

Invloed op het besluitvormingsproces door medisch specialisten en managers



Door Anna Bouma

Rotterdam, 22 augustus 2007

Invloed op het besluitvormingsproces door medisch specialisten en managers

Datum	22 augustus 2007
Auteur	Anna Gretha Bouma
Adres	Eerste Emmastraat 16 A 2012 GG Haarlem
Studentnummer	297856
Onderwijsinstelling	Erasmus Universiteit Rotterdam Beleid en Management Gezondheidszorg
Opleiding	Master Zorgmanagement
Afstudeerrichting	De rol van het onbewuste in veranderingsprocessen in de zorg
Afstudeerdocent	Drs. A. Weggelaar- Jansen MCM
Meelezer	Dr. A. Goossensen

Samenvatting

In de gezondheidszorg zijn organisaties onderhevig aan allerlei veranderingen. Hierdoor vinden verschillende besluitvormingsprocessen plaats waarin allerlei beslissingen genomen worden. Belangengroepen beïnvloeden deze besluitvormingsprocessen zodat zij elkaar en de uitkomsten van het proces proberen te beïnvloeden. In dit onderzoek is onderzocht hoe machtsbronnen en invloedfactoren bewust en onbewust door medisch specialisten en managers worden gebruikt in besluitvormingsprocessen. Macht in organisaties is een sociaal proces waarin partijen elkaar beïnvloeden. Ook bestaat er een ongelijke kans op het realiseren van wensen en belangen. Door het bezit van machtsbronnen kan invloed uitgeoefend worden op deze processen. Onbewust vindt ook beïnvloeding plaats door middel van de lichaamstaal. In het onderzoek is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Tijdens bijeenkomsten is door middel van observaties en geluidsopnamen invulling gegeven aan de onderzoeksmethoden.

In dit onderzoek wordt duidelijk dat medisch specialisten de rechtsbron, informatiebron en deskundigheidsbron aanwenden vanwege hun positie, kennis en vaardigheden. Personen kunnen doordat zij beschikken over machtsbronnen invloed uitoefenen. Medisch specialisten doen dit door gebruik te maken van de bewuste invloedfactoren 'rationeel overtuigen,' 'legitimeren' en 'druk uitoefenen.' Managers daarentegen wenden volgens het onderzoek vooral de informatiebron aan. De rechtsbron wordt meestal door de voorzitter gebruikt. Zij oefenen op het besluitvormingsproces invloed uit door gebruik te maken van 'rationeel overtuigen.'

Tevens zijn de onbewuste invloedfactoren van de medisch specialisten in dit onderzoek geanalyseerd. Een aantal veranderingen vinden plaats wanneer medisch specialisten invloed uitoefenen op het proces. Een van de aspecten die uit de analyse naar voren is gekomen, is dat medisch specialisten rechtop gaan zitten en vaker oogcontact maken wanneer belangrijke onderwerpen in de bijeenkomsten worden besproken. Door deze lichaamshouding aan te nemen zijn ze machtiger en oefenen daardoor onbewust invloed uit op het besluitvormingsproces. Ook gaat het volume van de stem omhoog en de snelheid van de stem wordt langzamer. De toonhoogte verandert naar een variërende hoogte.

Een derde uitkomst van het onderzoek is dat een relatie is gelegd tussen een aantal invloedfactoren en machtsbronnen. Zo is naar voren gekomen dat de invloedfactor 'rationeel overtuigen' vaak wordt gebruikt bij het aanwenden van de deskundigheidsbron en informatiebron. Een andere relatie die gevonden is, is het gebruik van invloedfactoren 'legitimeren' en 'druk uitoefenen' bij het aanwenden van de rechtsbron.

Dit onderzoek bevat verschillende inzichten in de manier waarop medisch specialisten en managers elkaar beïnvloeden. Ook zijn ten aanzien van de medisch specialisten bepaalde inzichten in de onbewuste gedragingen gevonden.

Summary

Organisations in healthcare are subjected to many changes. As a result of these changes, several decision-making procedures take place in which all kinds of decisions are made. Stakeholders influence these procedures in order to manipulate each other and, ultimately, the decision itself. This paper analyses how medical specialists and managers consciously and subconsciously use certain sources of power and factors of influence in decision-making processes. Power in organisations is a social process in which parties influence each other, and in which there is an unequal chance of realising one's wishes and interests. Having sources of power enables a person to influence these processes. Subconsciously, influence is also realised through body language. In this paper, qualitative research methods have been used. During meetings, observations and tape recordings were used to implement these methods.

This research shows that medical specialists use the law source, the information source and the knowledge source to influence the decision-making process, because their hierarchical position, their knowledge and skills allows them to. Medical specialists use these methods specifically by using conscious factors of influence as 'rational influencing', 'legitimizing' and 'pressuring'. However, according to this research, managers mainly use the information source. The chairman of the meetings often uses the law source. Managers influence the decision-making process mainly through the use of 'rational influencing'.

Additionally, this paper analyses the use of subconscious factors of influence by medical specialists. A number of changes take place whenever medical specialists influence the decision-making process. According to this research, medical specialists sit upright and more often make eye-contact whenever important subjects are discussed in the meetings. Using these body positions makes them more powerful and capable of influencing the decision-making process more thoroughly. In addition to this, the volume of their voice increases and the speed of their speech drops. Also, the pitch of their voice changes to a more varied variant.

A third finding of this research is that there is a relationship between a number of factors of influence and sources of power. The factor of influence 'rational influencing' is often used whenever the knowledge source or the information source is applied. Another relationship that can be drawn on the basis of this research is that the use of factors of influence 'legitimise' and 'pressuring' is often coupled with the use of the law source.

This paper shows how medical specialists and managers influence each other in the decision-making process. Additionally, this paper shows the subconscious behavioural patterns in the way to medical specialists influence the process.

Inhoudsopgave

Onderwerp	Pagina
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
Hoofdstuk 2 Context van het onderzoek	
Paragraaf 2.1 Algemene beschrijving van het Kennemer Gasthuis	9
Paragraaf 2.2 Context van het project “bedden”	9
Paragraaf 2.3 Context van de bijeenkomsten	10
Hoofdstuk 3 Theoretisch kader	
Paragraaf 3.1 Besluitvormingsprocessen	12
Paragraaf 3.2 Definitie macht en invloed	13
Paragraaf 3.3 De context van de medisch specialist	14
Paragraaf 3.4 Bewuste en onbewuste macht en invloed	15
Paragraaf 3.5 Machtsbronnen en invloedstactieken	18
Hoofdstuk 4 Onderzoeksraamwerk	
Paragraaf 4.1 Algemene onderzoeksraamwerk	21
Paragraaf 4.2 Dataverzameling	22
Paragraaf 4.3 Data-analyse	23
Paragraaf 4.4 Context van de onderzoeker	24
Hoofdstuk 5 Resultaten	
Paragraaf 5.1 Machtsbronnen van medisch specialisten	25
Paragraaf 5.2 Machtsbronnen van managers	26
Paragraaf 5.3 Bewuste invloedsfactoren van medisch specialisten	27
Paragraaf 5.4 Bewuste invloedsfactoren van managers	29
Paragraaf 5.5 Patronen in de bijeenkomst	
Paragraaf 5.5.1 Bijeenkomst één	30
Paragraaf 5.5.2 Bijeenkomst twee	32
Paragraaf 5.5.3 Bijeenkomst drie	34
Paragraaf 5.6 Patronen machtsbronnen en invloedfactoren	37
Paragraaf 5.7 Onbewuste invloedsfactoren van medisch specialisten	
Paragraaf 5.7.1 Houding	38
Paragraaf 5.7.2 Aanraking	40
Paragraaf 5.7.3 Manoeuvreren met ruimte	41
Paragraaf 5.7.3 Stem	42
Hoofdstuk 6 Conclusie en discussie	
Paragraaf 6.1 Conclusie	44
Paragraaf 6.2 Discussie	45
Hoofdstuk 7 Aanbevelingen	
Paragraaf 7.1 Aanbevelingen medisch specialisten en management	47
Paragraaf 7.2 Aanbevelingen voor nader onderzoek	48
Bronvermelding	50
Bijlagen	53

Hoofdstuk 1 Inleiding

In de gezondheidszorg zijn organisaties onderhevig aan allerlei veranderingen. Hierdoor vinden verschillende soorten besluitvormingsprocessen plaats. Belangengroepen proberen deze processen te beïnvloeden zodat zij andere belangengroepen en de uitkomsten van het proces beïnvloeden. In het Kennemer Gasthuis moet vanwege budget overschrijding een efficiëntieslag gemaakt worden. Verschillende maatregelen worden getroffen om deze slag te kunnen maken. De komende tijd wordt hierover in samenspraak met verschillende partijen, managers en medisch specialisten, besloten. In dit onderzoek wordt de rol van medisch specialisten en manager geanalyseerd. Op welke manier beïnvloeden zij het besluitvormingsproces? Van welke machtsbronnen maken de medisch specialisten en managers gebruik? De kennis over dit onderwerp met betrekking tot medisch specialisten is gering. Adviseurs maken gebruik van inspireren, consulteren en rationeel overtuigen als aangewende beïnvloedingsfactoren in fundamentele veranderingsprocessen (Boonstra 1997). Ook lijnmanagers, stafmedewerkers en OR-leden maken gebruik van deze factoren (Boonstra 2003). In dit onderzoek wordt bekeken of medisch specialisten deze beïnvloedingsfactoren ook gebruiken. Tevens wordt gekeken naar de rol van het onbewuste in dit proces van beïnvloeding. Het onbewuste aspect van macht en beïnvloeding zijn door diverse studies belicht (Boonstra 2003, Boonstra 1997, Bragg 1996, Fast 1982), maar weinig in relatie tot de medisch specialist.

Het doel van deze gevalstudie is om te onderzoeken wat medisch specialisten in de ziekenhuissector gebruiken als beïnvloedingsfactoren bij besluitvormingsprocessen. Dit onderwerp is van belang, omdat het vaak gesteld wordt dat medisch specialisten een relatief grote invloed hebben op de besluitvorming in een ziekenhuis. Een vraag die hierbij gesteld kan worden is: Op welke manier oefenen zij deze invloed uit? In de praktijk komt de onderzoeker deze vraag bijna dagelijks tegen. Door inzicht te krijgen in dit onderwerp wordt het duidelijk op welke manier medisch specialisten een besluitvormingsproces proberen te beïnvloeden. Managers zouden hierdoor met kennis kunnen inspelen op de beïnvloeding van medisch specialisten. Ook is het onderzoek daarom van wetenschappelijk belang.

In dit onderzoek wordt de volgende hoofdvraag beantwoord: Op welke wijze zullen medisch specialisten onbewust en bewust invloed uitoefenen tijdens het besluitvormingsproces van het project "bedden" in het Kennemer Gasthuis? Het is van belang om allereerst duidelijk te krijgen vanuit welke machtsbronnen specialisten handelen. Deze bronnen kunnen gebruikt worden om tijdens het beïnvloeden opvattingen, gevoelens en gedragingen te veranderen. Hiervoor is de volgende deelvraag opgesteld; Van welke machtsbronnen maken medisch specialisten gebruik tijdens de bijeenkomsten van het project "bedden" in het Kennemer Gasthuis? De tweede deelvraag wordt als volgt beschreven: Van welke machtsbronnen maken de managers gebruik van tijdens de bijeenkomsten? De verschillende machtsbronnen worden in het theoretisch kader beschreven. Verondersteld wordt dat de machtsbronnen van medisch specialisten afwijkend zijn aan die van managers. Daarnaast wordt verondersteld dat het gebruik van de verschillende machtsbronnen van invloed is op elkaar. Dit houdt in dat machtsbronnen personen de mogelijkheid geven om invloed uit te oefenen op het besluitvormingsproces. Hieruit volgt de vierde deelvraag; Wat voor bewuste

invloedstactieken gebruiken medisch specialisten tijdens de bijeenkomsten van het project “bedden” in het Kennemer Gasthuis? Deze vraag wordt ook in het theoretisch kader verder uitgewerkt. Ook de invloedfactoren die managers gebruiken wordt in dit onderzoek bekeken. De vijfde deelvraag luidt hierdoor als volgt: Welke bewuste invloedfactoren gebruiken managers tijdens de bijeenkomsten van het project “bedden” in het Kennemer Gasthuis? In deze scriptie wordt tevens het onbewuste aspect van beïnvloeding onderzocht. De laatste deelvraag is daarom als volgt; Hoe beïnvloeden medisch specialisten via non-verbale aspecten onbewust het project “bedden”?

In dit verslag wordt een kwalitatief onderzoek over de machtsbronnen en invloedfactoren van medisch specialisten en managers bij besluitvormingsprocessen in het Kennemer Gasthuis beschreven. De opbouw van de scriptie bestaat uit de volgende onderdelen: Eerst wordt in het tweede hoofdstuk de context beschreven waar het onderzoek plaats vindt. In het derde hoofdstuk wordt het theoretisch kader uitgewerkt over macht en invloedfactoren. Ook wordt in dit hoofdstuk het onderwerp onbewust beïnvloeden beschreven. De onderzoeksmethoden, de dataverzameling en de methode van analyse worden daarna in hoofdstuk vier behandeld. In het vijfde hoofdstuk staan de resultaten van het onderzoek beschreven. De discussie en conclusie die hieruit volgen worden in het zesde hoofdstuk beschreven. Als laatste volgt een aanbeveling uit het onderzoek wat gedaan is.

Hoofdstuk 2 Context van het onderzoek

Hieronder wordt de situatie met betrekking tot het besluitvormingsproces rondom het project bedden van het Kennemer Gasthuis beschreven. Eerst wordt een korte schets gegeven over de organisatie het Kennemer Gasthuis. Daarbij wordt in grote lijnen de bestuurlijke organisatie toegelicht. Als tweede wordt het project beschreven dat als casus dient voor het onderzoek. Als laatste wordt de context van de geanalyseerde bijeenkomsten beschreven.

Paragraaf 2.1 Algemene beschrijving van het Kennemer Gasthuis

Het KG is een perifeer ziekenhuis in het Kennemerland. Er werken in totaal 2500 medewerkers en 165 medisch specialisten. Het ziekenhuis beschikt over in totaal 852 erkende bedden en bestaat uit twee verschillende locaties (noord en zuid). Locatie Noord bestaat uit de polikliniek-, short stay en dagbehandeling- afdelingen. Deze locatie wordt ook wel kortverblijf ziekenhuis genoemd. Locatie Zuid bestaat uit polikliniek-, dagbehandeling- en de kliniek afdelingen. Op deze locatie wordt de complexe zorg geboden voor patiënten.

Het dagelijks bestuur van het KG wordt gevormd door de directie die daarbij ondersteuning krijgt van de divisie managers. In bijlage één wordt het organogram weergegeven. Directie en de medische staf geven invulling aan het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Het ziekenhuis en de medische staf geven samen vorm aan de integrale dienstverlening aan de patiënt. Hierbij zijn de medisch specialisten verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de patiënt. De directie en het management zijn verantwoordelijk voor de leiding en continuïteit van de organisatie. Deze bestuurlijke constructie wordt ook wel duale management structuur genoemd (Boot & Knapen 2005).

Paragraaf 2.2 Context van de projectgroep

Het besluitvormingsproces dat onderzocht wordt gaat over de sluiting van een derde afdeling in het Kennemer Gasthuis. Een jaar eerder zijn al twee afdelingen gesloten vanwege budgetoverschrijding. De hieronder beschreven informatie is afkomstig van interne documenten die opgesteld zijn door de divisie manager heelkunde en beschouwende vakken en door afdelingshoofden. De opdrachtgever is de Raad van Bestuur. De leden van deze projectgroep bestaan uit de volgende personen; divisie manager heelkunde en beschouwende vakken (voorzitter), drie medisch specialisten en vijf verpleegafdelingshoofden. De opdracht is geformuleerd door de divisie manager naar aanleiding van de kaderbrief waarin staat dat een sluiting van een derde verpleegafdeling een van de maatregelen is om te komen tot een sluitende begroting in 2007. In een interne memo van 14 december 2006 worden een aantal uitgangspunten (tevens kritische succesfactoren) benoemd. Dit gaat om de volgende punten: meer dagverpleging op locatie Noord, beter benutten van de shortstay (Noord) en verkorting van ligduur in de klinieken. Deze uitgangspunten worden volgens de memo nog niet genoeg benut. Naar aanleiding van deze memo is een projectgroep gevormd om aan deze uitgangspunten verdere vorm en inhoud te geven. In de memo "eerste verkenning benutting en alternatieven dagbehandeling" van 16 januari 2007 worden enkele gegevens beschreven die van belang zijn voor het besluitvormingsproces.

- De bezetting van de short-stay afdeling op locatie Noord is tot en met oktober 76,5% geweest op basis van 5 werkbare dagen per week. Er vindt een inventarisatie plaats met de snijdende vakken chirurgie, KNO, Mond/Kaak chirurgie, gynaecologie en urologie aan het gebruik van de OK op Noord.
- De afdeling dagbehandeling op locatie Zuid heeft een bezettingspercentage van 83% over het gehele jaar op basis van 5 werkbare dagen. Op locatie Noord is dit bezettingspercentage 87%. In de memo staat dat een bezetting tussen de 125% en de 150% op dagverplegingafdelingen tegenwoordig als acceptabel worden ervaren.
- Geriatrie groeit klinisch niet volgens de verwachtingen. Hierdoor zijn 7 bedden fysiek beschikbaar.
- Ouderenzorg is een grijs gebied tussen de geriaters en internisten. Een samenwerking tussen beiden moet worden onderzocht.
- Uit een onderzoek dat in 2005 is gehouden blijkt dat de logistiek en planning rond cytostaticabehandelingen matig verloopt (memo 2007). Ervaringen in het land hebben geleerd dat voordelen te behalen zijn met het koppelen van de oncologie-dagbehandeling met de klinische oncologie.

De projectopdracht bestaat uit de volgende vraag: “Zo efficiënt mogelijke ordening van het aantal bedden op Noord en Zuid die recht doet aan de kwalitatieve en kwantitatieve zorgvraag en productieafspraken voor 2007” (Interne memo 2007).

Paragraaf 2.3 Context van de bijeenkomsten

In deze paragraaf wordt de context beschreven van de verschillende bijeenkomsten, zodat het kader helder is waarin de data- verzameling zich afspeelde. Tevens is dit van belang voor het interpreteren van resultaten van de bijeenkomsten.

De divisie manager is tijdens alle bijeenkomsten aanwezig en tevens de voorzitter. Een agenda is voor iedere bijeenkomst van te voren opgesteld door de divisie manager. In bijeenkomst één zijn vier afdelingsmanagers en twee medisch specialisten aanwezig. De afdelingsmanagers worden in het vervolg als managers weergegeven. Voor de vergadering is een interne memo opgesteld door de divisie manager in overleg met de andere managers. Het doel van deze memo is een verdere verkenning van de benutting van de klinische beddenverdeling. De opdracht voor de projectgroep is de vraag die hierboven beschreven is. Deze memo is verspreid via de email zodat deze van te voren gelezen is. De volgende onderwerpen worden tijdens de bijeenkomsten behandeld. Het eerste onderwerp gaat over de cytostatica behandelingen gegeven door de internist oncologen. Het plan is om alle cytostaticabehandelingen van drie oncologen te koppelen aan één afdeling. Hierdoor moet ruimte gemaakt worden op de oncologie afdeling waardoor voor acht interne bedden een oplossing gevonden moet worden. Het idee is om deze bedden te verplaatsen naar de afdeling geriatrie waar plek is voor zeven bedden. Dit plan is ontstaan vanwege het grijze gebied waar interne en geriatrie beiden in werken. Het tweede onderwerp gaat over het onderbrengen van de MDL dagverpleging bij de MDL klinische afdeling. In de memo staat dat verdere inventarisering nodig is om dit in gang te zetten. Een laatste onderwerp dat besproken wordt gaat over de verschuiving van de dagverpleging van Zuid naar Noord. Een oplossing moet gevonden worden voor een vijftal snijdende dagverplegingbedden op Zuid.

