. Vaak kunnen ze het echter niet onder woorden brengen. Moeizaam heb ik die woorden gezocht. Uit de herkenning ervan en het effect van die herkenning zal blijken of ik de juiste woorden gevonden heb. Ik denk dat mijn bezorgdheid uiteindelijk vooral van spirituele aard is: ik bespeur een evolutie naar minder bezieling, minder liefde voor het werk.<sup>1</sup> Misschien heeft dat te maken met een mentaliteitswijziging bij het individu. Maar volgens mij heeft die vervreemding evenzeer te maken met de manier waarop er

1. Die bezorgdheid vind je ook in de literatuur : Ad Verbrugge, *Het procesdenken van managers berooft de wereld van zijn bezieling*, in *NRC Handelsblad* op 18 juni 2005, gewijzigd: 14 december 2005. In de inleiding staat: 'Talloze leraren, artsen en verpleegkundigen hebben het gevoel dat hun beroep van hen is afgenomen. In de organisatie modellen van managers zijn zij veranderd in anonieme processoren die extern worden aangestuurd. Dat moet radicaal anders.'

gemanaged wordt. Belangrijk genoeg, vond ik, om er een boek voor zorgverleners en managers over te schrijven.

Vanuit de privésector zijn managementtechnieken tot de overheids- en zogenaamde non-profitsector doorgedrongen. Ze verspreiden zich van de harde naar de zachte sectoren, waar het moderne management momenteel wordt geïntroduceerd. Almaar meer bepalen ze de arbeidsfeer van honderdduizenden mensen in Vlaanderen en Nederland. Natuurlijk zijn managementtechnieken nodig, maar toch valt de schaduw van deze ‘management-verlichting’, dit managementdenken, over veel werknemers. Soms voel je je er zo machteloos tegenover. Wat baat het om aan dit mondiaal aanwezige systeem – deze ‘onzichtbare hand’ – iets te corrigeren, te veranderen? Je lijkt gevangen in het wereldwijde web dat de neoliberale economie, haar spindoctors en managementscholen hebben gesponnen. Die machteloosheid vormt een deel van het probleem.

Het najaar van 2008 leek nochtans voor een momentum in de geschiedenis te zorgen waarop op verschillende niveaus sprake was van verandering. Zo was er de verkiezing van Barack Obama, de charismatische leider die slim de media bespeelt en modern management hanteert. Hoewel hij onmogelijk alle verwachtingen kan inlossen, doet hij hoop, geloof en liefde oplaaien. Zijn verkiezing maakte een einde aan het onzalige Bush-tijdperk. Tegelijk greep onverwachts een wereldwijde bank- en beurscrisis om zich heen, wat in België door fatale risico-investeringen vooral zware gevolgen had voor Fortis en aan een betrokkene de uitspraak ontlokte: ‘Wie snel geld wil verdienen, verkoopt zijn ziel.’ (tv-uitzending Panorama, zondag 2 augustus 2009). Ten slotte was er de commotie rond en de petitie tegen de



evaluatieprocedure waarmee de zetelende rector van de KULeuven aan de kant werd geschoven wegens ‘te weinig leiderschap’. Allemaal zijn het uitingen van kritiek op het management, op de uitwassen en hoogmoed van een bepaalde manier van besturen, leiden en managen... En vooral: uitingen met een nieuwe intensiteit. Elke crisis draagt energie voor verandering in zich en dat geldt zeker hier. We mogen die gunstige gelegenheid, die ‘opportuniteit’, niet zomaar laten voorbijgaan.

Wonderlijk hoe in de geschiedenis op een bepaald moment de dingen op micro- en macrovlak uiteindelijk samenstromen. In de zomer van 2008 – *in tempore non suspecto* – schreef ik de basisversie van een ‘brief van een bezorgde arts aan het ziekenhuismanagement’. In de lente van datzelfde jaar was me namelijk gevraagd een bijdrage te leveren voor een Vlaamse studiedag voor zorgverleners en leidinggevenden, met als het thema ‘Zorg onder druk’. Naast drie organisatiepsychologen diende ik een spirituele invalshoek te belichten, in het zog van mijn boek *Moe van het moeten kiezen* (2005), dat peilt naar de diepere oorzaken van chronische vermoeidheid en depressie in onze cultuur. Het was dé gelegenheid om te analyseren hoe (neven)effecten van het managementdenken de situatie op de ziekenhuiswerkvloer beïnvloeden. Net zoals de rijke, vrije westerling geplaagd wordt door depressie en chronische vermoeidheid, lijkt het imposante en supergeorganiseerde westerse ziekenhuis soms geestelijk ziek. Niet dat we ons heil moeten zoeken in het verleden, maar hoe geraken we werkelijk vooruit?

Ik besef terdege dat ik weinig af weet van ziekenhuismanagement. Dat is echter precies de situatie van zoveel anderen die in een grote zorgstructuur terechtkomen: ze begrijpen er weinig

van, maar ervaren wel van alles. Wat overkomt ons eigenlijk? Welk soort wereld is de ziekenhuiswereld geworden? Ik beschreef mijn ervaring, zocht naar enkele eenvoudige inzichten die mij helpen mijzelf te situeren in een complex en verwarrend geheel en verwoordde hoe spiritualiteit hierin voor mij een belangrijke hulp kan zijn om de ‘liefde voor het werk in tijden van management’ te behouden en te ontwikkelen. Ik had het naïeve idee dat dit anderen aan het denken zou zetten en misschien zou helpen.

Ik besef dat dit boek een evolutie in Vlaanderen bekritiseert die geïnspireerd is op Angelsaksische en Nederlandse modellen en praktijken. Mijn kritiek sluit dan ook aan bij de bezorgdheid die daar reeds vroeger geventileerd werd.<sup>2</sup> Overdrijven we niet, moeten we niet corrigeren? Is het niet onze kritische taak om modellen op een eigen wijze in te vullen en aan te passen? Betekent loyaliteit tegenover onze zieken en collega’s niet dat we onze ongerustheid verwoorden, ook al hebben we niet meteen een pasklaar alternatief? Soms lijkt het immers alsof we dwangmatig gehoorzamen aan de starre, onafwendbare koers die de Titanic van ons groeiende zorgbedrijf vaart. Toch kunnen tijdige, kleine roercorrecties uiteindelijk een groot verschil maken.

Van één ding ben ik zeker. De situatieschets geldt niet alleen voor zorgverleners in mijn ziekenhuis. Mijn overtuiging is dat deze analyse ook in andere ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen herkend zal worden. *Mutatis mutandis* zullen docenten en schooldirecties hun ervaring verwoord zien en misschien geïn-

2. Kritiek op de introductie van management in bedrijven, zorg- en onderwijsinstellingen vind je bijvoorbeeld in Gabriël van den Brink, Thijs Jansen, Dorien Pessers, *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*, 2005.

spireerd worden om bepaalde ideeën in hun eigen situatie toe te passen. Daarom lijkt het me verantwoord mijn brief mits enige kleine aanpassingen in de openbaarheid te brengen. Het betreft immers een uitdaging waarmee elke instelling die gemanaged wordt zich geconfronteerd ziet. Bovendien heeft mijn ziekenhuis er constructief op gereageerd. De constructie van dit boek is dan ook de weergave van het denkproces dat ikzelf heb doorgeemaakt: een stuk in drie 'bedrijven', met telkens twee 'verdiepingen' van het thema.

Stel u voor dat iemand uit uw instelling volgende brief schrijft.





**EERSTE BEDRIJF:  
ERVARING VAN HET WERK IN TIJDEN VAN  
MANAGEMENT**

---

Is het ziekenhuis geestelijk ziek?

Geordend ventileren van emoties bij een arts en een manager

EERSTE VERDIEPING  
BRIEF VAN EEN BEZORGDE ARTS AAN HET  
ZIEKENHUISMANAGEMENT

Geachte,

Graag wil ik u, die een leidende rol speelt in ons ziekenhuis, een aantal bezorgdheden voorleggen die bij mij gegroeid zijn in de laatste jaren, in de hoop op die manier vanuit de basis bij te dragen tot het beleid. Sta mij toe mezelf en dit schrijven wat te situeren.

*Waarom deze brief?*

Sinds meer dan vijftien jaar mag ik in dit ziekenhuis werken als arts. Ik ben dankbaar voor de kans die me destijds geboden werd en voel me dan ook verbonden met dit ziekenhuis. Op inter-individueel vlak is de evaluatie bijzonder positief: de balans van de persoonlijke contacten met collega's, verpleegkundigen, poetsvrouwen, andere personeelsleden, managers, directieleden en leden van de Raad van Bestuur is ronduit positief. Ik put veel energie en voldoening uit mijn werk, ook al gaat het zoals u weet zonder uitzondering om palliatieve situaties. Zowel als dienst als individueel werden we extern onderscheiden voor het afgelegde parcours. Ik ben fier te mogen werken in een van de bekendere ziekenhuizen in Vlaanderen.