Tijdens de tweede bijeenkomst zijn vijf managers, één divisiemanager en drie medisch specialisten aanwezig. Dit zijn dezelfde personen als bij de eerste bijeenkomst. Wel is er een manager en een medisch specialist bijgekomen. Tijdens deze bijeenkomst is geen memo van te voren via de email verstuurd omdat de plannen inhoudelijk niet veranderd zijn. De onderwerpen voor de vergadering zijn hetzelfde als in de voorgaande bijeenkomst, net als het doel van de bijeenkomst. Een oplossing moet gevonden worden voor de acht interne bedden. Ook wordt de ligduur tot februari besproken. Verder komt het onderwerp van voortgang van de verschuiving van dagbehandelingbedden van Zuid naar Noord aanbod.

In de derde bijeenkomst zijn één divisiemanager, vier managers en twee medisch specialisten aanwezig. Een aantal verschillende onderwerpen zijn in de bijeenkomst behandeld en van te voren uitgewerkt in een memo. De interne memo is van te voren via de email verstuurd. Deze is samengesteld door de divisiemanager in samenspraak met de managers. In deze bijeenkomst is het doel verandert ten opzichte van de vorige. Het doel van deze bijeenkomst is om de gevonden oplossingen voor het beddenprobleem te bespreken. In de memo staan de plannen die ontwikkeld zijn met betrekking tot de onderwerpen die in de vorige bijeenkomsten zijn behandeld. Het eerste onderwerp van de memo gaat over de concentratie van alle cytostaticabehandelingen van de internisten. Geen oplossingen zijn gevonden voor de acht bedden die overbleven na het koppelen van deze behandelingen aan een afdeling. Een tweede onderwerp is de overheveling van zoveel mogelijk niet complexe beschouwende dagbehandelingen naar Noord (Memo 2007). In de memo staat vermeld dat alle betrokken specialismen hierover ingelicht zijn. De samenwerking van de internisten en geriateren is als derde onderwerp behandeld. Op dit moment is onvoldoende basis voor verdere samenwerking tussen beiden. Het laatste onderwerp gaat over de chirurgie. De mogelijkheid om een shortstay afdeling voor snijdende en beschouwende specialismen op locatie Zuid te maken blijkt niet voldoende financieel effect te hebben. Een ander plan is ontstaan vanwege de verdere ligduurreductie van de chirurgie. Het huidige aantal bedden van de chirurgie bedraagt 95 op beide locaties waarvan op dit moment 89 bedden worden gebruikt. Daarnaast zijn de laatste maanden twee zorgpaden ontwikkeld met betrekking tot de colonchirurgie en heupfracturen waardoor een beoogde ligduurreductie van gezamenlijk 18 bedden aangenomen wordt. In de memo staat vermeld dat deze op grond van de werkelijke ligduur ontwikkeling wordt gereduceerd. Door deze aantallen op te tellen wilt het management één afdeling van 24 bedden sluiten.

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van de onderzoekssetting, het ziekenhuis Kennemer Gasthuis. Ook is de context van het onderzoek beschreven aan de hand van interne documenten. Daarnaast is een weergave van de inhoud van de bijeenkomsten die gebruikt zijn voor de dataverzameling. In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader uitgewerkt.

Hoofdstuk 3 Theoretisch kader

Ruim zeventig procent van de veranderingen lopen vroegtijdig vast of leveren niet het beoogde resultaat op in Nederlandse organisaties (De Caluwé et al 2005: 115). In de gezondheidszorg zijn instellingen onderhevig aan allerlei veranderingen, zowel van binnenuit geïnitieerde als vanuit buiten opgelegde veranderingen. Ziekenhuizen zijn vanwege de belangentegenstellingen die er heersen vooral politieke organisaties (Poucke 1995: 43, Fehse 2002: 23). In deze organisaties is een systeem werkzaam dat meer volgens de lijnen van de sociale arena opereert. Een kenmerk van dit systeem zijn de belangentegenstellingen, posities van de verschillende coalities en de eventuele conflicten die hieruit voortkomen (Poucke 1995: 43). Vanuit het machtsperspectief dat Boonstra (2000) benoemt in zijn oratie “lopen over water” wordt dit verklaard doordat bestaande machtsverhoudingen en krachten in de organisatie de bestaande verhoudingen in stand willen houden. De verschillende partijen richten zich op het veiligstellen van eigen belangen, doelstellingen en machtsposities. Om een verandering kans van slagen te geven is het van belang dat de manager zich bewust is van het machten- en krachten spel dat zich afspeelt in de organisatie.

In de ziekenhuissector zijn veel partijen betrokken bij de zorgorganisatie. Enkele voorbeelden hiervan zijn; medisch specialisten, cliëntenorganisaties, ondernemingsraad, externe partijen, enz. Al deze partijen hebben eigen doelen die ze willen verwezenlijken. Ook binnen deze groepen spelen persoonlijke doelen een rol waarom zij bepaalde dingen wel of niet willen doen (Van der Krogt en Vroom 1995: 33). Hierdoor wordt er in organisaties veel invloed uitgeoefend om bepaalde dingen voor elkaar te krijgen of juist niet. Binnen organisaties geldt dat macht het potentiële vermogen is om de besluitvorming te beïnvloeden (Munduate & Bennebroek Gravenhorst 2003). Onderzoek heeft aangetoond dat er verschillende vormen van macht en beïnvloeding zijn (Bennebroek Gravenhorst & Boonstra 1997). Het onderwerp macht en invloed uitoefenen wordt beschreven in de organisatieliteratuur. Deze onderzoeken hebben zich vooral gericht op het perspectief van managers, stafmedewerker en adviseurs. Dit onderzoek richt zich op de machtsbronnen en op de invloedfactoren die medisch specialisten en managers in besluitvormingsprocessen gebruiken. Allereerst wordt het besluitvormingsproces in een ziekenhuis beschreven.

Paragraaf 3.1 Besluitvormingsprocessen

Van der Krocht en Vroom geven een aantal besluitvormingsmodellen weer in hun boek *organisatie is bewegen* (1995: 206-215). In een besluitvormingsproces worden verschillende beslissingen genomen. Deze beslissingen hebben gevolgen voor de organisatie en haar leden. Omdat organisatieleden directe of indirecte belangen (of uitgesproken meningen, zoals medisch specialisten) hebben willen zij zich met deze beslissingen bemoeien (Van der Krocht en Vroom 1995: 201). Een van de besluitvormingsmodellen is de arena / het politieke -model. Dit model wordt in dit onderzoek gebruikt om de machtsbronnen en invloedfactoren te behandelen. In dit model hebben partijen verschillende belangen en zullen zij proberen de besluitvorming te beïnvloeden. In belangrijke mate lopen beslissingen parallel aan de belangen van de machtigste partij of een coalitie van machtige partijen (ibid). In het besluitvormingsproces kan de machtsbalans anders lopen dan in de algemene organisatiecontext (Fehse 2002: 50). Volgens Mintzberg heeft de professionele bureaucratie

een vrij platte structuur, waarin de uitvoerende kern vrij groot is. Het middenkader is niet sterk ontwikkeld in deze structuur. Kenmerk van een professionele bureaucratie is een sterke positie van de medisch specialisten in de uitvoerende kern. Door het gespecialiseerde karakter van het werk van de medisch specialisten houden zij controle over hun eigen werk. In het verloop van het besluitvormingsproces spelen rollen als onderhandelen, coalitievormen en het gebruik van strategieën een belangrijke rol (Van der Krocht & Vroom 1995). Deze worden verder in de volgende paragrafen uitgewerkt.

In deze paragraaf is het besluitvormingsproces beschreven van een ziekenhuis. Hierbij is gebruik gemaakt van de theorie van Mintzberg en die Van der Krocht en Vroom. Allereerst wordt een duidelijke definitie beschreven van macht en invloed.

Paragraaf 3.2 Definitie macht en invloed

Medisch specialisten zijn belangrijke spelers in besluitvormingstrajecten die relatief veel macht hebben in gezondheidszorgorganisaties. In de organisatiekunde en de psychologie is onderzoek gedaan naar beïnvloedingsfactoren en macht in organisaties (Bennebroek Gravenhorst & Boonstra 1997, Terpstra- Tong & Ralston 2005, Munduate & Bennebroek Gravenhorst 2003). Om duidelijkheid te krijgen wordt eerst een definitie gegeven van de termen macht en invloed tactieken.

De betekenis van de term "Macht" behoort tot de meest complexe en meest betwiste begrippen uit de sociale wetenschappen (Stoopendaal & van der Scheer 2004). Het is van belang dat een eenduidige definitie wordt gebruikt. Hieronder volgen vijf betekenissen van macht die door verschillende auteurs gebruikt worden.

Als eerste wordt de relationele benadering van macht beschreven. Hierin wordt macht gezien als een eigenschap van een relatie waarin een ongelijke verhouding bestaat tussen mensen (Stoopendaal & Van der Scheer 2004, Bachrach & Baratz 1970: 21). Macht bestaat volgens deze definitie alleen in relaties en wordt geuit in actie. Dit manifesteert zich in machtstechnieken, praktijken en procedures. De machthebbers bepalen wat er wel en niet mag (Doorewaard 1989). Volgens Doorewaard is macht een bijzondere vorm van gedragsregulering. Een tweede vorm van macht is de volgende; macht is het vermogen om het resultaat van de organisatie te beïnvloeden (Mintzberg 1983, Van der Krocht en Vroom 1995: 165). Het is de capaciteit tot het realiseren van doelen. De derde betekenis van macht beschrijft Mulder (In: Kil 2004, Boonstra 2004). Hierin stelt hij vast dat macht niet absoluut bepaald wordt door de positie van de ander (zoals wel in de eerste definitie wordt beweerd), maar dat macht altijd een machtsrelatie is (ibid). Dit houdt in dat macht de capaciteit is tot het beïnvloeden van gedragingen en de loop van gebeurtenissen te bepalen. De vierde vorm is de meer intuïtieve benadering. Lammers beschrijft macht als een 'drijfkracht' of 'energie' (In: Stoopendaal & Van der Scheer 2004). De hoeveelheid macht van een persoon kan hiermee beschreven worden (ibid). Schrijvers (2002: 84) noemt deze macht ook wel betoveringsmacht. Door middel van symbolen, spektakel en retoriek kunnen mensen beïnvloed worden. Een voorbeeld dat Schrijvers aanhaalt is de architectuur van een bedrijf. Hij beschrijft dat de aankleding van een bedrijf op subtiele wijze de gemoedstoestand van de werknemers bepaalt. De laatste vorm van macht, tevens de vijfde, is dat gelegitimeerde machtsuitoefening berust op instemming. Dit houdt in dat macht een vorm van erkenning is

(ibid). Op basis van bijvoorbeeld iemands bekwaamheid worden machtsdoelen en -middelen aanvaard (Stoopendaal & Van der Scheer 2002).

Uit deze opsomming van betekenissen zijn de volgende aspecten meegenomen in de definitie van macht voor dit onderzoek. Een van deze aspecten gaat over dat macht een machtsrelatie is. Doordat personen macht hebben kunnen zij andere personen beïnvloeden door hun opvattingen, gevoelens en gedragingen te veranderen. Een ander aspect dat meegenomen wordt gaat over de ongelijke kans tot het realiseren van de wensen en belangen. Hieronder wordt de definitie van macht beschreven die in het onderzoek wordt gehandhaafd.

Macht en invloed uitoefenen zijn begrippen die een duidelijke definitie nodig hebben om het verschil te laten zien tussen beiden (Munduate & Bennebroek Gravenhorst 2003). In dit onderzoek wordt deze indeling van beiden begrippen ook aangehouden. Macht wordt als volgt gedefinieerd; Macht in organisaties is een sociaal proces waarin opvattingen, gevoelens en gedragingen van partijen elkaar beïnvloeden en er een ongelijke kans bestaat op het realiseren van wensen en belangen (Boonstra 2003). Macht is dus het repertoire dat men kan aanwenden. Het is een latent vermogen dat geactiveerd moet worden door andere processen (Bragg 1996:54, De Caluwé et al 2005). Door deze definitie vindt een duidelijke scheiding plaats tussen macht en invloed. Het bezit van machtsbronnen geeft actoren de mogelijkheid om invloed uit te oefenen (ibid). Onder invloed uitoefenen (beïnvloeding) wordt het daadwerkelijke gebruik van bepaald gedrag in een specifieke situatie verstaan (Munduate & Bennebroek Gravenhorst 2003). Het activeren van macht berust dus op beïnvloeding. Beïnvloeding is een kracht die wordt gebruikt om iemand te veranderen. Personen kunnen pas echt machtig worden wanneer ze de vaardigheden hebben ontwikkeld die een centrale rol spelen bij het beïnvloeden van anderen (Bragg 1996:63).

In deze paragraaf zijn de definities van macht en invloed uitoefenen beschreven. Er is een duidelijke scheidingslijn getrokken tussen deze definities zodat er tijdens het onderzoek geen verwarring ontstaat over deze begrippen. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de rol van de medisch specialist.

Paragraaf 3.3 De context van de medisch specialist

In gezondheidszorg organisaties werken veel verschillende professionals samen. Voor het onderzoek is het van belang om de context waarin deze doelgroep functioneert te schetsen. In de literatuur wordt de professionalisering van beroepen uitgebreid beschreven (Freidson 2001, Stevens & Philipsen 2003 en Van der Heyden 1999). In het artikel van Freidson *The assault on professionalism* zijn een aantal kenmerken beschreven die professies ideaal typisch moeten hebben. Autonomie op kennis en vaardigheden beschrijft hij als eerste kenmerk van professionalisering van een beroep. Ook zijn ervarings- en oordeelsvermogen een vereiste van professioneel handelen (Noordergraaf & Meurs 2002). Deze kennis is van een hooggespecialiseerd karakter (Van der Heyden 1999). Als tweede kenmerk benoemt hij de controle van de beroepsgroep op de arbeidsverdeling. Een derde kenmerk van professionalisering is volgens Freidson de controle van de beroepsgroep op de arbeidsmarkt. Ook heeft de beroepsgroep in dit ideaal typische model de controle over de beroepsopleiding. Hiermee bepalen professies over welke expertise en competenties

professionals moeten beschikken en schermen met hulp van de staat de beroepsuitoefening af van externe invloeden (Noordergraaf & Meurs 2002). Ze eigenen zich het exclusieve recht toe om professioneel handelen te reguleren. Doordat de beroepsvereniging de normen opstelt die professionals later in hun werk gebruiken als richtlijnen zullen zij zich eerder identificeren met de vereniging dan met de organisatie zelf (De Caluwé et al 2005). Een laatste kenmerk dat Freidson benoemd in zijn artikel is de professionele ideologie. Dit zijn de standaarden en normen met betrekking tot de 'juiste professionele activiteiten' (het goede doen). Met deze kenmerken proberen professies te streven naar legitimering om hun maatschappelijke positie veilig te stellen (Noordergraaf & Meurs 2002). In de literatuur worden medisch specialisten, net als advocaten, gezien als het prototype van professionals (Freidson 2001, Noordergraaf & Meurs 2002, Van der Heyden 1999, Stevens & Philipsen 2003). Door de expertise van de medisch specialist over het primaire proces heeft deze een aanzienlijke controle over zijn eigen werk. Door veranderingen in de samenleving is de positie van de medisch specialist aan het veranderen. Hieronder wordt verder ingegaan op deze positie.

De medisch specialist heeft een bepaalde vrijheid van de maatschappij gekregen (binnen een al of niet in breed maatschappelijk kader vastgestelde ruimte) om op grond van wetenschappelijke kennis en inzichten diagnostische en therapeutische interventies te plegen (Van der Heyden 1999, Hulst & Tiems 1999: 41). In de loop van de tijd zijn pogingen ondernomen om de deskundigheidsmacht te verminderen (Meurs 1995). Andere groepen, zoals cliënten, managers, overheden en financiers, hebben zich steeds meer bemoeid met de taken van de medisch specialist. Hierdoor is de autonomie de laatste decennia sterk afgenomen, dit wordt ook wel deprofessionalisering genoemd (Stevens & Philipsen 2003). Hierbij is deze autonomie verschoven van de individuele specialist naar de maatschap en vervolgens van de maatschap naar de medische staf (Roodbol 2005). Voor individuele medisch specialisten is het medische domein niet meer te overzien. Binnen specialisaties zijn weer subspecialisaties ontstaan omdat de specialisaties zo breed werden (ibid). De medisch specialist wordt steeds meer gezien als een onderdeel van een grotere organisatie (Van der Heyden 1999). Dit is onder andere te zien in het wetsvoorstel integratie medisch-specialistische zorg. Deze wet weerspiegelt de wederzijdse afhankelijkheid tussen medisch specialisten en ziekenhuizen. Hierin wordt de professionele autonomie genoemd en ondergeschikt bevonden aan het algemeen bedrijfskader. De eindbeslissingsbevoegdheid ten aanzien van dit onderwerp berust bij het ziekenhuismanagement (ibid, Hulst & Tiems 1999, Boot & Knapen 2005: 124). Het zorginhoudelijke kader wordt door de medisch specialist bepaald. Het bestuur van het ziekenhuis is wel eindverantwoordelijke voor de geleverde zorg en de integrale kwaliteit daarvan (Boot & Knapen 2005: 125).

In deze paragraaf is de positie van de medisch specialist belicht. Deze groep heeft vanwege de historie een andere positie in gezondheidszorg organisaties dan andere beroepsgroepen.

Paragraaf 3.4 Bewuste en onbewuste macht en invloed

In deze paragraaf worden de verschillende vormen van macht beschreven. Ook wordt nader ingegaan op de onbewuste vorm van macht en invloed uitoefenen.

Macht kan direct plaatsvinden door het openlijk hanteren van positieve en negatieve sancties (Boonstra 2003). Hierbij gaat het over actieve en bewuste uitoefening van macht die voor

alle partijen duidelijk is. Deze vorm kan op verschillende manieren van belang zijn bij de machtsrelatie (Doorewaard 1989: 88). De sanctie kan als dreiging dienen, maar kan ook daadwerkelijk worden voltrokken. Een voorbeeld dat Doorewaard noemt is de dreiging van een gele of rode kaart in een voetbal wedstrijd. Ook kan macht indirect plaats vinden. Dit kan door middel van onderhandeling, open discussie en manipulatie (Dahl 1961, Bachrach & Baratz 1970: 37). Onderhandeling en open discussie vinden plaats in een redelijke mate van bewustzijn (Van der Vlist 1981: 101). Deze proberen gedragsverandering te bewerkstelligen door gedragsnormen ter discussie te stellen; opvattingen, gevoelens en gedragingen te veranderen door in een open discussie te bespreken (ibid: 101). Bij manipulatie handelt de ene partij bewust en actief, de andere partij is zich niet bewust van de manipulatie. Hierin zijn de belangentegenstellingen vermomd. Het lijkt alsof alle partijen dezelfde belangen hebben of dat de belangen van alle partijen dicht bij elkaar liggen, maar uiteindelijk blijkt dit niet zo te zijn (Doorewaard 1989: 91). Het is een schijnbare belangenovereenkomst (ibid). Een andere vorm van macht is het onbewuste proces, ook wel hegemoniale macht genoemd (Doorewaard: 91-92). Met het hegemoniale aspect van macht bedoelt Doorewaard het vanzelfsprekende karakter waarmee mensen in vele omstandigheden van het leven macht ondergaan en macht uitoefenen. Dit allemaal zonder dat zij bewust zijn van deze vorm van beïnvloeding. Mensen handelen naar eigen goeddunken en volgens de zelf geformuleerde belangen en wensen. Hierbij lijken hun eventuele belangentegenstellingen overwonnen. Achteraf blijkt dat een machtsproces heeft plaatsgevonden waarin belangen of wensen van de ene groep in grotere mate gerealiseerd zijn dan de belangen of wensen van de andere groep (Boonstra 2004). Een voorbeeld van deze vorm van macht is de verhouding van leraar en leerling, politieagent en burger. Hieronder staan de verschillende machtsvormen weergegeven.