Dat ziekenhuis is in vijftien jaar sterk veranderd. Nieuwe

diensten zijn ontstaan of hebben zich razendsnel ontwikkeld. Denk bijvoorbeeld aan de enorme uitbreiding en evolutie van de dienst oncologie-radiotherapie, waarvan ik als palliatieve zorgarts deel uitmaak. In al die tijd heeft het medische werk zelf zelden op mij gewogen, hoewel er soms persoonlijke of teamspanningen waren. Dat wat voor de grootste druk zorgde, was van organisatorische en structurele aard: ijveren voor structurele waardering, financiële middelen, infrastructuur, personeel voor 'mijn' dienst. Toch schrijf ik deze brief niet om een gunst te verkrijgen voor mijn dienst. Neen, het gaat mij om het geheel van een ziekenhuis dat zich in toenemende mate een 'organisatie', een 'bedrijf' (met onder meer 'bedrijfsresultaten') noemt en volgens de principes van een bedrijf gemanaged wordt. Een van de opvallendste veranderingen in die vijftien jaar is inderdaad de vernieuwde organisatie met een sterker management. De macht in het ziekenhuis is als het ware verschoven van de artsen naar de managers (al dan niet arts). Op zich hoeft dat geen probleem te zijn, maar het heeft wel de manier van werken in het ziekenhuis grondig veranderd.

Dat een grote structuur weegt, dat je ertegenaan botst, is normaal. Ik ben slechts een radertje in een groot geheel: ikzelf ben een van de zowat tweeduizend – na de fusie 3400 – personeelsleden (artsen inbegrepen), mijn dienst is een van de diensten binnen een zorggroep waarvan het ziekenhuis er meerdere telt. Toch wil ik niet verhehlen dat ik mij vooral de laatste jaren zorgen ben gaan maken over en vragen ben gaan stellen bij de organisatie van ons ziekenhuis – in het volle bewustzijn dat andere zorginstellingen en sectoren van de maatschappij (onder meer het onderwijs) diezelfde evolutie meemaken. Je leeft on-

vermijdelijk in spanningsvelden, maar mijns inziens is er een onevenwicht ontstaan. Uit loyaliteit wil ik mijn bezorgdheid daarover uiten. Wat volgt is de perceptie van een arts die vooral over technisch-medische, ethische, spirituele en sociologisch-culturele themata heeft nagedacht. Ik ben niet geschoold in ziekenhuismanagement, versta de managerstaal soms letterlijk niet en vind sommige werkwijzen vreemd – en met mij wellicht vele anderen. Ik verwacht niet dat een manager alle technische aspecten van een medisch beleid verstaat. Dat betekent echter niet dat hij geen vragen mag stellen over wat ik doe. En dus ook omgekeerd.

Hieronder volgt een analyse van wat ik als problematisch ervaar van onderuit, van wat blijkt uit gesprekken op diensten, in vergaderingen en comités, in het restaurant, met artsen, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, mijn team, anderen. Het is niet ‘de’ waarheid, maar mijn perceptie. Toch bepalen percepties onze beleving en gedrag. De laatste jaren groeide de indruk van een verstoord evenwicht, van – zoals sommigen eenvoudig zeggen – overdrijving, van afstand tussen het beleid en de werkvloer, van een niet meer verstaan van elkaars taal, van een nood aan terugkeer naar de *basics*. ‘Iets’ zit scheef – ook al blijkt uit personeelstevredenheidsenquêtes dat we het eigenlijk heel goed doen – en een onderdeel van het probleem is dat het moeilijk te benoemen is. Niettemin wil ik een poging wagen. Daarbij viseer ik geen personen, wel de kenmerken van een ondertussen internationaal wijdverbreid systeem. Niet zelden gaat het om valkuilen van dingen die in eerste instantie positief bedoeld zijn.

Vanuit die analyse zou ik graag enkele aandachtspunten willen suggereren aan de beleidsmakers, opdat ze zouden streven naar wat het menselijkst is (en misschien daardoor tevens het



efficiëntst!), ook voor zorgverleners. Op die manier zal de broodnodige bezieling bij alle medewerkers blijven voortleven.