Bewust	Openlijk	Direct	Afdwingen van gedrag door het hanteren van machtsmiddelen: sancties	Directe macht
		Indirect	Streven naar normverandering en verandering van opvattingen, gevoelens en gedragingen	Open discussie
			Streven naar belangenovereenstemming en realisatie van deelbelangen door het uitruilen van belangen	Onderhandeling
	Heimelijk	Indirect	Beïnvloeding van opvattingen, gevoelens en gedragingen door manipulatie met informatie of uitkomsten van gedrag	Manipulatie
Onbewust		Indirect	Instemming met een stelsel van regels en mechanismen waardoor het handelen wordt vormgegeven	Onbewuste macht

Tabel 1: Vormen van macht (Boonstra 2003)

Beïnvloeden is minder zichtbaar dan onverhulde macht. Dit betekent dat een onbewuste vorm van invloed uitoefenen aanwezig is (Fast 1982). Het uitoefenen van invloed is een proces dat subtiel en indirect is (Bragg 1998: 64). Onbewust worden gedachten en gevoelens gepresenteerd aan de ander. Op hun beurt reageert die andere daar weer op. Een voorbeeld hiervan is het ja-knikken wanneer iemand praat. Dit heeft een stimulerend effect en nodigt de ander uit om verder te spreken. Opvattingen, veronderstellingen en

waarden bepalen onze aanpak, onze houding en ons gedrag ten opzichte van de juiste handelswijze (ibid: 63). Deze aspecten geven vorm aan de indruk die we op anderen onbewust overbrengen. De vorm van onbewust invloed uitoefenen is de lichaamstaal. Lichaamstaal is wat wij met ons lichaam zeggen, bovenop datgene wat we met onze stem zeggen (Fast 1982: 106). Lichaamstaal kan ons gesproken woord versterken, benadrukken, overdrijven of in tegenspraak zijn met elkaar. Het is moeilijk om onwaarheden te spreken met lichaamstaal omdat deze taal meestal onbewust gesproken wordt (ibid). Hieronder worden verschillende aspecten van lichaamstaal beschreven waarmee iemand anderen beïnvloed. Hierbij is het van belang om te beseffen dat een enkel signaal niet veel hoeft te. Houding is een van deze aspecten. Door recht op te staan komt iemand zelfverzekerder over dan wanneer iemand in elkaar gedoken zit (Fast 1982: 105). Ook via aanraking vinden allerlei vormen van beïnvloeding plaats. Iemand met meer macht mag een ander meer aanraken (ibid: 114-115, Bragg 1996: 142). Een voorbeeld hiervan is de verpleegkundige die een patiënt troost door een arm over diegene heen te leggen, andersom zou dit niet gebruikelijk zijn. Aanraken kan verschillende betekenissen hebben afhankelijk van de cultuur. Ruimte of afstand is een ander aspect dat samenhangt met het beïnvloeden van mensen. Door dicht bij iemand te gaan staan worden andere reacties opgeroepen dan wanneer iemand verder weg staat (Melssen 2002). Ook dit aspect van lichaamstaal is afhankelijk van de cultuur (Bragg 1996: 143). De stem is ook een van de aspecten die binnen invloed uitoefenen een belangrijke rol heeft (Marwijk). Hierbij spelen nog verschillende factoren van belang: toonhoogte, resonantie, volume en snelheid. Een gezaghebbende stem is een stem die vanuit de borstkas spreekt, dieper van klank is en iets langzamer dan normaal spreekt (Fast 1982: 118).

Met lichaamstaal kun je door middel van oogcontact, manoeuvreren met ruimte, gebaren, aanraking en stem iemand onbewust beïnvloeden (Fast 1982, Marwijk, Melssen 2002). Kleine veranderingen in beweging, houding of toon kunnen enorme veranderingen in gedrag en reacties bij anderen bewerkstelligen (Melssen 2002). Door het verbeteren van de lichaamstaal overtuig je jezelf en daarmee de ander dat je machtig bent (Fast 1982: 107, Bragg 1996: 139).

Bewust	Openlijk	Direct	Het bewust beïnvloeden van opvattingen, gevoelens en gedragingen	Bewuste beïnvloeding
Onbewust	Openlijk	Indirect	Door het gebruik van lichaamstaal de opvattingen, gevoelens en gedragingen beïnvloeden (verbaal: stem en non-verbaal)	Onbewust beïnvloeden
	Heimelijk	Indirect	Het gebruik van invloedfactoren zonder dat personen door hebben dat ze deze gebruiken (onbewust)	Onbewust gebruiken van beïnvloeding

Tabel 2: Vormen van verschillende vormen van beïnvloeding gemaakt door de onderzoeker.

In tabel 2 wordt een overzicht weergegeven van de verschillende vormen van beïnvloeding. Personen beïnvloeden bewust besluitvormingsprocessen door opvattingen, gevoelens en gedragingen te beïnvloeden. Een tweede vorm van beïnvloeding is de lichaamstaal. Dit onderwerp is in de voorgaande alinea uitgebreid beschreven. Een derde vorm is het gebruik van invloedfactoren. Personen kunnen onbewust gebruik maken van invloedfactoren zonder

dat zij dit zelf weten. In dit onderzoek wordt het onbewust aanwenden van invloedfactoren buiten beschouwing gelaten.

In deze paragraaf zijn de verschillende vormen van macht weergegeven. Hierin is een verschil gemaakt tussen bewuste en onbewuste macht. In deze paragraaf gaat het voornamelijk over de volgende vragen: Welke verschillende vormen van macht zijn er? Hoe uiten medisch specialisten zich wanneer zij iemand onbewust beïnvloeden? In de volgende paragraaf worden de verschillende machtsbronnen en invloedfactoren benoemd.

Paragraaf 3.5 Machtsbronnen en invloedstactieken

In deze paragraaf wordt verder ingegaan op de verschillende machtsbronnen en de wijze waarop invloeduitoefening plaats vindt. In organisaties kunnen personen die een bepaalde taak uitvoeren zonder macht en invloed zijn of haar verantwoordelijkheden niet waarmaken (Boonstra 2004). Volgens Bragg (1996: 64) kan er zonder macht geen invloed uitgeoefend worden. Macht is een deel van elke organisatie. Alle organisatieleden kunnen invloed uitoefenen in de organisatie. Macht en invloed zijn met elkaar verbonden. Om invloed uit te oefenen moet elk machtsmiddel dat tot de beschikking staat benut worden (ibid). Van macht en invloed bestaan verschillende gradaties. Een persoon kan veel invloed hebben, maar een beperkte machtsbasis. Of juist andersom, een persoon kan juist veel machtsbronnen tot zijn beschikking hebben maar onvoldoende invloed om mensen over te halen. Alle organisatieprocessen worden door machtsverhoudingen beïnvloed. Deze verhoudingen komen ergens vandaan. Zij liggen ten grondslag aan bepaalde machtsbronnen. Het bezit van machtsbronnen geeft personen en groepen de mogelijkheid tot machtsuitoefening. Dit gaat om potentiële macht (men hoeft deze bronnen niet daadwerkelijk te gebruiken). Machtsbronnen geven ook zicht op de bijhorende instrumenten die iemand tot zijn beschikking heeft (Stoopendaal & Van der Scheer 2004). Net als van de definitie van macht zijn er opsommingen en indelingen gemaakt van de machtsbronnen die door verschillende auteurs worden beschreven (ibid, Van der Krogt & Vroom 1995, Boonstra 2003, Mintzberg 1983).

Stoopendaal & Van der Scheer (2004) noemen in hun onderzoek een viertal soorten macht waaraan verschillende machtsbronnen ten grondslag liggen. De eerste die genoemd wordt is de formele macht. Deze macht is gebaseerd op de positie of beslissingbevoegdheid en de formele netwerken. Expertise macht is de tweede soort die genoemd wordt. De machtsbronnen die genoemd worden zijn kennis, ervaring en competenties. De derde soort van macht is de relationele macht. Hierin zijn de bronnen de basis voor informele netwerken en relaties. De laatste soort die zij in hun onderzoek benoemen is de visionaire macht. Deze wordt op basis van boodschap en overtuigingskracht verkregen. Boonstra (2003) benoemt in zijn onderzoek nog een aantal andere vormen van machtsbronnen. Deze zijn in tabel twee weergegeven. De eerste drie machtsbronnen zijn gerelateerd aan positiemacht. Positiemacht houdt de formele positie van mensen in; het gaat erom wat ze mogen doen en wat ze zijn (De Caluwé et al 2005: 97). Gezag is ook een vorm van macht. Onder gezag wordt in dit onderzoek het volgende verstaan; Het bezitten van exclusieve rechten en bevoegdheden om partijen of personen gedragingen te laten uitvoeren (Fehse 2002: 48). Gezag wordt gekoppeld aan nummer drie bij de rechtsbronnen. Persoonlijke macht is gerelateerd aan nummer vier t/m acht in de tabel over machtsbronnen (Boonstra 2003). Om

macht uit te oefenen moeten personen deze macht wel kunnen aanwenden. Persoonlijke macht gaat over de vaardigheid om macht uit te kunnen oefenen. Een voorbeeld hiervan is; iemand met positiemacht, een leidinggevende bijvoorbeeld, is niet altijd even machtig of kundig in het uitoefenen van invloed. Hier ligt nog een aantal andere redenen aan ten grondslag, bijvoorbeeld de deskundigheid en de relaties die de leidinggevende heeft. Ook Van der Krogt en Vroom (1995: 174) benoemen in hun boek deze machtsbronnen. Zij benoemen nog een extra machtsbron, de collectieve macht. Ook Fast benoemd deze bron van macht, hij noemt het groepsmacht, in zijn boek *Omgaan met macht*. Deze is aan tabel 3 toegevoegd om een volledig beeld weer te geven van de machtsbronnen. Een aantal belangrijke factoren spelen een rol bij deze machtsbron (Van der Krogt en Vroom 1995). Zij noemen onder andere; het aantal mensen, de onmisbaarheid van deze mensen, de mate waarin men het in de beweging met elkaar eens is over de te bereiken doelstellingen en de te volgen koers, de bereidheid tot het ondernemen van gezamenlijke acties. Als aan een aantal van deze factoren is voldaan wordt dit een machtsbron volgens Van der Krogt en Vroom. De collectieve macht is van belang voor dit onderzoek omdat medisch specialisten samen een groep kunnen vormen. Zij zijn onmisbaar voor het ziekenhuis.

Machtsbron	Betekenis
1. Economische bronnen	Het beschikken over en kunnen toewijzen of onthouden van beloningen, goederen of diensten
2. Fysieke bronnen	Het kunnen toepassen van of het dreigen met fysieke sancties
3. Rechtsbronnen	Het bezitten van exclusieve rechten en bevoegdheden om partijen of personen gedragingen te laten uitvoeren (gezag)
4. Deskundigheidsbronnen	Het beschikken over deskundigheid, kennis en vaardigheden die voor de organisatie van essentieel belang zijn
5. Informatiebronnen	Het toegang hebben tot en het beschikken over informatie die anderen niet hebben en het bezitten van algemene kennis
6. Relationale bronnen	Relaties en goede contacten hebben met andere partijen die over één of meer machtsbronnen beschikken
7. Persoonlijke bronnen	Bezitten van eigenschappen die navolgenswaardig zijn voor anderen
8. Historische bronnen	Bezitten van eigenschappen die worden geïdentificeerd met belangrijke eerdere gebeurtenissen
9. Collectiviteit bronnen	Een groep mensen die door hun aantal, hun onmisbaarheid, het met elkaar eens zijn en de bereidheid tot het ondernemen van gezamenlijke acties van belang worden

Tabel 3 Machtbronnen (Boonstra 2003, Van der Krogt en Vroom 1995). Door de onderzoeker aangepast naar de definitie van dit onderzoek.

Personen en groepen kunnen door het bezit van machtsbronnen de mogelijkheid hebben om invloed uit te oefenen (Boonstra 2003). Degene die iemand beïnvloed bezit deze bronnen en kan deze gebruiken om de opvattingen, gevoelens en gedragingen te veranderen van de beïnvloede. In een organisatie oefent ieder lid van de organisatie invloed uit om dingen voor elkaar te krijgen (Bennebroek Gravenhorst & Boonstra 1997). Beïnvloedingsgedrag is voor het eerst onderzocht in 1980 door Kipnis, Schmidt en Wilkinson in een organisationele context (In: Bennebroek Gravenhorst & Munduate 2003). Zij hebben onderzocht op welke wijze de organisatieleden hun collega's beïnvloedden wanneer zij pogingen deden om organisationele of persoonlijke doelen te realiseren. Yukl heeft dit onderzoek uitgebreid met

verschillende collega's (In: Boonstra 1997, Boonstra 2003). In verschillende publicaties is geprobeerd om de factoren zo veel mogelijk in brede klassen in te delen, zoals factoren die het meer moeten hebben van hun overtuigingskracht en argumenten en factoren die meer gebaseerd zijn op formele machtsbasis (Koopman & Boonstra 2005). In tabel 4 wordt de lijst met verschillende invloedfactoren beschreven die in Yukl's studie benoemd zijn (In: Boonstra, 1997, Boonstra 2003). Deze tabel wordt ook beschreven in het boek van Bragg *invloed en macht* (1996: 199-213).

Invloedsfactoren	Omschrijving
Rationeel overtuigen	Gebruiken van feiten/ logische argumenten om aan te geven dat een verzoek/ voorstel uitvoerbaar is en waarschijnlijk resulteert in de gestelde doelen.
Inspireren	Het wekken van enthousiasme voor een verzoek/ voorstel door in te spelen op de waarden en idealen van een persoon of door aan te geven dat een persoon over de capaciteiten beschikt om een taak goed uit te voeren
Consulteren	Een persoon waarvan steun en assistentie wordt verlangd laten participeren in het bedenken van een activiteit of verandering, of een voorstel wijzigen zodat rekening wordt gehouden met de belangen en suggesties van een persoon
sfeer creëren	Het complimenteren, vleien of juist het tegenovergestelde om een persoon in een goede/slechte stemming te krijgen
Persoonlijk beroep doen	Het doen van een beroep op de loyaliteit of sympathie van een persoon wanneer een verzoek of voorstel wordt gedaan
Onderhandelen	Het voorstellen elkaar een gunst te verlenen, aangeven bereid te zijn op een later tijdstip iets voor een persoon terug te doen of beloven de te verkrijgen voordelen te delen als een persoon helpt om een taak te volbrengen
Coalitie sluiten	Het zoeken of gebruiken van de steun en hulp van anderen om een persoon te overtuigen een taak uit te voeren, of met een voorstel te laten instemmen
Legitimeren	Het wijzen op de legitimiteit van een verzoek door de autoriteit of het recht te claimen om dat verzoek te doen, of door aan te geven dat het verzoek in overeenstemming is met het beleid of de traditie in de organisatie
Druk uitoefenen	Het stellen van eisen, gebruiken van dwang, intimideren of het doen van indringende verzoeken om een taak uit te voeren of een voorstel te steunen

Tabel 4: Omschrijving van invloedstactieken op basis van het onderzoek van Yukl (Boonstra 2003, Bennebroek Gravenhorst & Boonstra 1997).

In de Verenigde Staten hebben Yukl, Guinan en Sottolano onderzoek gedaan naar beïnvloedingsfactoren (In: Koopman & Boonstra 2005). De resultaten van het onderzoek toonde aan dat de keuze van een bepaalde beïnvloedingstechniek door een aantal facetten bepaald wordt. Dit zijn onder andere de aard van het verzoek, de richting van de beïnvloedingspoging, de macht van de te beïnvloeden persoon en de relatie tussen beiden. Ook wordt de keuze bepaald door persoonlijke voorkeuren en maatschappelijke waarden. Een combinatie van beïnvloedingstactieken zijn nodig om een belangrijke poging tot beïnvloeden te doen (Bragg 1996: 215).

In deze paragraaf zijn de verschillende machtsbronnen en invloedfactoren besproken. Het is van belang dat er eerst een duidelijk kader wordt geschetst van waaruit medisch specialisten handelen. In de verschillende studies naar beïnvloeding is naar voren gekomen dat het gebruik van invloedfactoren afhankelijk is van de positie die een persoon heeft in de organisatie.

Hoofdstuk 4 Onderzoeksraamwerk

In de voorgaande hoofdstukken zijn de context van het project en het doel van dit onderzoek beschreven en is een theoretisch raamwerk gemaakt over de verschillende machtsbronnen en invloedfactoren. In dit hoofdstuk worden de methoden, de data collectie en de data analyse beschreven. Als eerste wordt een algemeen onderzoeksraamwerk gepresenteerd. Daarna wordt de dataverzameling beschreven. De onderzoeksvorm en de operationalisatie van de verschillende factoren komen hier aanbod. Als derde volgt de paragraaf van de data-analyse van het onderzoek. Als laatste wordt de context van de onderzoeker beschreven, omdat deze een essentiële rol heeft in de dataverzameling en data analyse.

Paragraaf 4.1 Algemene onderzoeksraamwerk

Het doel van deze studie is het analyseren van de invloedfactoren en machtsbronnen van medisch specialisten en managers tijdens een besluitvormingsproces. Ook worden de onbewuste invloedfactoren van de medisch specialisten in het proces onderzocht. Voor de dataverzameling is een operationalisatie gemaakt van de verschillende machtsbronnen en invloedfactoren. Dit houdt in dat er inductief vanuit de literatuur kernwoorden (labels) zijn geformuleerd om deze tijdens de observaties te gebruiken en in de analyse verder te concretiseren. Bij de empirische observaties vormt de operationalisatie op basis van de literatuur van het theoretisch kader de basis voor het interpreteren van de patronen bij de besluitvorming. Hierbij structureert de operationalisatie de data waardoor een overzichtelijker geheel van de verschillende machtsbronnen en invloedfactoren worden gevormd.

De onderwerpen “macht” en “beïnvloeding” zijn gevoelige onderwerpen die een doordacht onderzoeksplan nodig hebben (Fehse 2002). Dit houdt in dat personen niet vrij over dit onderwerp praten vanwege de vaak negatieve gedachten over dit thema. Medisch specialisten en managers zullen hun doelen en strategieën vaak niet willen laten zien door de verschillende belangen die in het besluitvormingsproces een rol spelen. Dit is een van de redenen waarom gekozen is voor een observant tijdens bijeenkomsten in de dataverzameling. Een andere reden is dat een observant tijdens de bijeenkomsten kan zien wat er gebeurt tussen de verschillende spelers, te meer omdat personen zelf niet altijd bewust zijn van de invloed die zij uitoefenen op het besluitvormingsproces. De aanwezigheid is tevens van belang omdat de evaluatie achteraf op basis van data van anderen problematisch is. Zo zal de perceptie “gekleurd” kunnen zijn door de uitkomsten van bepaalde gebeurtenissen, en tevens door het selectieve karakter van geheugen (ibid). De bevindingen van de observant, in de vorm van geluidsopnamen en aantekeningen, vormen de basis van dit onderzoek. Naast deze bevindingen worden documenten als notulen en interne memo's gebruikt.

Het informele netwerk van medisch specialisten, managers en andere leden van het project wordt in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De keuze hiervoor is gemaakt omdat de observant niet in deze netwerken kan binnendringen. Veronderstelt wordt dat veel invloed plaats vindt ‘in de wandelgangen’, hierdoor is bias ontstaan. In dit onderzoek worden alleen de gedragingen van medisch specialisten die participeerden in de projectgroep geanalyseerd. De andere stakeholders betrokken bij het project worden eveneens buiten beschouwing gelaten, omdat de observant ook niet in deze netwerken kan binnendringen.

De andere stakeholders hebben wel invloed op het besluitvormingsproces. Hieronder wordt verder ingegaan op de manier waarop deze dataverzameling wordt vormgegeven. Door de data zo open mogelijk te presenteren en door de context van de bijeenkomsten duidelijk weer te geven is geprobeerd deze bias zo veel mogelijk te ondervangen.