### *Vier gevolgen van toenemend management*

In ons ziekenhuis bespeur ik een aantal zaken die samenhangen met een steeds prominenter managementcultuur. Alvorens die kenmerken uit te werken, zet ik ze op een rijtje: (1) veel veranderingen (2) een soort geïnstitutionaliseerd wantrouwen waardoor een toenemend big brothergevoel ontstaat (3) een toename van de middelpuntvliedende krachten ten opzichte van de patiënt (4) ontmoedigende contradicties. Daarin schuilen vier uitdagingen: (1) een kleiner aantal veranderingen efficiënt en werkelijk implementeren (2) het aantal controle- en evaluatiemechanismen niet nodeloos verhogen, zodat terug een huis van vertrouwen ontstaat (3) de nadruk leggen op de corebusiness van een ziekenhuis (4) bemoedigende coherentie en enige bescheidenheid.

#### 1. Change: ja, maar hoe vaak?

Het eerste wat opvalt in het huidige ziekenhuis, zijn de veranderingen die het personeel ondergaat. Het woord 'ondergaat' is hier niet toevallig gekozen. Privé kunnen (en moeten) mensen veel meer dan vroeger zelf keuzes maken die hun leven beïnvloeden: consumptie, relaties, levensbeschouwing, job etc. Dat is positief, maar die verantwoordelijkheid om zelf een invulling aan hun leven te geven is een zware last, soms zelfs een overbelasting. Tegelijk 'ondergaan' ze veel vaker dan vroeger veranderingen die hun opgelegd worden en waarvoor ze niet kiezen,

met name op het werk. Want hoewel er vroeger ook veranderingen waren binnen werkstructuren, zijn deze nu veel frequenter. Dat geeft een dynamische indruk, maar misschien vinden we het net iets te gemakkelijk ‘normaal’. Enkele voorbeelden.

Denken we aan de informatisering in het voorbije decennium. Hoeveel energie en ergernis kost het ervaren personeelsleden, die vaak uitstekende zorgverleners zijn maar minder thuis zijn in de digi-taal dan de jonge generatie, om de programma's voor elektronisch dossierbeheer en de registratie van medicatie meester te worden? Op de koop toe worden die programma's vervolgens geüpgraded, wat weliswaar bedoeld is als een verbetering, maar opnieuw energie en tijd vergt. Niet dat je niet moet informatiseren, of dat dit op lange termijn geen tijdswinst betekent, maar het vraagt van heel wat mensen veel *verander-energie*. Bovendien is de winst vaak niet onmiddellijk zichtbaar en volgen de aanpassingen elkaar snel en vaak op. Men spreekt over de kinderziekten van een nieuw systeem alsof het om een tijdelijk, normaal en zelfs vruchtbaar fenomeen gaat. Soms lijkt het echter of we door de constante systeemwijzigingen nooit de immuniteit van volwassenen verwerven en steeds weer met koorts-, jeuk- en papeltoestanden te maken krijgen.

Denk aan uitdrukkingen als ‘toetsen en bijsturen’, waarmee veranderingen waarover zorgverleners twijfels hebben, er toch worden doorgeduwd; aan de flexibiliteit die tegenwoordig ‘vanzelfsprekend’ hoort bij de basiskwaliteiten van een werknemer. Wie durft nog toegeven dat hij of zij misschien niet zo flexibel is?

Er zijn veranderingen op het vlak van verbouwen en verhuizen. De definitie van een ziekenhuis is tegenwoordig blijkbaar ‘een plaats waar men verbouwt’. Elke verhuis brengt stress met

zich mee, vereist aanpassingen en deadlines die al dan niet gehaald worden, elke verbouwing zorgt voor geluidshinder.

Enkele jaren geleden werd het ziekenhuis in zorggroepen opgedeeld. Een kanteling, maar slechts een voorlopige, want daarna werd de grootste kanteling aangekondigd: de fusie. Die op til zijnde fusie dompelt ons ziekenhuis voor onafzienbare tijd in onzekerheid. Geen enkele dienst weet wat de concrete gevolgen zullen zijn: alles is nog mogelijk, niets lijkt echt vast te liggen. Hoeveel onzekerheid kun je als verantwoordelijke arts, hoofdverpleegkundige of zorgverlener dragen zonder nerveus of apathisch te worden? Uit onderzoek blijkt dat veel fusies mislukken omdat men de humane aspecten van een dergelijke, hoofdzakelijk economisch gemotiveerde, operatie steeds weer onderschat. In het ziekenhuis voel ik mij thuis bij mensen en in ruimtes die ik in de loop van de jaren heb leren kennen. Het dorp, de gemeenschap die ons ziekenhuis is, heeft een identiteit. Die identiteit – dat sociale weefsel – zal weldra verdwijnen. Eerst bouwt de mens het huis, vervolgens bouwt dat huis de mens. Wie moet verhuizen, wordt geraakt in wie hij of zij is. Hoeveel jaar duurt het om een nieuwe identiteit op te bouwen? Vinden de beleidsmakers die menselijke repercussies ‘uiteraard belangrijk’ of echt belangrijk?