Paragraaf 4.2 Dataverzameling

In de startfase van het onderzoek zijn documenten, zoals notulen en memo's, gebruikt. Hierdoor is een zo volledig mogelijk beeld van het project verkregen. Tijdens de dataverzameling worden ook documenten geanalyseerd om te onderzoeken of verdere relevante informatie over het project gevonden wordt. In de notulen en memo's is gekeken naar het doel van de projectgroep, wie betrokken zijn en de besluiten die genomen zijn na de bijeenkomsten. Voor de analyse van het onderzoek wordt tevens gebruik gemaakt van de geluidsopnamen en de observaties van de observant. In de loop van het onderzoek zijn verschillende bijeenkomsten bijgewoond door de onderzoeker in hetzelfde project. De periode waarin de dataverzameling plaatsvond liep van maart tot en met juli 2007. Vanwege drie verschillende redenen is gekozen om het onderzoek in één projectgroep in het ziekenhuis te observeren. De eerste reden is om zo min mogelijk verschillende variabelen te hebben. Tweede reden is de hoeveelheid aan data die verzameld wordt is er gekozen voor één projectgroep. Een derde reden is de verwarring die kan ontstaan bij het uitwerken van de geluidsopnamen van een bijeenkomst over wie wat gezegd heeft. Bij één projectgroep kunnen de stemmen relatief eenvoudig worden herkend, maar wanneer meerdere groepen worden geanalyseerd neemt de kans op fouten toe.

Tijdens de bijeenkomsten zijn de non-verbale en verbale reacties van de medisch specialisten bestudeerd. De vergadering is opgenomen door middel van een tape- recorder. Ook zijn specifieke aantekeningen gemaakt van de non-verbale communicatie. Voordat begonnen is met de dataverzameling is een lijst gemaakt met non- verbale gedragingen waar gelet op gaat worden tijdens de bijeenkomsten. Deze lijst staat in bijlage III. Deze lijst bestaat uit de verschillende aspecten van lichaamstaal die in het theoretisch kader beschreven zijn (Fast 1982, Bragg 1996, Melssen 2002). Met behulp van de geluidsopnamen zijn de verschillende factoren die bij het non- verbale aspect van de stem horen, zoals resonantie, volume, toonhoogte en snelheid van spreken nader bestudeerd. Om de betrouwbaarheid te verhogen is gekozen voor twee codeerders die de non-verbale aspecten van de stem beoordelen. In de volgende paragraaf wordt de context van de twee codeerders beschreven. De bijeenkomsten zijn in het geheel uitgetypt zodat deze zo volledig mogelijk werden geanalyseerd. De non-verbale aspecten die tijdens de bijeenkomsten geobserveerd zijn, zoals houding, aanraking en het manoeuvreren met ruimte, werden bij de uitgetypte tekst vermeld, zodat precies bepaald werd wanneer iets plaatsvond. Ook hier werd gebruik gemaakt van twee codeerders die de data analyseren. Van te voren zijn de machtsbronnen en invloedfactoren geoperationaliseerd. Deze operationalisatie is als bijlage toegevoegd. Met behulp van het theoretisch kader is aan de hand van labels de operationalisatie opgemaakt. Ook is het Groot Woordenboek der Nederlandse Taal van Van Dalen gebruikt om een zo volledig mogelijke lijst te krijgen voordat begonnen werd met de analyse. Wanneer een moment niet kon worden gecodeerd, werd gekeken of er een nieuwe label toegevoegd moest worden aan de lijst. Met een moment wordt het gebruik van een machtsbron of een beïnvloeding bedoelt. Na het labelproces werd nog een keer bekeken of

de vooraf opgestelde operationalisatie klopte. In de volgende paragraaf staat het analyseproces van de bijeenkomsten verder beschreven. Hieronder is in tabel 5 een overzicht gemaakt van de hiervoor beschreven operationalisatie van de methoden.

Context van het proces	Politieke arena	Metingschaal
	Type machtsbron die medisch specialisten/ managers tot hun beschikking hebben	Economische bronnen/ fysieke bronnen/ rechtsbronnen/ deskundigheids bronnen/ informatiebronnen/ relationele bronnen/ persoonlijke bronnen/ historische bronnen/ collectiviteit bronnen
Factoren bij besluitvorming	Invloedfactor	Metingschaal
	Bewust	Rationeel overtuigen/ inspireren/ consulteren/ gunstige sfeer creëren/ persoonlijk beroep doen op/ onderhandelen/ coalitie sluiten/ legitimeren/ druk uitoefenen
	Onbewust	Houding/ aanraking/ territorium/ stem: resonantie, volume, toonhoogte en snelheid van spreken

Tabel 5: Overzicht van de operationalisatie

Paragraaf 4.3 Data-analyse

De analyse van de bijeenkomsten bestaat uit verschillende stappen. De eerste stap in dit proces is dat een letterlijke analyse van de bijeenkomsten plaats vindt waarin gekeken is wanneer een projectlid een beïnvloedingsmoment gebruikt. Dit is een methodologisch probleem in de analyse, omdat het om de vraag gaat hoe je kunt identificeren wanneer een persoon een machtsbron gebruikt of invloed uitoefent op het besluitvormingsproces. In dit onderzoek wordt ieder moment die binnen de grenzen van de labels valt beoordeeld als machtsbron en invloedfactor. In het theoretisch kader zijn duidelijke definities gegeven van een invloedfactor en een machtsbron. De operationalisatie lijst is zo open mogelijk weergegeven zodat andere onderzoekers kunnen kijken en imiteren wat in dit onderzoek is gedaan. Hierdoor is de herhaalbaarheid van het onderzoek vergroot. De tweede stap in het analyseproces is de koppeling van een machtsbron en een invloedfactor aan de gevonden momenten. Een moment kan niet bestaan uit meerdere machtsbronnen of invloedfactoren. Hier is degene gekozen die het beste bij het moment past. Wel wordt tegelijk een machtsbron en een beïnvloeding aangewend. Na deze stap is de opname beluisterd en de stem (resonantie, volume, toonhoogte en snelheid) gecodeerd. Dit is de derde stap van het analyse proces. Hierin is de stem voor iedere zin gecodeerd. Als al deze stappen zijn doorlopen neemt de onderzoeker voor iedere bijeenkomst alles nog een keer door om te bepalen of de juiste machtsbronnen en invloedfactoren aan de momenten zijn gekoppeld.

Zoals eerder beschreven is de data- analyse gedaan door twee codeerders, de onderzoeker en een codeerder. Hiervoor is gekozen vanwege de vergroting van de betrouwbaarheid van het onderzoek. Deze methoden heeft tot doel om de subjectiviteit van de onderzoeker te reduceren (Peeters et al 2002). De context van de onderzoeker wordt in de volgende paragraaf beschreven. De codeerder heeft een universitaire studie gedaan waardoor deze bekend is met onderzoek doen. Tevens heeft de codeerder geneeskunde gestudeerd waardoor eventuele terminologie die gebruikt wordt bekend is. Een ander voordeel is dat de

codeerder bekend is met de cultuur van het ziekenhuis. Een bias is ontstaan doordat de codeerder in een ziekenhuis heeft gewerkt en daarom bepaalde vooroordelen heeft ten opzichte van medisch specialisten en managers. Door middel van de operationalisatie lijst en het dubbel coderen is deze bias zo veel mogelijk ondervangen. Aan de hand van de operationalisatie lijst is duidelijk gemaakt aan de codeerder hoe de analyse plaatsvindt. De analyse van de bijeenkomsten vindt gescheiden plaats door de twee codeerders. Daarna wordt gekeken wat de overeenkomsten en de verschillen zijn. Als de twee codeerders niet dezelfde machtsbronnen en invloedfactoren (bewust en onbewust) hebben toegewezen aan het beïnvloedingsmoment is eerst overlegd tussen deze personen. De onderzoeker neemt de beslissing wanneer nog steeds een verschil aanwezig is, omdat deze het meeste inzicht in het onderzoek heeft. In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op de context van de onderzoeker.

Paragraaf 4.4 Context van de onderzoeker

Door de essentiële rol van de onderzoeker tijdens de observaties van de bijeenkomsten is het van belang dat de context van de onderzoeker zo volledig mogelijk beschreven wordt. De onderzoeker werkt zelf in het Kennemer Gasthuis op de afdeling radiologie. Hierdoor zijn een aantal aspecten voor de objectiviteit van de onderzoeker van belang. Ten eerste is het van belang of de onderzoeker de medisch specialisten tijdens haar werk tegen komt. Dit kan invloed hebben op de bijeenkomsten. Hierdoor is van te voren vastgesteld of de onderzoeker een medisch specialist kende. De projectgroep bestaat uit drie medisch specialisten waarvan twee de observant kent. Dit is een nadeel omdat zij zich anders kunnen gedragen dan wanneer een onbekende observant aanwezig is. De bias, die hierdoor kan ontstaan is, zoveel mogelijk voorkomen door van te voren aan te geven dat geen namen genoemd worden in het essay. Ook is gedurende het onderzoek buiten de bijeenkomsten geen contact geweest tussen de onderzoeker en de deze twee medisch specialisten.

Tevens moet vermeld worden dat door het werk van de onderzoeker haar objectiviteit in het geding komt en zelf invulling kan geven aan de situatie. Om dit te voorkomen wordt voordat de bijeenkomsten plaatsvinden een operationalisatie van de te onderzoeken onderwerpen gemaakt. Deze lijst is zo volledig mogelijk weergegeven met behulp van de literatuur waar gelet op moet worden tijdens de observaties en in de data- analyse. Hierdoor is deze bias zo veel mogelijk ondervangen. Ook door iemand extra te laten coderen is geprobeerd de betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te houden. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven.

Hoofdstuk 5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die uit de analyse van de bijeenkomsten naar voren komen. De deelvragen worden in dit hoofdstuk in iedere paragraaf afzonderlijk behandeld. Reeds in hoofdstuk 2 is de context van de bijeenkomsten beschreven, door een beschrijving te geven van de doelen en agenda's.

Paragraaf 5.1 Machtsbronnen van medisch specialisten

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van de verschillende machtsbronnen die medisch specialisten gebruiken tijdens de bijeenkomsten. De drie verschillende bijeenkomsten zijn in tabel 6 weergegeven.

Resultaat machtsbronnen van medisch specialisten			
Machtsbronnen	Bijeenkomst 1	Bijeenkomst 2	Bijeenkomst 3
Economische bron	1	1	1
Fysieke bron	1	1	3
Rechtsbron (gezag)	12	16	33
Deskundigheidsbron	3	1	10
Informatiebron	13	7	17
Relationele bron	-	-	1
Persoonlijke bron	-	-	-
Historische bron	2	-	2
Collectiviteit bron	3	7	9

Tabel 6: Resultaten van de machtsbronnen van medisch specialisten

In de eerste bijeenkomst duurt de geluidsopname 46 minuten. In totaal zijn er 35 momenten in de vergadering waarbij gebruik is gemaakt van een machtsbron. De rechtsbron met 12 coderingen, en de informatiebron met 13 coderingen zijn vooral gebruikt. Eén van de labels van de rechtsbron is dat een beeld van autoriteit wordt gegeven. Een voorbeeld hiervan is te vinden in de uitspraak van medisch specialist B aan het eind van de bijeenkomst: "Ik wil ook één van die cardiologen erbij." Hieronder volgt een voorbeeld van een informatiebron in de bijeenkomst: "Dat heb ik wel eens gehoord dat het ontbreken van (naam) scheelt in de omzet, maar kijk even naar de gemiddelde opname duur in januari." De informatie die door de medisch specialist wordt gegeven is algemeen bekend door de projectleden. De geluidsopname bij de tweede bijeenkomst duurt in totaal 24 minuten. Door bepaalde omstandigheden kwam de observeerder ongeveer 15 minuten te laat. Hierdoor is de betrouwbaarheid van deze bijeenkomst kleiner geworden. Om deze bias te verkleinen zijn documenten van de bijeenkomst gelezen. Ook is tijdens de bijeenkomst gekeken of bepaalde spanningen anders zijn. In totaal zijn 33 momenten als machtsbron gecodeerd. De rechtsbron is 16 keer gebruikt door de medisch specialisten. Hierna zijn de informatiebron en collectiviteitbron, met zeven coderingen elk, vooral gebruikt. Een voorbeeld van de collectiviteitbron is wanneer in bijeenkomst twee medisch specialist A en C samen een groep vormen. Medisch specialist A zegt als reactie op de divisie manager: "Nee, maar zo werkt het management. Die hebben op zich goede plannen. Echt waar, mankeert niks aan, maar dan verschuift iets en op een gegeven moment sta je voor een blok." Hierna reageert medisch specialist C als volgt: "Dan kan je niks anders en dan wordt het alsnog doorgedrukt." Dit is

gecodeerd als collectiviteitbron omdat ze elkaar ondersteunen en aanvullen. De collectieve machtsbron (Van der Krogt & Vroom 1995) is van belang voor dit onderzoek omdat medisch specialisten onmisbaar zijn voor het ziekenhuis. De geluidsopname in de derde bijeenkomst is in totaal 90 minuten. Er zijn 76 machtsbronnen gecodeerd. De rechtsbron, met 33 coderingen, is de vooral gebruikt bij de medisch specialisten. De informatiebron is daarna vaak gebruikt als bron met 17 coderingen. Een voorbeeld van deze bron die door medisch specialist C als argument gebruikt wordt is: "Ik denk dat het reëler is dat we 50 tot 60 % van het meest ideale halen. We hebben de colonchirurgie al bijna ingevoerd, een heleboel mensen gaan al de volgende dag naar huis. En bij de heupen was het 17 en nu zitten we op 11 dagen. Het is dus een niet reëel getal. Dus als je zegt 12 of 14, daar wil ik er mee leven."

In deze paragraaf zijn de resultaten beschreven van de machtsbronnen door medisch specialisten. De rechtsbron is vooral gebruikt als machtsbron. In de literatuur wordt deze weergegeven als positiemacht (Boonstra 2003, De Caluwé et al 2005). Hierbij gaat het erom wat personen mogen doen en wat ze zijn (De Caluwé et al 2005: 97). Medisch specialisten hebben door de geschiedenis in het ziekenhuis een sterke positie bemachtigd, waardoor zij een aanzienlijke controle hebben over hun eigen werk (Freidson 2001, Noordergraaf & Meurs 2002). In de bijeenkomsten is dit te zien door het gebruik van deze machtsbron. Andere machtsbronnen die vaak worden aangewend zijn de deskundigheidsbron en de informatiebron, waarbij de laatste iets meer wordt gebruikt. In de literatuur worden medisch specialisten als professionals benoemd (Freidson 2001, Stevens & Philipsen 2003). Kennis en vaardigheden zijn een van de kenmerken van professionalisering van een beroep, waarbij deze kennis een hooggespecialiseerd karakter heeft (ibid). Uit de bijeenkomsten komt naar voren dat medisch specialisten vaak gebruik maken van hun kennis om hun argumenten kracht bij te zetten. Dit resulteert in het gebruik van de genoemde machtsbronnen.

Paragraaf 5.2 Machtsbronnen van managers

In deze paragraaf worden de machtsbronnen van de managers weergegeven. De managers en de divisie managers zijn in deze tabel samen weergegeven. In deze analyse is tevens gelet op wanneer de divisie manager, vaker dan de managers, gebruik maakt van bijvoorbeeld de rechtsbron. In tabel 7 is het overzicht weergegeven van de resultaten van machtsbronnen van de drie bijeenkomsten.

Resultaat machtsbronnen van de managers			
Machtsbron	Bijeenkomst 1	Bijeenkomst 2	Bijeenkomst 3
Economische bron	-	2	1
Fysieke bron	-	-	-
Rechtsbron (gezag)	4	6	27
Deskundigheidsbron	1	1	14
Informatiebron	12	5	32
Relationele bron	-	-	5
Persoonlijke bron	1	-	4
Historische bron	-	-	-
Collectiviteit bron	-	5	3

Tabel 7: Resultaten van de machtsbronnen van managers

In de eerste bijeenkomst zijn in totaal 18 momenten gecodeerd als machtsbron. Met 12 coderingen is vooral gebruik gemaakt van de informatiebron als machtsbron. De rechtsbron is in deze bijeenkomst vier keer aangewend en dit is alleen gedaan door de divisie manager. Een voorbeeld van de rechtsbron is de volgende: “Ik zou er zeer aan hechten om de oncologie aan 1.8 te koppelen”. Dit moment heeft de rechtsbron als codering gekregen omdat hij vanuit zijn positie spreekt als divisie manager. In totaal zijn bij de tweede bijeenkomst 19 momenten als machtsbron gecodeerd. De meest aangewende machtsbron in deze bijeenkomst is met zes momenten de rechtsbron. Ook in deze bijeenkomst is de divisie manager diegene die deze machtsbron aanwendde. Hierna komen de informatie- en de collectiviteitsbron met vijf momenten als meest gebruikte machtsbron. De derde bijeenkomst bestaat uit 86 momenten. In deze bijeenkomst is de informatiebron, met 32 keer, vaak als machtsbron gebruikt. Hierna komt de rechtsbron met 27 keer. De divisie manager maakt in 25 keer van de momenten gebruik van deze machtsbron.

De resultaten naar het gebruik van machtsbronnen door de managers zijn hier beschreven. In alle drie de bijeenkomsten wordt de rechtsbron en de informatiebron vooral gebruikt. De rechtsbron is door de divisie manager, die tevens de voorzitter is, in bijna alle momenten gebruikt. In dit onderzoek wordt onder rechtsbron ook gezag verstaan. Het bezitten van exclusieve rechten en bevoegdheden om partijen of personen gedragingen te laten uitvoeren, hoort bij de definitie van rechtsbron (Fehse 2002: 48). Door de positie van de divisie manager, als voorzitter en door zijn positie in de lijn, kan hij gebruik maken van de rechtsbron. Het bezit van machtsbronnen geeft personen en groepen de mogelijkheid tot machtsuitoefening (Boonstra 2003). Wat opvalt is dat bij de eerste en tweede bijeenkomst weinig verschillende machtsbronnen gebruikt worden. Deze verschillende bronnen zijn in de voorgaande alinea's beschreven. Machtsbronnen geven inzicht in de bijhorende instrumenten die een persoon tot zijn beschikking heeft (Stoopendaal & Van der Scheer 2004). Na verdere analyse van bijeenkomst 1 en 2 is duidelijk dat het management geen invloed uit kan oefenen op de onderwerpen geriatric en interne. In de derde bijeenkomst, dit is in hoofdstuk twee beschreven, wordt dit ook als conclusie geformuleerd. Het blijkt dat het management over dit onderwerp minder macht heeft dan de medisch specialisten die zijn belangen worden gehonoreerd. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de invloedfactoren van de medisch specialisten, waarna de managers aan bod komen.

Paragraaf 5.3 Bewuste invloedfactoren van medisch specialisten

In tabel 8 staat het overzicht van alle bijeenkomsten weergegeven. De paragraaf is op dezelfde wijze ingedeeld als voorgaande.

Resultaat invloedfactoren van medisch specialisten			
Invloedfactor	Bijeenkomst 1	Bijeenkomst 2	Bijeenkomst 3
Rationeel overtuigen	15	6	23
Inspireren	1	-	-
Consulteren	6	3	4
Sfeer creëren	11	2	9
Persoonlijk beroep doen	-	1	1
Onderhandelen	1	6	7
Coalitie sluiten	3	2	4

Legitimeren	3	4	17
Druk uitoefenen	4	10	15

Tabel 8: resultaten van de invloedfactoren van medisch specialisten

Tijdens bijeenkomst één zijn er 44 beïnvloedingsmomenten door de onderzoeker gecodeerd. De medisch specialisten maakten bij 15 momenten gebruik van de invloedfactor 'rationeel overtuigen.' Daarna is 'sfeer creëren', met 11 beïnvloedingsmomenten, de meest aangewende invloedfactor. Een discussie die tijdens deze bijeenkomst drie keer voorkomt, gaat over de geriatrie en de interne. Een argument dat medisch specialist A gebruikt om zijn standpunt kracht bij te zetten is het volgende: "Ik ben het met je eens hoor. Geriatrie en interne is wel de meest logische, maar nogmaals dan heb je weer twee halve interne afdelingen, tenzij ik iets mis." De eerste zin is gecodeerd als 'sfeer creëren' en de rest als 'rationeel overtuigen'. In totaal zijn 34 momenten gecodeerd bij bijeenkomst twee. In deze bijeenkomst is 'druk uitoefenen', met tien beïnvloedingsmomenten, de meest gebruikte invloedfactor. De belangen van de divisie manager en medisch specialist A zijn in deze bijeenkomst tegengesteld. Hierbij gaat het over hetzelfde onderwerp: geriatrie en interne. Ook zijn 'rationeel overtuigen' en 'onderhandelen', met elk zes coderingen, vooral gebruikt. Er is geen gebruik gemaakt van 'inspireren' bij deze bijeenkomst. In bijeenkomst 3 is in totaal 80 keer een invloedfactor gecodeerd. 'Rationeel overtuigen' is met 23 keer vooral gebruikt als invloedfactor. Medisch specialist C gebruikt in deze bijeenkomst dezelfde argumenten als medisch specialist A in bijeenkomst één en twee. "En twee, dan de argumenten van interne, dat je dus niet clubjes moet doen voor de opleiding. Dus je kunt niet acht bedjes hier doen en vijf bedjes daar, die moet je concentreren, hetzelfde geldt voor de interne en geldt dus ook voor ons". Het laatste stuk dient als voorbeeld voor de invloedfactor 'legitimeren'. Deze is in totaal 17 keer gebruikt. 'Druk uitoefenen' is in totaal 15 keer gebruikt, waarbij opvalt dat alleen medisch specialist C deze invloedfactor aanwendt. In deze bijeenkomst is er een belangenconflict tussen de divisie manager en de medisch specialist. Dit is afgeleid uit de documenten en de observaties die gemaakt zijn tijdens deze bijeenkomst. De invloedfactor 'inspireren' wordt door de medisch specialisten niet gebruikt. Inspireren houdt in dat enthousiasme wordt gewekt voor een voorstel (Bennebroek Gravenhorst & Boonstra 1997). Medisch specialist C wil niet dat het voorstel geaccepteerd wordt, dit is een reden waarom hij deze invloedfactor niet gebruikt.

In deze paragraaf zijn de invloedfactoren van de medisch specialisten tijdens de drie bijeenkomsten beschreven. 'Rationeel overtuigen' wordt in de eerste en derde bijeenkomst vooral gebruikt. Hierbij maken de medisch specialist gebruik van feiten of logische argumenten (Bennebroek Gravenhorst & Boonstra 1997). 'Druk uitoefenen' wordt in de tweede bijeenkomst het meest gebruikt. Deze invloedfactor wordt door Boonstra (2003) omschreven als een harde invloedfactor. Het gebruik van een dergelijke harde invloedfactor in bijeenkomst 2 kan worden verklaard door de tegengestelde belangen van medisch specialist A ten opzicht van die van de divisie manager. In bijeenkomst drie is een vergelijkbaar patroon waarneembaar met medisch specialist C. 'Legitimeren' en 'druk uitoefenen', beiden harde invloedfactoren volgens Boonstra (2003), worden in bijeenkomst drie na 'rationeel overtuigen' het meest gebruikt. Ook in deze bijeenkomst zijn de belangen van de divisie manager en medisch specialist C verschillend.

Paragraaf 5.4 Bewuste invloedfactoren van managers

In deze paragraaf worden de invloedfactoren van managers van de bijeenkomsten beschreven. Een gedetailleerde omschrijving van de bijeenkomsten is in hoofdstuk 2 terug te vinden. Hieronder worden de resultaten met dezelfde systematiek beschreven als in de voorgaande paragrafen. In tabel 9 zijn de resultaten van de invloedfactoren weergegeven.

Resultaat invloedfactoren van managers			
Invloedfactor	Bijeenkomst 1	Bijeenkomst 2	Bijeenkomst 3
Rationeel overtuigen	11	4	41
Inspireren	-	-	3
Consulteren	-	2	7
Sfeer creëren	1	5	6
Persoonlijk beroep doen	1	-	5
Onderhandelen	2	4	5
Coalitie sluiten	3	1	7
Legitimeren	1	4	13
Druk uitoefenen	2	1	4

Tabel 9: Resultaten van de invloedfactoren van managers

In bijeenkomst 1 zijn 22 beïnvloedingsmomenten gecodeerd waarbij managers invloed uitoefenden op het besluitvormingsproces. De meest gebruikte invloedfactor is 'rationeel overtuigen' met 11 coderingen. Verder is bij drie momenten gebruik gemaakt van 'coalitie sluiten.' Een voorbeeld van een codering van 'rationeel overtuigen' van de divisie manager wordt hieronder beschreven: "Een aantal specialismen heeft bij de productieafspraken gezegd: joh we halen niet meer dan realisatie van 2006 en een paar hebben gezegd dat ze willen groeien. Op basis van deze mix van stabilisatie en groei zaten we bijna op target, maar we weten wel het huis heeft knap vol gelegen. Er treden ook verdringingseffecten op. Ik denk dat daarom de chirurgie die 7,4 heeft gehaald, want orthopedie heeft er behoorlijk aan getrokken en die liggen op een afdeling waar chirurgie ook bedden heeft." In bijeenkomst twee zijn 20 momenten gecodeerd als het beïnvloeden van het proces door de managers. 'Sfeer creëren' is de meest gebruikte invloedfactor. Hierna zijn 'rationeel overtuigen,' 'onderhandelen' en 'legitimeren' vier keer gebruikt door de managers. Na een analyse van beide groepen kan niet worden geconcludeerd dat 'sfeer creëren' ook 'sfeer creëren' uitlokt. In deze bijeenkomst gebruiken managers dit vaker, maar medisch specialisten bijna niet. De gevonden patronen die duidelijk aanwezig zijn bij de bijeenkomsten worden in paragraaf 5.5 weergegeven. In totaal zijn bij bijeenkomst drie voor 91 momenten aan invloedfactoren gecodeerd. 'Rationeel overtuigen' is met 41 keer veruit de meest gebruikte invloedfactor. Hierna wordt 'legitimeren' 13 keer gebruikt. Verder is het opvallend dat bij deze bijeenkomst alle invloedfactoren gebruikt worden.

De resultaten naar de invloedfactoren van de managers zijn hier beschreven. In alle drie de bijeenkomsten wordt 'rationeel overtuigen' vooral gebruikt om invloed uit te oefenen op het besluitvormingsproces. In bijeenkomsten twee en drie wordt, in tegenstelling tot bijeenkomst één, de invloedfactor 'legitimeren' veelvuldig gebruikt. Een verklaring voor deze verandering is dat in de eerste bijeenkomst een oplossing gezocht wordt voor interne en geriatrie. In de tweede bijeenkomst is al duidelijk dat dit een probleem wordt en op dat moment verandert medisch specialist A van toon. Ook wordt in de derde bijeenkomst het voorstel van een

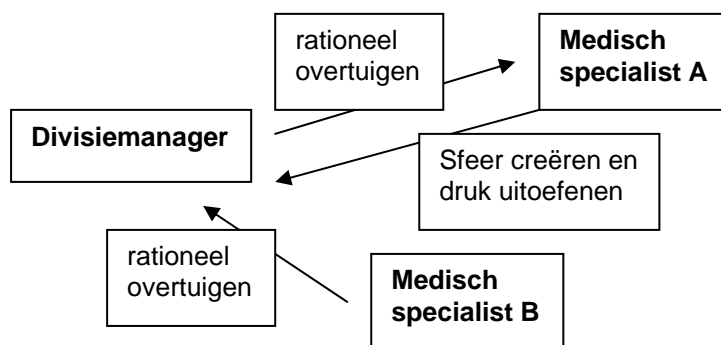
reductie van 24 bedden voor de chirurgie voor het eerst besproken. De belangtegenstelling tussen de divisiemanager en medisch specialist C komt hier naar voren. Medisch specialist C is belanghebbende in dit voorstel. Ook blijkt uit de literatuur dat persoonlijke belangen en een eigen agenda mee spelen in het besluitvormingsproces (Van der Krocht en Vroom 1995: 201). In deze bijeenkomsten wordt door de medisch specialisten ook vaker gebruik gemaakt van harde invloedfactoren, zoals Boonstra (2003) 'legitimeren' en 'druk uitoefenen' beschrijft. Het is opvallend dat de divisiemanager zijn invloedfactoren verandert in de tweede en derde bijeenkomst, wanneer de medisch specialisten ook andere invloedfactoren gebruiken. In de literatuur wordt dit ook door Koopman & Boonstra (2005) beschreven. Hier wordt verder op ingegaan in de volgende paragraaf waar patronen van communicatie tussen de medisch specialisten en managers worden beschreven.

Paragraaf 5.5 Patronen in de bijeenkomsten

In deze paragraaf worden patronen beschreven die gevonden zijn na de analyse van de drie bijeenkomsten. De opmaak van deze paragraaf is als volgt ingedeeld: Iedere bijeenkomst wordt apart beschreven in een subparagraaf.

Paragraaf 5.5.1 Bijeenkomst één

In figuur 1 worden de patronen weergegeven die gevonden zijn na de analyse van de eerste bijeenkomst. De lijnen in het figuur beelden de communicatie uit die tussen beide personen speelt. De invloedfactor die genoemd staat in het figuur is de belangrijkste in de bijeenkomst.



Figuur 1: Communicatiepatronen in bijeenkomst één tussen de divisiemanager en medisch specialist A en B

In bijeenkomst één zijn geen patronen gevonden in de gedragingen van de managers ten opzichte van de medisch specialisten. Dit geldt tevens voor die van de divisiemanager ten opzichte van de managers en de medisch specialisten ten opzichte van elkaar. In de gedragingen van de divisiemanager ten opzichte van medisch specialist A is echter een duidelijk patroon zichtbaar. Dit patroon is een machtsconflict, omdat zij allebei op hun strepen staan met betrekking tot het voorstel van de interne en geriatrie. Uiteindelijk gaat dit voorstel niet door omdat medisch specialist A geen heil ziet in een samenwerking tussen interne en geriatrie. Bij dit onderwerp is door de observant opgemerkt dat veel in de wandelgangen is besproken. Een bias is hierdoor ontstaan. Het communicatiepatroon is zes keer voorgekomen. Uit de bevindingen komt naar voren dat tussen de divisiemanager en medisch specialist A een belangenconflict aanwezig was. Dit conflict ging over het onderwerp van de plaatsing van acht interne bedden. Het patroon in de bevindingen was dat

de medisch specialist een bepaalde sfeer creëerde waardoor het onderwerp heel luchtig leek terwijl de divisie manager serieus en door middel van argumenten probeerde te overtuigen van zijn plan met betrekking tot de geriatrie en interne. Een voorbeeld hiervan is het volgende argument dat de divisie manager gebruikt als overtuiging: "Kijk, los even van het vakgebied van interne en geriatrie, dat kent natuurlijk een zeker overlappinggebied, vandaar die gedachte. Maar hoor ik nu zeggen medisch specialist A: Als het twaalf bedden zouden zijn gecombineerd met geriatrie zou het dan beter te behappen zijn voor jullie?" De invloedfactor waar medisch specialist A vooral gebruik van maakt om een reactie te geven op de divisie manager is 'sfeer creëren'. Op bepaalde momenten wanneer hij zijn belangen duidelijk wilde maken gebruikte hij de invloedfactor 'druk uitoefenen'. Medisch specialist A maakt tijdens de vergadering een aantal grapjes met een serieuze ondertoon. De reactie op het voorbeeld van hierboven is de volgende: "maar dan zouden we ineens meer bedden krijgen." De divisie manager beargumenteert dit weer door zijn visie over de geriatrie te geven en probeert de medisch specialist op deze wijze te overtuigen. Hierop reageert de medisch specialist A: "Maar dan zou ik zeggen kijk als je die geriatrie terug kunt brengen tot daar, om niet vervelend te zijn, hem bij de longziekte te zetten. Dan heeft interne weer één afdeling. Dat is conceptueel het meest logisch, anders hebben wij weer twee maal twaalf". Dit is als sfeer creëren gecodeerd vanwege de toon en de reactie op de divisie manager.

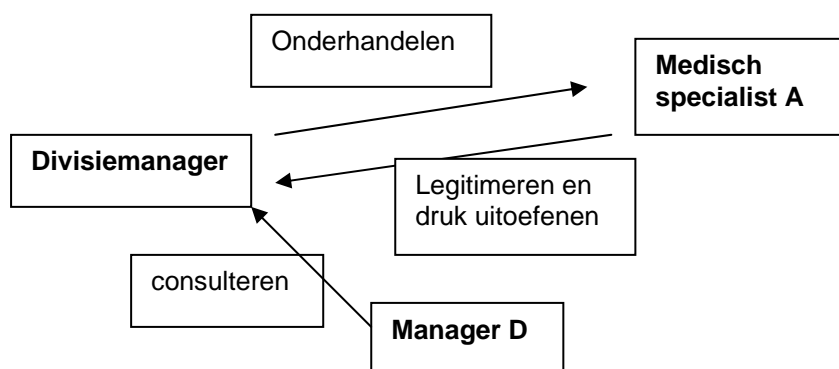
Deze voorbeelden wijzen op een terugkerend patroon in bijeenkomst één in de relatie tussen medisch specialist A en de divisie manager. De divisie manager oefent zijn invloed uit door medisch specialist A te overtuigen. Hierbij maakt hij gebruik van verschillende machtsbronnen. Volgens Bragg (1996: 64) is het van belang dat elk machtsmiddel dat tot de beschikking staat gebruikt moet worden om te beïnvloeden. De divisie manager probeert door gebruik te maken van zijn machtsbronnen de opvattingen, gevoelens en gedragingen van medisch specialist A te veranderen. Dit wordt ook in de literatuur benoemd door Bennebroek Gravenhorst & Boonstra 1997, Boonstra 2003. Volgens hen kunnen personen en groepen door het bezit van machtsbronnen de mogelijkheid hebben om invloed uit te oefenen. Ook medisch specialist A beïnvloedt de bijeenkomst door een bepaalde sfeer te creëren en op bepaalde tijden druk uit te oefenen op het proces. Deze beïnvloeding van het proces is gericht op de divisie manager. Hierbij maakt medisch specialist A ook gebruik van meerdere machtsmiddelen, zoals de rechtsbron, de deskundigheidsbron en de collectiviteitsbron.

Een ander patroon in bijeenkomst één is dat medisch specialist B met de invloedfactor 'rationeel overtuigen' reageert op de divisie manager. Dit patroon is zeven keer voorgekomen. De belangen van medisch specialist B en de divisie manager zijn niet tegenovergesteld. Medisch specialist B denkt mee in het proces en luistert hierbij naar de plannen van de divisie manager. In de gehele bijeenkomst is geen directe communicatielijng gericht van de divisie manager naar medisch specialist B. Wanneer medisch specialist B met argumenten komt luistert de divisie manager, maar gaat er niet direct op in. Een voorbeeld hiervan wordt hieronder besproken. Wanneer de divisie manager een optie aanreikt om vijf dagbehandelingbedden van de chirurgie onder te brengen naar de cardiologie reageert medisch specialist B als volgt. "Waarom lijkt dat raar. Wij liggen op de verloskunde: meneer ik kom u van tampons verlossen, zeg ik wel eens." Hierop moet iedereen lachen. Dit is gecodeerd als 'sfeer creëren'. Daarna gaat hij hier verder serieus op in. "Als je nu kijkt naar hoe dit plaatje in elkaar zit. Cardiologie is altijd buiten schot gebleven. Ik denk dat het erg

belangrijk is om gezien de turn-over daar om dagverplegingpatiënten geconcentreerd te houden. Vandaag had ik dagverpleging op de OK en ik ga dan tussendoor naar de patiënten toe. Maar als ik niet weet waar de patiënt naar toe is gegaan is die volgende patiënt alweer ingeleid. Als je weet naar welke afdeling je loopt dan is dat zo geregeld. Het is effectiever voor alle partijen.” Medisch specialist benadrukt het eerste gedeelte met zijn stem. Hierbij kijkt hij de divisiemanager aan. Het eerste stuk is gecodeerd als ‘legitimeren’. Medisch specialist B maakt hierbij gebruik van de informatiebron. Daarna probeert medisch specialist B de divisiemanager te beïnvloeden door ‘rationeel te overtuigen’. Hierbij maakt hij gebruik van een deskundigheidsbron. Hier reageert de divisiemanager niet op, maar zegt wel het volgende: “Overigens, ze weten dit nog niet op cardiologie. Maai mij niet het gras voor de voeten weg. Daar zit ruimte en je hebt wel gelijk. Cardiologie is altijd buiten schot gebleven voor dit soort acties, en waarom niet.” Het communicatiepatroon dat tussen deze twee personen gevonden is, is dat medisch specialist B actief in het proces meedenkt en door rationeel te overtuigen het proces beïnvloed. Bennebroek Gravenhorst & Boonstra (1997) geven aan dat ieder lid van de organisatie invloed uitoefent om dingen voor elkaar te krijgen. Hierbij vindt er geen beïnvloeding van de divisiemanager naar de medisch specialist toe.

Paragraaf 5.5.2 Bijeenkomst twee

In bijeenkomst twee worden twee patronen gevonden die in figuur 2 worden weergegeven.



Figuur 2: Communicatiepatronen van bijeenkomst twee tussen de divisiemanager en medisch specialist A en manager D.

In bijeenkomst twee zijn geen patronen gevonden in de gedragingen van de managers ten opzichte van de medisch specialisten. Ook zijn geen patronen gevonden van medisch specialist B en C. Wel is een relatie tussen de divisiemanager en medisch specialist A gevonden. In bijeenkomst twee zijn de belangen van beiden tegengesteld aan elkaar. Het onderwerp gaat in deze bijeenkomst nog steeds over de geriatrie en interne. In de literatuur staat dat partijen het besluitvormingsproces beïnvloeden wanneer zij verschillende belangen hebben (Van der Krogt en Vroom 1995, Fehse 2002). Beslissingen zullen in belangrijke mate parallel lopen aan de belangen van de machtigste partij of een coalitie van machtige partijen. Dit wordt ook vanuit de analyse van deze bijeenkomsten bevestigd, omdat het voorstel uiteindelijk niet doorgaat. Medisch specialist A is in deze bijeenkomst een machtige partij. Hieronder volgt een voorbeeld van twee argumenten die de medisch specialist gebruikt om druk uit te oefenen op het besluitvormingsproces. Eén argument betreft de opleiding van de assistenten en het andere argument wordt in het voorbeeld hieronder beschreven. “Nee maar luister, het is geen persoonlijk probleem. Het is niet handig. Nogmaals, er komen 24

bedden interne en zoals het nu is: zes op de geriatrie, zes daar en twee waar we het nog helemaal niet weten. Daarvan zegt de interne, dat doen we niet". Hierbij maakt medisch specialist A gebruik van de rechtsbron en informatiebron. Het eerste deel is gecodeerd als 'legitimeren' en het laatste deel als 'druk uitoefenen'. Ook maakt de medisch specialist in bijeenkomst twee gebruik van het wijzen naar andere voorstellen en probeert zo het proces te beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven in de volgende quote: "Het kruis is, zoals het nu is, dat de longziekten dan weer naar de geriatrie moet en dat willen ze ook niet." Deze beïnvloeding is gecodeerd als 'legitimeren'. Hierbij maakte de medisch specialist gebruik van de informatiebron. De reactie van de divisiemanager was de volgende: "Geriatric vormt daar wel een cruciale factor in met wie je ze ook combineert en wie vindt de oplossing om die acht bedden, zeg nu niet dat het interne moet. Wie vindt de oplossing om een zodanige combinatie te maken dat je geen nieuwe verpleegafdeling hoeft te maken." Hierbij probeert de divisiemanager het besluitvormingsproces te beïnvloeden door van de invloedfactor 'onderhandelen'. Dit is als onderhandelen gecodeerd omdat medisch specialist A daarvoor een ander voorstel doet waar de divisiemanager deze reactie op geeft. De machtsbron die aangewend wordt is de deskundigheidsbron.