De laatste jaren worden we geconfronteerd met nieuwe projecten die niet met de kern van onze zorg te maken hebben, waarvan voor veel mensen de meerwaarde niet duidelijk is en die vaak voor onnodige onrust en frustraties zorgen.

Verder zijn er de vele turn-overs. In de eerste plaats van patiënten (‘het bed is nog niet koud of...’), wegens de economisch levensbelangrijke bedbezetting en ligduur. Maar ook van personeel, om complexe redenen die mede te maken hebben met de

grotere vrijheid van het individu. Daardoor lijken veel inspanningen en investeringen in het onthaal en de vorming van personeel op een afdeling soms verloren energie. Diensten worden tijdelijk gesloten omwille van een tijdelijk verminderde capaciteitsbehoefte en efficiëntie. Maandenlang wordt het team dan over het ziekenhuis verspreid, wat voor teambuilding, motivatie en continuïteit van allerhande dienstspecifieke nursingcompetenties en -automatismen niet ideaal is.

Intussen vraagt het management om ‘lang betreden paden te verlaten en frisse ideeën een kans te geven’ en word ik overspoeld met tien hoofddoelstellingen. Het best herken ik mij in ‘passie voor de patiënt’, al betekent dat voor mij iets anders dan me laten leiden door een patiëntentevredenheidsonderzoek.

Ten slotte spelen al die veranderingen zich af in een ziekenhuis dat zoals alle structuren geëvolueerd is van een verzuilde structuur – diensten en ziekenhuizen die zoals zuilen medisch-technisch en ideologisch los van elkaar staan – naar een complexe externe netwerkstructuur met ontelbare verbindingen en mogelijkheden, zonder een echt centrum of identiteit en waar een aantal dingen door de mazen van het formele netwerk glipt.

Een deel van de geschetste veranderingen is ongetwijfeld onvermijdelijk, een ander deel niet. Sommige veranderingen worden als vooruitgang ervaren, andere niet. Veranderingen kunnen energie creëren, maar evengoed energie vreten. Door die nooit af latende veranderingen bestaat er voortdurend onzekerheid en spanning. Hoeveel veranderingen kunnen mensen aan? Welk type mensen kan dat aan? En wie die voortdurende veranderingen niet aankan, wie niet zo flexibel is, is die dan minder geschikt om te werken met zieken? Mensen in directie- en management-

functies hebben als taak veranderingen door te voeren, ze worden allicht op hun projecten en veranderingen geëvalueerd. Hoe meer directie- en managementleden, hoe meer veranderingen. Graag herinner ik aan het aloude filosofische principe: *'Entia non sunt multiplicanda sine necessitate'*. Vrij vertaald: drijf het aantal veranderingen en nieuwe projecten niet nodeloos op; onderschat de efficiëntie niet van een werkklimaat waarin een zekere rust heerst.

Wie niet verandert, staat stil en wie stilstaat, gaat eigenlijk achteruit, zult u misschien zeggen. De tijd van het blinde vooruitgangsgeloof is evenwel voorbij. Niet elke verandering betekent automatisch vooruitgang of een win-winsituatie. Denk aan de opwarming van de aarde, het resultaat van menselijk ingrijpen en een eerst lang ontkende maar nu toch algemeen aanvaarde realiteit. Zo ook kunnen bepaalde ingrepen van het management het werkklimaat onherroepelijk schaden. Enige voorzichtigheid is absoluut geboden.

Ondanks de attenties die we nu en dan krijgen, overheerst de indruk dat het 'nooit genoeg' is. Is het weleens 'goed genoeg'? Als arts die dagelijks de ziekenkamers binnenkomt, vang ik al meer dan vijftien jaar flitsen op van de eindeloos durende Amerikaanse soap *Mooi en meedogenloos*. Het is een beetje een beeld zoals werken in een ziekenhuis: steeds zijn er nieuwe verwickelingen en spanningen. We zijn veroordeeld tot levenslang zoeken, een zoektocht die ons veeleer tevreden maar moe, dan moe maar tevreden achterlaat. Laten we dus voorzichtig zijn met het voortdurend inspelen op nieuwe trends en ons streven naar perfectie. *Le mieux est l'ennemi du bien!*<sup>3</sup>

3. Voltaire in Dictionnaire Philosophique (1764).