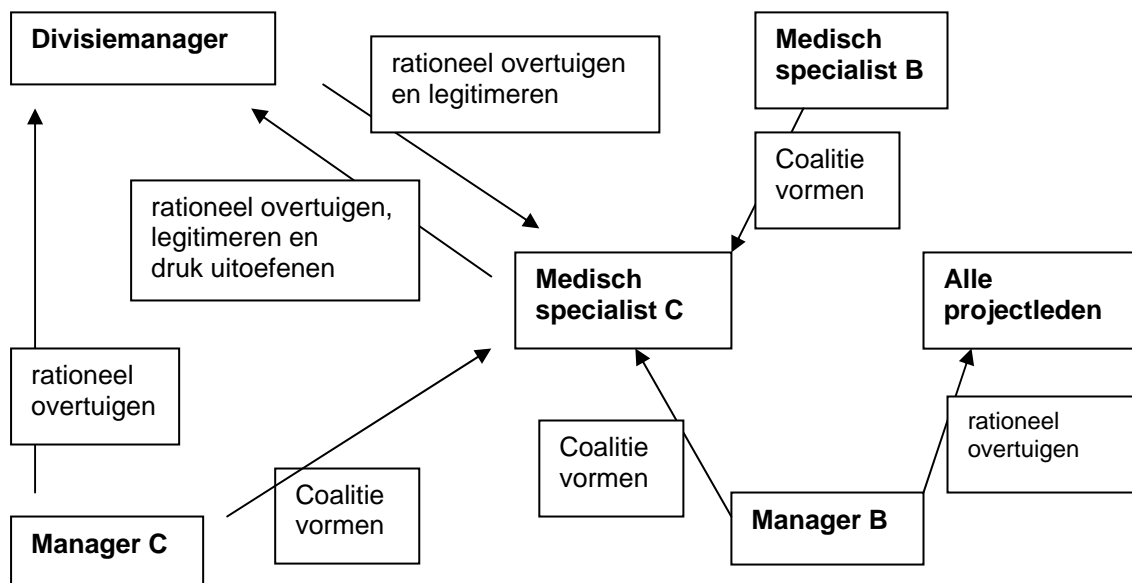
In voorgaande voorbeelden is duidelijk gemaakt dat een terugkerend patroon gevonden is. Medisch specialist A beïnvloedt het proces in bijeenkomst twee door gebruik te maken van de invloedfactoren 'legitimeren' en 'druk uitoefenen'. Ook is er een communicatiepatroon gevonden waarin de divisiemanager medisch specialist A probeert te beïnvloeden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de invloedfactor 'onderhandelen'. Bragg (1996: 63) beschrijft dat personen pas echt machtig kunnen worden wanneer ze vaardigheden hebben ontwikkeld die een centrale rol spelen bij het beïnvloeden van anderen. Met vaardigheden wordt gerefereerd aan de invloedfactoren. Hierbij is van belang dat het activeren van macht berust op beïnvloeding. Om invloed uit te oefenen moet elk machtsmiddel dat tot de beschikking staat benut worden (ibid). Dit is ook uit de analyse gebleken van de bijeenkomst. In bijeenkomst twee zijn verschillende machtsbronnen gebruikt door de divisiemanager om invloed uit te oefenen. De volgende machtsbronnen zijn gebruikt: rechtsbronnen, deskundigheidsbronnen en informatiebronnen.

Hieronder wordt ingegaan op een ander patroon dat ontdekt is bij de analyse van bijeenkomst twee. In de bijeenkomst stelt manager D een aantal maal belangrijke vragen aan de divisiemanager waaruit discussie voortkomt. Een voorbeeld is de volgende vraag: "In hoeverre zijn de plannen voor de oncologie al klaar. In hoeverre is dat een hamerstuk geworden." Hier duidt hij op de plannen met betrekking tot de cytostatica behandelingen. Deze vraag is gecodeerd als 'consulteren'. Een ander voorbeeld van een vraag die manager D stelt is: "gaan we mensen ontslaan?" Deze vraag is wederom gericht aan de divisiemanager en is gecodeerd als 'consulteren'. Van der Krogt en Vroom (1995) benoemen in hun boek *Organisatie is bewegen* dat binnen groepen ook persoonlijke doelen een rol spelen waarom personen bepaalde dingen wel of niet doen. Wanneer het over de afdeling van manager D gaat, zal hij andere belangen hebben dan de divisiemanager. Tijdens de bijeenkomst is het duidelijk dat manager D zich zorgen maakt over zijn personeel. Dat maakte hij duidelijk door de volgende opmerking: "Mag ik dan een opmerking plaatsen. Niemand van 2.7 weet nog wat er mogelijk gaat gebeuren. Ik wil dat ze dat van mij horen." Er is geen duidelijk communicatiepatroon van de divisiemanager terug te vinden naar manager

D toe. De voorgaande voorbeelden zijn gegeven om duidelijk te maken dat er een communicatiepatroon gevonden is tussen manager D en de divisiemanager. Manager D stelt een aantal maal tijdens de vergadering lastige vragen waar een discussie uit voortkomt. Dit is afgeleid uit de discussie die voortkomt uit deze vragen. Hierdoor beïnvloedt hij het verloop van de bijeenkomst. Hierbij maakt manager D gebruik van de invloedfactor 'consulteren'.

Paragraaf 5.5.3 Bijeenkomst drie

In figuur 3 worden de communicatiepatronen weergegeven die uit de analyse zijn gekomen van bijeenkomst drie. In deze vergadering zijn meerdere patronen gevonden tussen verschillende leden van de projectgroep. Deze worden hieronder beschreven.



Figuur 3: Communicatiepatronen in bijeenkomst drie tussen managers, medisch specialisten en de divisiemanager.

Het communicatiepatroon van de divisiemanager en medisch specialist C wordt hieronder beschreven. Bij binnenkomst is duidelijk te zien dat de medisch specialist het niet eens is met het voorstel dat is opgesteld door de divisiemanager en dat de relatie tussen beide niet erg coöperatief is. Medisch specialist C begint als volgt: "Goedemiddag. Ik krijg dit een uur van te voren en daar staat in een soort conclusie dat dit met de." Hij wordt hierop onderbroken door de divisiemanager en er ontstaat een discussie over wanneer de interne memo verstuurd is. De divisiemanager geeft aan dat hij er op dit moment nog niet op in wil gaan, maar eerst wil wachten totdat iedereen er is. Waarop de medisch specialist C op de volgende manier reageert: "ja sorry, ik moest zo even binnen komen. Maar dat geeft wel aan dat dit niet gaat lukken." Hierbij gebruikt de medisch specialist de invloedfactor druk uitoefenen een aantal maal. De rechtsbron wordt hierbij aangewend als machtsbron. Hierdoor wordt de sfeer minder beladen, maar is wel duidelijk dat er nog een discussie over dit onderwerp komt in de bijeenkomst. De divisiemanager reageert hierop met de invloedfactor 'rationeel overtuigen' door het volgende te zeggen: "maar een paar dagen geleden hebben we het echt op de mail gezet hoor." Deze discussie geeft de trend weer van wat er zich afspeelt in de gehele bijeenkomst. Medisch specialist C gebruikt de invloedfactor 'druk uitoefenen' om zijn belangen duidelijk te maken. Een voorbeeld van deze beïnvloeding van het proces is de volgende: "Ook op basis van je getallen klopt het niet. Je moet het eerst

herrekenen, want het klopt niet. Ook al zouden we die 18 halen, dan kloppen je getallen nog steeds niet. Dan missen we nog steeds acht bedden.” Ook maakt de medisch specialist C gebruik van ‘rationeel overtuigen’ en ‘legitimeren’. In het volgende voorbeeld worden deze beiden invloedfactoren gebruikt. Tijdens het praten gebruikt medisch specialist C zijn handen en kijkt de divisie manager aan: “Ik denk dat je hier op uitkomt op drie heelkundige afdelingen en ik denk dat je het dan al heel krap moet doen, want we zitten nu al op de benchmark. Dat is mijn eerste opmerking. En twee dan de argumenten van interne, dat je dus niet clubjes moet doen voor de opleiding. Dus je kunt niet acht bedjes hier doen en vijf bedjes daar, die moet je concentreren en dat houdt in dat de neurologie weg moet of de gynaecologie weg moet, prima. Maar we gaan natuurlijk niet vier bedjes hier en vier bedjes daar, hetzelfde geldt voor de interne en geldt dus ook voor ons.”

Uit de hierboven beschreven voorbeelden is een terugkomend patroon te herleiden. Dit patroon is het gebruik van drie invloedfactoren door medisch specialist C naar de divisie manager toe om het proces te beïnvloeden. Dit zijn de volgende invloedfactoren: ‘rationeel overtuigen’, ‘legitimeren’ en ‘druk uitoefenen’. Hierbij maakt medisch specialist C gebruik van verschillende machtsbronnen, waaronder rechtsbronnen, deskundigheidsbronnen, informatiebronnen en collectiviteitbronnen. De divisie manager maakt gebruik van ‘rationeel overtuigen’ en ‘legitimeren’ om de medisch specialist te beïnvloeden. Uiteindelijk lukt het de divisie manager niet om medisch specialist C zo ver te krijgen dat hij de interne memo accepteert. Het gebruik van harde invloedfactoren komt niet in dezelfde mate naar voren in het onderzoek van Fehse (2002: 215). Zij beschrijft dat in haar onderzoek vooral conflictvermijdend gedrag door de stakeholders wordt gebruikt. Een verklaring voor dit verschil is het verschil in belangen van de stakeholders. Waar het bij haar ging over ICT implementatie, gaat het in dit onderzoek over de beddenreductie van verschillende specialismen.

Hieronder wordt eerst een aantal voorbeelden gegeven van patronen bij manager B en C naar de divisie manager toe. Daarna worden de patronen aan elkaar gekoppeld zodat een duidelijk geheel ontstaat van de communicatie die ontstaat tijdens deze bijeenkomst. Manager C reageert op de divisie manager door het gebruik van de invloedfactor ‘rationeel overtuigen’. De belangen van de divisie manager en manager C zijn met betrekking tot dit onderwerp niet tegengesteld. Hieronder volgt een voorbeeld van de beïnvloeding: “Ik las in je stuk dat er een regulier overleg komt met poliklinieken en dagbehandeling. Het lijkt mij dat er op een gegeven moment een soortachtig van resultaat komt, want er wordt al drie jaar overlegd over dit probleem zonder een concreet iets. Dat kun je wel in een andere setting doen, maar dan zit je over twee jaar nog met hetzelfde logistieke probleem”. Ook manager B gebruikt ‘rationeel overtuigen’ om de projectleden gunstig te beïnvloeden met betrekking tot zijn voorstel. “en natuurlijk, het prikkelt die huizen ook tot creatieve gedachten. Meer aanbod op de vragen die wij stellen. En zeker die heupen, dat is natuurlijk een hele kwetsbare groep patiënten. De mortaliteit binnen een jaar is enorm”. Er zijn geen communicatiepatronen gevonden van de divisie manager terug naar de betreffende manager B en C. Ook zijn er geen patronen gevonden tussen de verschillende managers onderling.

Een patroon in bijeenkomst drie, dat hierboven verduidelijkt is door middel van voorbeelden, bij manager B en C is dat beiden ‘rationeel overtuigen’ gebruiken om invloed uit te oefenen.

Dit is in lijn met wat Boonstra (1997) schrijft, namelijk dat managers vooral de invloedfactoren 'rationeel overtuigen' samen met 'inspireren' en 'consulteren' aanwenden. Een ander patroon bij manager B en C is het gebruik van invloedfactor 'coalitie sluiten' naar medisch specialist C toe. Beiden zijn de medisch specialist te hulp gekomen door tegen de divisie manager in te gaan. Na ongeveer 71 minuten zegt manager C het volgende: "Maar divisie manager, er is toch niks tegen om in de notitie 12 tot 14 bedden aan te passen." Een voorbeeld van de invloedfactor 'coalitie sluiten' van manager B is het volgende: "Ik zit ook eerder in die buurt van die 12/14. Ik zit ook lager dan die 18 bedden." Hierbij maakt hij gebruik van een deskundigheidsbron. Ook medisch specialist B sluit een coalitie met medisch specialist C in bijeenkomst 3. Het volgende geeft hij aan: "maar ik begrijp ook wat medisch specialist C zegt dat je het in je begroting opneemt en dat terwijl je straks te weinig hebt." Een andere opmerking die medisch specialist B maakt over het plan om 24 bedden te sluiten voor de chirurgie: "Ik vind dat je dan moet zeggen als je minder bedden moet sluiten." Bij beide opmerkingen wordt de invloedfactor 'coalitie sluiten' gebruikt. Er is geen duidelijk patroon gevonden van de divisie manager naar medisch specialist B toe.

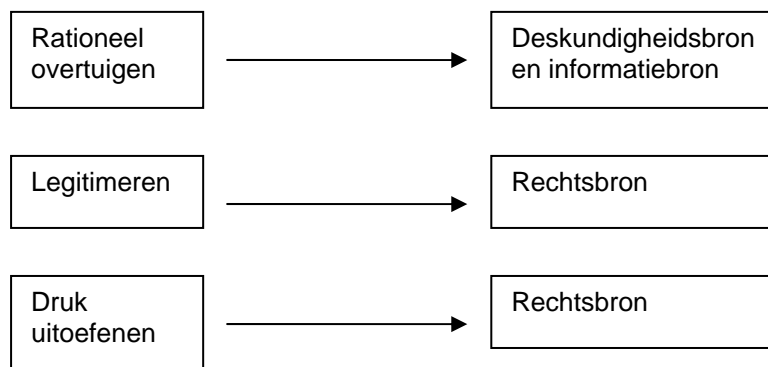
De bovenstaande voorbeelden zijn gebruikt om patronen duidelijk weer te geven. 'Coalitie sluiten' is door verschillende projectleden gebruikt naar medisch specialist C toe om invloed uit te oefenen. Dit is het geval bij manager B, C en medisch specialist B.

In deze paragraaf zijn de communicatiepatronen beschreven die gevonden zijn in alle drie de bijeenkomsten. In de eerste bijeenkomst is de sfeer tussen de divisie manager en medisch specialist A luchtig over het onderwerp geriatric en interne. Het besluitvormingsproces wordt door de medisch specialist met de invloedfactoren 'sfeer creëren' en 'legitimeren' beïnvloed. De divisie manager gebruikt de invloedfactor 'rationeel overtuigen'. In de tweede bijeenkomst gebruikt de medisch specialist de invloedfactor 'sfeer creëren' niet meer, maar gebruikt 'druk uitoefenen'. De divisie manager reageert hierop door een andere invloedfactor te gebruiken en het proces anders te beïnvloeden. Nu gebruikt hij 'onderhandelen' in de communicatie naar de medisch specialist A toe. In het onderzoek van Yukl, Guinan en Sottolano is aangetoond dat de keuze van een bepaalde beïnvloedingstechniek door een aantal facetten bepaald worden (In: Koopman & Boonstra 2005). Dit zijn onder andere de aard van het verzoek, de richting van de beïnvloedingspoging, de macht van de te beïnvloeden persoon en de relatie tussen beiden. Het patroon geeft aan dat wanneer de medisch specialist veranderd qua richting van beïnvloeding de divisie manager ook op reageert. De andere drie facetten zijn in bijeenkomst één en twee gelijk gebleven. In bijeenkomst drie zijn alle vier de facetten verandert omdat de belangentegenstelling van de divisie manager nu met een andere medisch specialist is. Ook is de aard van het verzoek verandert. Uit de analyse is naar voren gekomen dat wanneer medisch specialist A andere invloedfactoren gebruikt de divisie manager hier op inspeelt. In de derde bijeenkomst is een belangenverstrengeling tussen de divisie manager en medisch specialist C. De divisie manager gebruikt in deze bijeenkomst 'rationeel overtuigen' en 'legitimeren' als beïnvloeding. De medisch specialist reageert met de volgende communicatiepatronen: 'rationeel overtuigen', 'legitimeren' en 'druk uitoefenen'. Uit de literatuur blijkt dat een combinatie van beïnvloedingstactieken nodig zijn om een belangrijke poging tot beïnvloeden te doen (Bragg 1996: 215). Dit is tevens evident in de bijeenkomst. Medisch specialist C wordt in zijn beïnvloeding geholpen doordat

managers B en C en medisch specialist B het besluitvormingsproces beïnvloeden door de invloedfactor 'coalitie sluiten' te gebruiken.

Paragraaf 5.6 Patronen machtsbronnen en invloedfactoren

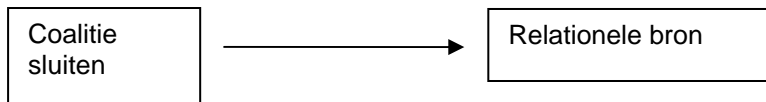
Na de analyse van de communicatiepatronen tussen de projectleden is gekeken naar het gebruik van machtsbronnen bij een invloedfactor. Hiermee wordt de correlatie van het beïnvloeden van een projectlid met daarbij het gebruik van een machtsbron bedoeld. De correlatie wordt in deze paragraaf beschreven. De patronen die zijn gevonden worden in figuur 4 weergegeven. Zowel bij de managers als bij de medisch specialisten zijn dergelijke patronen gevonden. Om deze reden wordt in het figuur geen onderscheid gemaakt tussen beiden groepen. Ook tussen de bijeenkomsten is geen onderscheid gemaakt.



Figuur 4: Patronen tussen de invloedfactoren en de machtsbronnen.

Wanneer de projectleden gebruik maken van de invloedfactor 'rationeel overtuigen' worden de deskundigheidsbron en informatiebron aangewend als machtsbron. In de literatuur wordt dit patroon eveneens beschreven door Yukl (1989) (In: Boonstra 2003). In het artikel *macht en invloed in veranderingsprocessen* wordt beschreven dat het gebruik van feiten en logische argumenten de meest geschikte manier is om expertmacht te gebruiken. Expertmacht wordt hier omschreven als de deskundigheidsbron. In de analyse van de bijeenkomsten komt verder naar voren dat de informatiebron ook gebruikt wordt door de projectleden om de invloedfactor 'rationeel overtuigen' te gebruiken.

Een ander patroon dat gevonden is dat de rechtsbron voornamelijk wordt gebruikt bij de invloedfactoren 'legitimeren' en 'druk uitoefenen'. Deze invloedfactoren zijn harde technieken volgens Boonstra (2003) en worden gebaseerd op de positionele macht van een persoon. De rechtsbron is in het theoretisch kader aangeduid als een positiemacht. Dit houdt in dat een recht verworven wordt op grond van de positie die een persoon heeft in de organisatie (De Caluwé et al 2005). De projectleden (divisiemanager en de medisch specialisten) die de rechtsbron aanwenden hebben deze formele positie ook tijdens de bijeenkomsten. 'Druk uitoefenen' en 'legitimeren' zijn invloedfactoren die worden gebruikt door de rechtsbron aan te wenden. Dit wordt ook aangeduid in de literatuur door Boonstra (2003), zoals hierboven beschreven is.



Figuur 5: Patroon dat gevonden is tussen de invloedfactor en machtsbron van de managers

Een ander opvallend patroon is wanneer de managers de relationele bron aanwenden, deze in alle gevallen gebruikt wordt bij de invloedfactor 'coalitie sluiten'. Dit wordt in figuur 5 weergegeven. Dit patroon wordt evenals in de literatuur weergegeven. De definitie van de relationele bron is het hebben van relaties en contacten met andere partijen die over één of meer machtsbronnen beschikken (Boonstra 2003, Van der Krogt en Vroom 1995).

In deze paragraaf zijn verschillende patronen weergegeven in het aanwenden van machtsbronnen om invloed uit te oefenen. De onderliggende gedachte hierachter is dat een belangrijke voorwaarde om invloed uit te oefenen het beschikken over machtsbronnen is (Boonstra 2003). Bij de invloedfactor 'rationeel overtuigen' worden de deskundigheidsbron en informatiebron als machtsbronnen aangewend. Dit is het eerste patroon dat gevonden is. Een tweede patroon bij het gebruik van 'legitimeren' en 'druk uitoefenen' is dat de rechtsbron wordt aangewend. Deze invloedfactoren worden ontleend aan de positie van de projectleden die deze invloedfactoren hebben gebruikt (De Caluwé et al 2005). Een derde patroon is het aanwenden van de relationele bron bij de invloedfactor 'coalitie sluiten'. In de volgende paragraaf worden de onbewuste invloedfactoren van medisch specialisten beschreven.

Paragraaf 5.7 Onbewuste invloedfactoren van medisch specialisten

In het theoretisch kader zijn vier verschillende aspecten van lichaamstaal uitgewerkt waarop tijdens de bijeenkomsten wordt gelet. In de vergaderingen zijn de gezichtsuitdrukkingen niet geobserveerd, omdat in de bijeenkomsten geen gebruik van videobeelden gemaakt kan worden waardoor de analyse onbetrouwbaar wordt. Immers de onderzoeker kan slechts één gezicht tegelijkertijd observeren. De stem is alleen gecodeerd met behulp van de extra codeerder. De andere aspecten van de lichaamstaal zijn door de observant beschreven aangezien van de bijeenkomsten alleen geluidsopnamen zijn gemaakt. De resultaten van de analyse van de medisch specialisten worden hieronder per subparagraaf belicht. Eerst worden de bevindingen uiteengezet, waarna deze nader worden geanalyseerd.

Paragraaf 5.7.1 Houding

Een eerste aspect van de lichaamstaal dat tijdens de bijeenkomsten wordt geobserveerd, is de houding van de medisch specialisten. Hierbij wordt gekeken naar de manier waarop de medisch specialisten tijdens de vergadering zitten en wat hun houding is. Tevens wordt bekeken wanneer deze houding gedurende de bijeenkomst verandert en in welke gevallen dit opvallend is. Als eerste wordt ingegaan op de eerste bijeenkomst waar twee medisch specialisten aanwezig zijn. In het begin van de bijeenkomst zit medisch specialist A achterovergeleund met zijn ene been over de andere. Deze positie verandert nauwelijks tijdens de bijeenkomst. Ook wanneer zijn sein gaat en later weer terugkomt gaat hij op dezelfde wijze zitten. Medisch specialist B zit voorover geleund naar de notulen te kijken. In het begin van de bijeenkomst is de medisch specialist weinig aan het woord, waarbij zijn houding hetzelfde blijft. Wanneer hij meer gaat spreken verandert zijn houding naar rechtop

achterover in de stoel zittend. Dit is typerend wanneer hij spreekt over zijn eigen ervaringen als medisch specialist. Fast (1982: 105) benoemt dit ook in zijn boek *Omgang met Macht*. Door rechtop te zitten, beschrijft hij, komt iemand zelfverzekerder over dan wanneer iemand in elkaar gedoken zit. Dit is dan zichtbaar bij de medisch specialist, die door rechtop te gaan zitten zijn woorden versterkt. Hierdoor komt hij machtiger over waardoor de managers naar hem luisteren. Tijdens deze bijeenkomst is deze manier van beïnvloeding geobserveerd. In het begin wanneer hij over zijn ervaringen spreekt zijn de managers met elkaar in gesprek, maar wanneer hij rechter op gaat zitten en zijn stemvolume aanpast luisteren ze wel.

Als tweede wordt ingegaan op bijeenkomst twee waar drie medisch specialisten aanwezig zijn. De houding van medisch specialist A is in deze bijeenkomst hetzelfde als bij de eerste, iets onderuit gezakt in zijn stoel. Ook in deze vergadering verandert hij niet van houding. In het luistergedrag van de anderen had dit geen effect. Medisch specialist B zit scheef op zijn stoel, maar zijn houding is wel rechtop. Tijdens deze vergadering verandert medisch specialist B niet van houding. Ook komt hij tijdens deze bijeenkomst niet aan het woord. Medisch specialist C zit scheef op zijn stoel en in een voorover gebogen houding. Hij kijkt naar de notities die voor hem liggen. Wanneer hij spreekt gaat hij rechtop zitten waardoor hij een machtige houding aanneemt.

Als derde wordt ingegaan op bijeenkomst drie die gevolgd wordt door twee medisch specialisten. Hierbij komen verschillende personen achtereenvolgens binnen. Als eerste komt medisch specialist C binnen die het duidelijk niet eens is met het voorstel. Hij gaat hierbij rechtop in de stoel zitten en maakt een paar opmerkingen tegen de divisie manager. Hierbij kan de lichaamstaal, volgens Fast (1982), ons gesproken woord versterken, benadrukken, of overdrijven. In deze bijeenkomst wordt geobserveerd dat de lichaamstaal van medisch specialist C zijn woorden versterkt. Een voorbeeld hiervan is dat de specialist bij binnenkomst met zijn armen zwaait en met een ferme pas binnen komt. Door deze houding krijgt hij een machtige uitstraling waardoor de managers beïnvloed worden. Een tweede observatie is dat wanneer de medisch specialist het niet eens is met de divisie manager, hij rechtop gaat zitten en hierdoor zijn standpunt benadrukt. Door rechtop te zitten beïnvloedt de medisch specialist de bijeenkomst en probeert hij hiermee machtiger over te komen richting de divisie manager. Ook gebruikt de medisch specialist zijn handen wanneer hij spreekt. In het onderzoek is de houding de positie van de handen buiten beschouwing gelaten. Het is moeilijk om onwaarheden te spreken met lichaamstaal omdat deze taal meestal onbewust gesproken wordt (ibid). Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van de volgende observatie. Wanneer in de bijeenkomst over de gemiddelde ligduur van de verschillende specialismen wordt gesproken gaat de arts voorover geleund op de stoel zitten om de notities te lezen. Hierna bladert medisch specialist C door de notities en schrijft met ferme hand diverse cirkels op de notulen waar het gaat over het specialisme chirurgie. Dit doet hij tijdens de bijeenkomst een aantal maal. In deze observatie is het duidelijk te zien dat de specialist het niet eens is met het voorstel. Na 49 minuten komt de bespreking van het plan om 24 bedden te sluiten op de afdeling chirurgie. Nu gaat medisch specialist C rechtop zitten en staat op wanneer hij een berekening op het bord laat zien, om zijn argumenten te ondersteunen. Tijdens het spreken gebruikt hij zijn armen. Hierna komt een discussie tussen de divisie manager en medisch specialist C over dit voorstel. Marwijk beschrijft dat het van belang is om te beseffen dat een enkel signaal niet veel hoeft te

betekenen, maar de combinatie van verschillende signalen vaak veelzeggend is. In de discussie met de divisie manager zit medisch specialist C rechtop en praat met zijn handen waarbij hij een aantal maal met zijn pen op de notities wijst. Ook gebruikt hij zijn stem om zijn woorden kracht bij te zetten. De analyse van de stem wordt verder hieronder beschreven, maar eerst wordt ingegaan op de houding van medisch specialist B. Medisch specialist B komt na 13 minuten binnen en verontschuldigt zich. Hij gaat rechtop zitten en begint met het eten van koekjes. De houding van deze medisch specialist is over het algemeen achterover geleund op zijn stoel zittend. Hij komt naar voren wanneer de divisie manager de notulen doorwerkt. Verder zijn geen opvallende observaties gemaakt bij de houding van deze medisch specialist. In deze bijeenkomst zijn geen onderwerpen aan de orde gekomen waar belangentegenstellingen zijn tussen medisch specialist B en de managers. Dit is een mogelijke verklaring waarom geen opvallende observaties gemaakt zijn. Een duidelijk verschil is te zien in de houding van deze specialist in bijeenkomst 1 en 3. In de eerste bijeenkomst, waar de medisch specialist recht op zat, heeft medisch specialist wel een belang, namelijk de cardiologie erbij betrekken. Dit houdt in dat, zoals ook in de literatuur wordt weergegeven, het aspect houding van de lichaamstaal bepaalde doeleinden laat zien.

Deze voorbeelden wijzen op een terugkerend patroon van de medisch specialisten. Wanneer in de bijeenkomsten een duidelijke belangenverstrengeling tussen beide groepen is, gaan de medisch specialisten rechtop zitten om invloed uit te oefenen. Dit is het geval bij de medisch specialist B en C. De onderwerpen interne en geriatrie zijn in de vorige besprekingen aan bod gekomen waardoor de medisch specialist A op dit moment niet sterk zijn invloed uit hoeft te oefenen. Dit blijkt ook uit zijn lichaamstaal, aangezien hij nonchalant op zijn stoel zit. Wanneer deze onderwerpen worden besproken verandert zijn houding niet. Een verklaring voor deze bevinding kan zijn dat de medisch specialist bij zijn positie blijft en weet dat de divisie manager zonder zijn instemming niks kan veranderen. Hij hoeft zijn machtspositie niet te benadrukken.

Paragraaf 5.7.2 Aanraking

Het tweede aspect van de lichaamstaal dat geobserveerd wordt is de aanraking van mensen. Hierbij gaat het om de volgende twee punten. Allereerst betreft het de vraag of ze elkaar een hand geven voordat de bijeenkomst begint en ten tweede of ze elkaar gedurende de bijeenkomst aanraken. De observaties over dit onderwerp zijn gering. Bij de eerste bijeenkomst geeft medisch specialist A de managers, die zitten te wachten voordat de deur van de vergaderzaal geopend wordt, een hand. Medisch specialist B geeft ook een hand. Onbewust volgt medisch specialist B het voorbeeld van medisch specialist A. Doordat medisch specialist B het voorbeeld volgt en de managers een hand geeft laat hij zien dat zij een groep ten opzichte van elkaar vormen. Hierdoor worden de managers beïnvloed. Medisch specialist A geeft doordat hij de managers een hand geeft onbewust een signaal dat hij even machtig is als zij. Door omstandigheden is bijeenkomst 2 begonnen voordat de observeerder binnen komt. Hierdoor is niet gezien hoe de medisch specialisten binnen komen. Bij de derde bijeenkomst komt medisch specialist C duidelijk geïrriteerd binnen en begint bij binnenkomst direct over het voorstel. Hierbij ging de medisch specialist gelijk zitten en gaf niemand een hand. Deze observatie is niet van betekenis omdat de meeste managers al zitten. Ook geven de managers elkaar in deze bijeenkomst ook geen hand. Medisch

specialist B komt na 13 minuten binnen en gaat direct zitten. Verder zijn er geen opvallende observaties gemaakt over dit onderwerp.

Bij de observaties over dit onderwerp zijn geen patronen gevonden die over het aspect aanraking gaan van de lichaamstaal. Doordat iedereen zit in de bijeenkomsten is aan deze vorm van beïnvloeding ook moeilijk vorm te geven. Bij de eerste bijeenkomst is wel een observatie hierover gemaakt, maar deze is te weinig waargenomen om er een conclusie aan te verbinden. Het idee dat iemand met meer macht iemand meer mag aanraken, zoals Bragg en Fast stellen, (Bragg 1996: 142, Fast 1982: 114-115) kan uit deze observaties dan ook niet worden bevestigd.

Paragraaf 5.7.3 Manoeuvreren met ruimte

Bij de lichaamstaal is het derde aspect dat onderzocht wordt het manoeuvreren met ruimte. In dit onderzoek is de afstand tussen de projectleden buiten beschouwing gelaten. Het oogcontact is tevens meegenomen bij dit onderwerp. Hier zijn de volgende bevindingen over gemaakt. Tijdens de bijeenkomsten komen de verschillende leden rond het tijdstip één voor één, of in groepjes, binnen. Een van de eerste observaties rond dit thema is dat de medisch specialisten bij elkaar gaan zitten en de managers bij de managers. Dit is het geval bij alle drie de bijeenkomsten. De divisiemanager zit in alle vergaderingen aan het hoofd van de tafel. Aan de linkerkant zitten de managers en aan de rechterkant zitten de artsen. In de derde bijeenkomst zit manager B naast medisch specialist C, waarbij zij beiden hetzelfde belang delen. Namelijk dat zij beiden verantwoordelijk zijn voor de chirurgie. De observant zit aan het andere hoofd van de tafel waardoor ze een goed overzicht heeft van wat er zich afspeelt. De belangen van medisch specialist A en de divisiemanager zijn in bijeenkomst één en twee tegenovergesteld. Het ging hier om de onderwerpen geriatrie en interne. In bijeenkomst drie, waarbij het ging over de reductie van 24 bedden chirurgie, zijn de belangen van medisch specialist C en de divisiemanager tegenovergesteld. De belangen van medisch specialist B en de managers zijn over het algemeen niet verschillend. Volgens Bragg (1996) kan lichaamstaal een belangrijke aanwijzing zijn van de relatie tussen personen. Dit wordt ook geconstateerd op basis van de observatie van manager B en medisch specialist C in bijeenkomst drie. Ondanks de luchtige sfeer bij de bijeenkomsten is het door tegenover elkaar te gaan zitten duidelijk dat er belangentegenstellingen zijn tussen de twee groepen.

Een tweede observatie die bij bijeenkomsten 1 en 3 naar voren komen is het oogcontact van de medisch specialisten. Medisch specialist A kijkt diegene aan waar hij tegen spreekt. Wanneer het gespreksonderwerp van interne en geriatrie aan beurt is, kijkt hij vooral de divisiemanager aan. Medisch specialist B maakt in het begin van de eerste bijeenkomst geen oogcontact met de managers, hij kijkt vooral naar de notities die uitgedeeld zijn. Na een kwartier, wanneer hij het over zijn eigen ervaringen heeft, begint medisch specialist B de managers aan te kijken. Hierbij gaat het over het onderwerp van de cardiologie. Medisch specialist C kijkt ook diegene aan waar hij tegen spreekt. Ook in dit geval is dat wanneer het onderwerp van de reductie van bedden komt kijkt medisch specialist C de divisiemanager aan. Volgens Fast (1982) is een van de belangrijkste elementen die van invloed zijn op macht het oogcontact. Wanneer de belangentegenstelling in de bijeenkomsten aan de beurt komen, kijken de medisch specialisten de divisiemanager specifiek aan. Ook Bragg (1996)

beschrijft dat oogcontact een manier is om de communicatie te bevorderen. Door de divisiemanager aan te kijken wordt het standpunt van de medisch specialisten versterkt.

De bovenstaande voorbeelden wijzen op de volgende patronen bij het aspect met manoeuvreren met ruimte. Een eerste patroon is dat de twee groepen tegenover elkaar zitten tijdens de bijeenkomst. Door in een groep te zitten komt iemand machtiger over dan wanneer personen verspreid zijn. Een tweede patroon dat gevonden is tijdens de bijeenkomsten gaat over het oogcontact. De medisch specialisten maken vaker oogcontact wanneer zij hun belang willen versterken maken. Door oogcontact te maken wordt onbewust invloed uitgeoefend op de bijeenkomsten. Iemand die een ander recht aankijkt komt machtiger over dan wanneer naar beneden wordt gekeken. Dit is duidelijk gemaakt bij de voorbeelden die hierboven zijn beschreven.

Paragraaf 5.7.4 Stem

Het laatste aspect van de lichaamstaal is de stem. Hierbij wordt tijdens het coderen gelet op vier verschillende categorieën, te weten resonantie, volume, toonhoogte en snelheid. In de operationalisatie lijst in de bijlagen is deze categorisering benoemd. De resonantie is niet meegenomen in de coderingen, omdat dit lastig te coderen is waardoor de betrouwbaarheid niet vergroot wordt. De opvallende resultaten van de medisch specialisten worden hieronder per aspect beschreven.

Een eerste observatie die gemaakt is na het coderen van de stem gaat over het volume. Een voorbeeld wordt hieronder beschreven. In het begin van de eerste bijeenkomst laat medisch specialist A aan de divisiemanager weten dat hij het niet eens is met het getal van de bedverdeling. Hierbij gaat het volume omhoog. Tevens komt deze observatie voor wanneer medisch specialist B over het onderwerp cardiologie begint. Hierbij gaat het volume van de stem omhoog. Dit onderwerp is voor medisch specialist B van belang aangezien hij er een aantal maal op terug komt. In bijeenkomst 3, waar een duidelijke belangentegenstelling tussen de divisiemanager en medisch specialist C aanwezig is, wordt dit ook waargenomen. Volgens Bragg (1996: 146) is het van belang hoe we iets zeggen. Dit wordt onderstreept door de observaties die gemaakt zijn tijdens de coderingen van de geluidopnamen. De stem van de medisch specialisten gaat omhoog wanneer zij hun belang duidelijk willen maken.

Een tweede observatie die gemaakt is tijdens de bijeenkomsten, is dat de toonhoogte bij alle drie de medisch specialisten varieert wanneer de belangentegenstellingen aanbod komen. Een voorbeeld van medisch specialist C in bijeenkomst 3 volgt hieronder. Wanneer medisch specialist C zegt: "dat kan toch niet. Dat zijn er zes te veel, bij een aannamen van een getal", gaat zijn stem omhoog qua toon. Even later reageert de specialist als volgt als reactie op de divisiemanager: "dat klinkt allemaal mooi en aardig, ik begrijp het allemaal, maar het staat hier en het is opgenomen in de begroting." Hierbij gaat zijn toonhoogte omlaag. In deze bijeenkomsten is geen patroon gevonden wanneer de medisch specialisten hun toonhoogte variëren. Wel is aangetoond dat de medisch specialisten variaties aanbrengen in hun toonhoogte wanneer onderwerpen in de bijeenkomst komen waarbij belangentegenstellingen aan de orde zijn.

De derde observatie gaat over de snelheid van de stem van medisch specialisten. De snelheid van spreken van medisch specialist A, B en C worden in een aantal situaties langzamer wanneer belangrijke gespreksonderwerpen aan beurt komen. Een voorbeeld hiervan is bij het gespreksonderwerp cardiologie voor medisch specialist B. Ook wanneer het onderwerp interne en geriatrie aan beurt komt spreekt medisch specialist A langzamer als hij wil benadrukken dat interne één afdeling wilt hebben. Dit is ook het geval in de tweede bijeenkomst bij medisch specialist A. In de derde bijeenkomst is het duidelijk dat de divisie manager en medisch specialist C een belangenverschil hebben. Wanneer de medisch specialist zijn belang duidelijk wil maken, spreekt hij langzamer dan bij andere onderwerpen.

Een aantal patronen is gevonden naar aanleiding van de observaties die gemaakt zijn tijdens de geluidsopnamen. Verandering van volume, toonhoogte en snelheid van de stem zijn aspecten van de fysieke kant van de taal (Bragg 1996: 146). Deze veranderingen zijn tijdens de bijeenkomsten waargenomen wanneer belangrijke onderwerpen besproken zijn. In de bijeenkomsten worden de volgende veranderingen in de stem waargenomen: het volume gaat omhoog, de toonhoogte is variërend, en de snelheid van de spraak wordt langzamer. In de literatuur wordt weergegeven dat een gezaghebbende stem een stem is die vanuit de borstkas spreekt, dieper van klank is en iets langzamer dan normaal spreekt (Fast 1982: 118). De analyse van de resultaten laat zien dat dit kan worden bevestigd. Het gesproken woord wordt door de verandering in de stem van medisch specialisten versterkt waardoor zij onbewust invloed uitoefenen op het besluitvormingsproces.

In deze paragraaf is een aantal observaties gemaakt over de onbewuste gedragingen van de medisch specialisten. Het uitoefenen van invloed door middel van lichaamstaal is een proces dat subtiel en indirect is (Bragg 1998: 64). Door onderzoek te doen naar deze wijze van invloed uitoefenen zijn de volgende resultaten gevonden. De houding van de medisch specialisten lijken in de drie bijeenkomsten verschillend aan elkaar, maar wanneer een verdere analyse plaats vindt wordt duidelijk dat de specialisten rechtop gaan zitten wanneer er belangrijke gespreksonderwerpen aanbod komen waardoor ze machtiger lijken. Dit is bij medisch specialist B en C duidelijk te zien. Ook maken de medisch specialisten meer oogcontact wanneer deze onderwerpen besproken worden. Het aspect van de stem, waarmee de communicatie plaats vindt, is ook een aantal veranderingen te zien wanneer medisch specialisten invloed uitoefenen. De volgende aspecten van de stem veranderen: het volume gaat omhoog, de toonhoogte wordt variërend en de medisch specialisten spreken langzamer om hun woorden bij te staan. Door bewuster om te gaan met de lichaamstaal overtuig je jezelf en anderen dat je machtig bent. Dit wordt in de literatuur ook onderstreept (Fast 1982: 107, Bragg 1996: 139).

Hoofdstuk 6 Conclusie en Discussie

In dit hoofdstuk worden de conclusies beschreven. In de conclusie wordt een samenvatting weergegeven van de belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek. Ook wordt de probleemstelling van het onderzoek behandeld. De probleemstelling is de volgende: Op welke wijze zullen medisch specialisten onbewust en bewust invloed uitoefenen tijdens het besluitvormingsproces van het project “bedden” in het Kennemer Gasthuis? Tevens wordt in dit hoofdstuk de discussie weergegeven. Dit is een kritische reflectie op de opzet en de uitvoering van het onderzoek dat is uitgevoerd.

Paragraaf 6.1 Conclusie

In de bijeenkomsten zijn verschillende machtsbronnen gebruikt door de projectleden. Medisch specialisten maken vooral gebruik van de rechtsbron, informatiebron en deskundigheidsbron. Dit hangt samen met de positie die zij innemen in de organisatie. Zoals blijkt uit de literatuur kunnen zij vanuit hun positie gebruik maken van de rechtsbron (De Caluwé et al 2005: 97). Ook hebben medisch specialisten, zoals uit de analyse blijkt, voldoende kennis en vaardigheden om beroep te doen op de informatiebron en deskundigheidsbron (Freidson 2001, Van der Heyden 1999, Stevens & Philipsen 2003). De managers maken vooral gebruik van de informatiebron. Uit de analyse blijkt dat alleen de divisie manager, door het bezit van exclusieve rechten en bevoegdheden, gebruik maakt van de rechtsbron. Omdat hij voorzitter van de bijeenkomsten is, en hoger in de hiërarchie van de lijn zit, krijgt hij een bepaalde positiemacht waardoor hij meer machtsbronnen kan aanwenden. Wanneer personen beschikken over machtsbronnen kunnen zij invloed uitoefenen op het besluitvormingsproces. De medisch specialisten oefenen in de bijeenkomsten invloed uit door gebruik te maken van de invloedfactoren ‘rationeel overtuigen’, ‘legitimeren’ en ‘druk uitoefenen’. De managers beïnvloeden het proces door ‘rationeel te overtuigen’. Dit is in lijn met wat Boonstra (1997) schrijft, namelijk dat managers meestal ‘rationeel overtuigen’ samen met ‘inspireren’ en ‘consulteren’ gebruiken als invloedfactoren. In deze bijeenkomsten zijn belangentegenstellingen aanwezig tussen de divisie manager en de medisch specialisten. Het gebruik van de harde invloedfactoren in de bijeenkomsten wordt verklaard door de tegengestelde belangen van medisch specialisten ten opzichte van de divisie manager. Om deze reden reageert divisie manager vaker met de beïnvloedingsfactor ‘legitimeren.’ Deze harde invloedfactor kan leiden tot weerstand voor de besluitvorming, zoals ook in de bijeenkomsten naar voren kwam in de confrontaties met de specialisten. De invloedfactoren ‘inspireren’ en ‘consulteren’ kunnen vaker gebruikt worden door de divisie manager. Deze leiden tot betrokkenheid en steun (Boonstra 2003).

In dit onderzoek is een relatie gelegd tussen het gebruik van machtsbronnen en invloedfactoren tijdens de geanalyseerde bijeenkomsten. Zo is naar voren gekomen dat tijdens de bijeenkomsten de invloedfactor ‘rationeel overtuigen’ vaak wordt gebruikt bij het aanwenden van de deskundigheidsbron en informatiebron. Een andere relatie die gevonden is, is het gebruik van invloedfactoren ‘legitimeren’ en ‘druk uitoefenen’ bij het aanwenden van de rechtsbron. Tevens is gebleken dat het hebben van machtsbronnen een voorwaarde is voor het gebruik van invloedfactoren. Dit fenomeen wordt ook in de literatuur beschreven (ibid, Koopman & Boonstra 2005).

Tevens is in dit onderzoek het onbewuste gedrag van de medisch specialisten geanalyseerd. In totaal zijn vier aspecten onderzocht met betrekking tot de lichaamstaal. Uit de analyse komt naar voren dat medisch specialisten rechtop gaan zitten en vaker oogcontact maken wanneer belangrijke onderwerpen in de bijeenkomsten worden besproken. Door deze lichaamshouding aan te nemen komen ze onbewust machtiger over en oefenen daardoor onbewust invloed uit op het besluitvormingsproces. De houding van de managers is niet onderzocht. Er zijn geen duidelijke patronen gevonden bij de onbewuste gedragingen met betrekking tot aanraking en manoeuvreren met ruimte. Een vierde aspect waar onderzoek naar gedaan is, is de stem. Een aantal veranderingen vindt plaats wanneer medisch specialisten invloed uitoefenen op het proces. Het volume van de stem gaat omhoog en de snelheid van de stem wordt langzamer. Ook de toonhoogte verandert naar een variërende hoogte. Deze conclusies over de onbewuste gedragingen worden ook in de literatuur onderstreept (Fast 1982: 107, Bragg 1996: 139).

Uit het onderzoek is een aantal communicatiepatronen gevonden na analyse van de resultaten. De belangrijkste worden hier beschreven. Uit de analyse is gebleken dat een combinatie van beïnvloedingsfactoren nodig zijn om een belangrijke poging tot beïnvloeden te doen. Dit wordt tevens in de literatuur door Bragg (1996: 215) beschreven. De divisiemanager gebruikt vooral 'rationeel overtuigen' en 'legitimeren' om medisch specialist C te beïnvloeden. Het waargenomen patroon toont dat de medisch specialist vervolgens reageert met de volgende invloedfactoren: 'rationeel overtuigen', 'legitimeren' en 'druk uitoefenen'. Een andere conclusie die getrokken kan worden uit de communicatiepatronen wordt hieronder beschreven. Wanneer de medisch specialisten van beïnvloedingfactor veranderen bij de verschillende bijeenkomsten reageert de divisiemanager hier ook met een andere invloedfactor op. Ook blijkt dat de divisiemanager zijn keuze voor een invloedfactor laat afhangen van de vraag bij welke medisch specialist hij zijn poging onderneemt. Tevens wanneer de aard van het verzoek verandert, namelijk van informierend naar besluitvormend, gebruikt de divisiemanager een andere invloedfactor. In het onderzoek van Yukl, Guinan en Sottolano is aangetoond dat de keuze van een bepaalde invloedfactor door een aantal facetten bepaald wordt (In: Koopman & Boonstra 2005). Dit zijn onder andere de aard van het verzoek, de richting van de beïnvloedingspoging, de macht van de te beïnvloeden persoon en de relatie tussen beiden. In dit onderzoek is te weinig data verzameld om harde conclusies hierover te trekken, maar het zou een goed vervolgonderzoek kunnen zijn wanneer dit in relatie tot de medisch specialist wordt gedaan.

Concluderend kan worden gesteld dat de medisch specialisten tijdens de bijgewoonde bijeenkomsten bewust en onbewust invloed uitoefenen op het besluitvormingsproces. Hierbij maken zij vaak gebruik van dezelfde patronen. Ook is een relatie aangetoond tussen bepaalde machtsbronnen en invloedfactoren.

Paragraaf 6.2 Discussie

In deze paragraaf wordt een reflectie gegeven op dit onderzoek. Op verschillende momenten zijn keuzes gemaakt die gevolgen hebben voor de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek, deze worden hieronder weergegeven.

De interne validiteit van dit onderzoek is niet groot, omdat de bewuste en onbewuste gedragingen een moeilijk en subjectief te beoordelen zijn. Door van te voren een operationalisatie lijst op te stellen en gebruik te maken van een tweede codeerder is geprobeerd dit te ondervangen. Tijdens de observaties bleek dat de lijst voor onbewuste gedragingen te kort schiet. Ten eerste kwam dit omdat het lastig bleek om meerdere personen tegelijk te observeren waardoor tijdens de observaties handelingen gemist zijn. Ten tweede kwam dit omdat niet alle verschillende aspecten van de lichaamstaal zijn meegenomen. Een oplossing is om video-opnamen te maken waardoor de vergaderingen, en de gedragingen, op een later tijdstip terug te zien zijn. Ook is door de onderzoeker en codeerder gemerkt dat het coderen van de bijeenkomsten voor de bewuste gedragingen en de stem moeilijk is. De eerste bijeenkomst is door beiden meerdere keren bekeken om dit te ondervangen. Hieruit blijkt dat de operationalisatie lijst te globaal is gedefinieerd. De gedragingen kunnen beter worden onderzocht naarmate de lijst concreter en scherper geformuleerd is. Door gebruik te maken van de literatuur en het woordenboek is geprobeerd om deze invulling zo concreet mogelijk te houden. Uitgebreider literatuuronderzoek draagt mogelijk bij aan een betere operationalisatie lijst.

Het informele netwerk van medisch specialisten, managers en andere leden van het project zijn in dit onderzoek niet in beeld gebracht. Dit is gedaan omdat de observant niet in deze netwerken kan binnendringen. De kracht van deze netwerken mag niet worden onderschat. Ook beïnvloeden andere stakeholders die van het project af weten het besluitvormingsproces. Tijdens de bijeenkomsten bleken deze twee processen aanwezig, aangezien de projectleden hieraan een aantal maal refereerden. Om deze reden moet een kritische noot geplaatst worden bij het onderzoek. Een andere beperking van dit onderzoek is de aanwezigheid van de observant tijdens de bijeenkomsten. Projectleden gedragen zich anders wanneer ze weten dat gelet wordt op hen. Tijdens de bijeenkomsten is een aantal maal gewezen op de opnameapparatuur. Door tijdens de inleiding van het onderzoek niet duidelijk te vertellen dat het onderzoek specifiek over medisch specialisten gaat, is geprobeerd zo veel mogelijk rekening te houden met deze bias.

De generaliseerbaarheid, ook wel externe validiteit genoemd, is in dit onderzoek klein. De observaties zijn bij één projectgroep gemaakt waardoor de situatie gericht is op een specifieke situatie. Door te bekijken of er vergelijkbare studies zijn gedaan en deze te vergelijken met dit onderzoek zal de externe validiteit zo hoog mogelijk gehouden worden. Ook is de hoeveelheid aan data gering waardoor niet gegeneraliseerd kan worden.

De externe betrouwbaarheid van dit onderzoek is redelijk. Door de operationalisatie lijst open te houden is geprobeerd om de herhaalbaarheid te vergroten. Ook door een gedetailleerde beschrijving te geven van de bijeenkomsten, de rol van de onderzoeker en codeerder en door in de resultaten zo veel mogelijk verschillende voorbeelden te geven wordt dit zoveel mogelijk gewaarborgd.

Hoofdstuk 7 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen aan het management en de medisch specialisten gedaan naar aanleiding van de conclusies en discussie.

Paragraaf 7.1 Aanbevelingen medisch specialisten en management

Allereerst worden enkele aanbevelingen aan het management gemaakt naar aanleiding van dit onderzoek. Managers gebruiken tijdens deze bijeenkomst vooral de invloedfactor 'rationeel overtuigen' om het besluitvormingsproces te beïnvloeden. Door ook vaker gebruik te maken van andere zachte invloedfactoren, zoals 'inspireren' en 'consulteren,' kan betrokkenheid en steun worden gecreëerd voor het proces. De oplossingen voor de onderwerpen van de bijeenkomsten zijn allemaal door de managers bedacht. Door aan de medisch specialisten advies te vragen en over mogelijke oplossingen na te laten denken, worden deze betrokken bij de problemen. Tevens kan dit door de medisch specialisten verantwoordelijk te stellen voor het eindresultaat. Ook moet het doel van de bijeenkomsten herhaald worden, zodat duidelijkheid wordt gecreëerd voor alle projectleden. Een tweede aanbeveling voor de managers gaat over de lichaamstaal. Door de houding van de medisch specialisten te observeren kan bekeken worden of zij tegengestelde belangen in de bijeenkomst hebben. Hierdoor kunnen zij beter anticiperen op de medisch specialisten. Een derde aanbeveling die gemaakt kan worden op basis van het onderzoek heeft betrekking op het onbewust beïnvloeden. Uit de analyse van de medisch specialisten blijkt dat wanneer belangrijke onderwerpen tijdens de bijeenkomst aanbod komen, zij rechter op gaan zitten en personen meer aankijken. Als in de kern geen macht aanwezig is, heeft uiterlijk vertoon van macht geen zin (Fast 1982: 177). De managers hebben wel degelijk machtsbronnen tot hun beschikking, dus zouden zij door bewust gebruik te maken van de lichaamstaal hun beïnvloeding vergroten. Een vierde aanbeveling voor de managers komt uit de analyse op basis van het manoeuvreren met ruimte. In de bijeenkomsten is geobserveerd dat de medisch specialisten bij elkaar gaan zitten en de managers bij de managers. Wanneer een manager hetzelfde belang heeft als de medisch specialist, in dit geval bij het onderwerp chirurgie, gaan deze ook bij elkaar zitten. De aanbeveling is om de projectleden bewust door elkaar te laten zitten aan de vergadertafel. Hierdoor ontstaan geen groepen met dezelfde belangen waardoor groepsmacht gecreëerd wordt.

Fehse (2002) beschrijft dat het bezit van macht soms al genoeg is om het gedrag van die andere persoon te veranderen. In bijeenkomst één en twee is de houding van medisch specialist A onderuit gezakt. Hij weet dat de divisiemanager zonder zijn instemming niks kan veranderen. Medisch specialist A hoeft zijn machtspositie niet te benadrukken. Een aanbeveling voor de divisiemanager is om zich hier niet bij neer te leggen, maar om te spelen met de lichaamstaal van hemzelf zodat hij de medisch specialist kan beïnvloeden. De divisiemanager kan observeren wat er gebeurt als hij zelf onderuit gezakt gaat zitten of juist rechtop met een gezaghebbende stem gaat spreken. Dit is tevens een onderwerp voor vervolgonderzoek, maar ook een aanbeveling voor de divisiemanager.

Ook is een aanbeveling te formuleren richting de medisch specialisten. Tijdens de bijeenkomsten is gebleken dat wanneer medisch specialisten van invloedfactor veranderen de divisiemanager dit ook doet. Wanneer medisch specialisten gebruik maken van harde

invloedfactoren, zoals 'druk uitoefenen' en 'legitimeren,' reageert de divisiemanager ook met een harde invloedfactor. In de bijeenkomsten blijkt dat door het gebruik van deze factoren weerstand wordt gecreëerd wat een nadeel is voor de medisch specialisten. Door vaker gebruik te maken van de zachte invloedfactoren, zoals 'inspireren' en 'consulteren,' zal steun en betrokkenheid worden gecreëerd voor de medisch specialisten. Hierdoor vergroten zij hun invloed op het besluitvormingsproces zonder aan deze beïnvloeding een negatieve klank te geven.

In de analyse van dit onderzoek is een relatie gelegd tussen de invloedfactor 'rationeel overtuigen' en het aanwenden van de deskundigheidbron en informatiebron. Een aanbeveling voor de medisch specialisten komt hier uit voort. Medisch specialisten moeten, vaker dan ze nu al doen, gebruik maken van de invloedfactor 'rationeel overtuigen' zodat deze machtsbronnen aangewend worden. Door hun kennis en vaardigheden wenden zij de deskundigheidbron en informatiebron aan. Wanneer de medisch specialisten vaker gebruik maken van deze zachte invloedfactor kunnen zij het proces, zoals in de voorgaande alinea beschreven staat, positief beïnvloeden.

Een aanbeveling richting alle projectleden gaat over de combinatie van invloedfactoren. Uit de analyse is gebleken dat een combinatie van beïnvloedingsfactoren nodig zijn om een belangrijke poging tot beïnvloeden te doen. Door bewust de verschillende beïnvloedingsfactoren toe te passen door de projectleden, wordt tijdens de bijeenkomsten belangrijkere beïnvloedingspogingen gedaan. Ook is het noodzakelijk, zoals uit de conclusie naar voren komt, om de invloedfactor aan te passen aan de aard van het voorstel, de richting van de beïnvloedingspoging, de macht van de te beïnvloeden persoon en de relatie tussen beiden. Projectleden moeten de keuze voor de invloedfactor bewust maken, zodat deze zo effectief mogelijk gebeurt. Een aanbeveling over welke invloedfactoren de projectleden vooral moeten gebruiken om steun en betrokkenheid voor een voorstel te krijgen is hierboven beschreven. In de volgende paragraaf is een aanbeveling gemaakt over een vervolgonderzoek over deze vier verschillende facetten.

Paragraaf 7.2 Aanbevelingen voor nader onderzoek

Deze paragraaf is opgebouwd uit aanbevelingen om nader onderzoek te doen in de onderwerpen macht en beïnvloeding. Deze zijn geformuleerd aan de hand van de conclusie en discussie.

Een nader onderzoek over de lichaamstaal met betrekking tot de gezichtsuitdrukkingen en armen is van belang voor medisch specialisten. Het onderzoek levert naar verwachting scherpere resultaten op als gebruik wordt gemaakt van video-opnamen om het onbewuste aspect volledig weer te geven. Hierdoor worden de onderzoeksvariabelen beter in beeld gebracht en is het mogelijk om scherpere conclusie te formuleren. Een ander vervolgonderzoek heeft ook op deze aspecten betrekking, namelijk de reactie van de managers op deze veranderingen van de lichaamstaal.

Een andere aanbeveling is om naar de relatie te kijken van de invloedfactoren en machtsbronnen. In dit onderzoek is getracht deze in beeld te brengen, maar te weinig data is verzameld om scherpe conclusies te trekken. In een vervolgonderzoek zou het aantal

bijgewoonde vergaderingen vergroot moeten worden, zodat patronen eenvoudiger gevonden kunnen worden en de betrouwbaarheid van deze patronen toeneemt. Hieruit volgt ook een andere aanbeveling. Door naar één projectgroep te kijken is niet duidelijk geworden of de communicatiepatronen persoonsafhankelijk zijn of dat het van andere factoren afhangt. Hier zou ook verder onderzoek voor nodig zijn om dit in beeld te krijgen.

Een vervolgonderzoek wordt aanbevolen naar de keuze van een bepaalde invloedfactor in relatie tot de medisch specialist. Wordt de keuze bepaald door de macht van de medisch specialist, of juist door de richting van de beïnvloedingspoging? Is de keuze verschillend wanneer gesproken wordt tussen managers onderling of van manager naar medisch specialist toe? Dit zijn interessante vragen waar verder onderzoek voor nodig is.

Bronvermelding

- Baarda, de Goede en van der Meer- Middelburg, 1996, Open Interviewen. Groningen: Stenfert Kroese
- Bachrach. P. & Baratz. M. 1970. *Power and Poverty; Theory and practice*. Vierde druk, 1973. New York: Oxford University Press, Inc.
- Bennebroek Gravenhorst, K. & Boonstra, J. J. 1997. *Beïnvloedingsgedrag van adviseurs in veranderingsprocessen* [internet]. JaapBoonstra, 16-12-2006 [Aangehaald op 11-01- 2007]. Bereikbaar op <http://www.jaapboonstra.nl/publicaties/adviseren/Invloedstactieken%20van%20adviseurs.pdf>
- Boonstra, J.J. 2000. *Lopen over water*. Amsterdam: Vossiuspers AUP.
- Boonstra, J. J. 2004 *Organiseren en communiceren* [Internet]. Sioo, 18-01-2007 [aangehaald op 12-01-2007]. Bereikbaar op [http://www.sioo.nl/ upload/artikelen/16_artikel_document.pdf](http://www.sioo.nl/upload/artikelen/16_artikel_document.pdf)
- Boonstra, J. J. 2004. *De dynamiek van verander- en leerprocessen binnen organisaties* [internet] Sioo, 18-01-2007 [aangehaald op 13-01-2007] Bereikbaar op [http://www.sioo.nl/ upload/artikelen/18_artikel_document.pdf](http://www.sioo.nl/upload/artikelen/18_artikel_document.pdf)
- Boonstra, J.J. 2003. *Macht en invloed in veranderingsprocessen* [internet]. Jaap Boonstra, 16-12-2006 [aangehaald op 18-01-2007]. Bereikbaar op <http://www.jaapboonstra.nl/publicaties/leidinggeven/Macht%20en%20invloed%20in%20veranderingen.pdf>
- Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. 2005. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Achtste herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. [124]
- Bragg. M. 1996. *Invloed en macht; Zo krijg je zaken voor elkaar*. Amsterdam/ Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Caluwé, L. et al. 2005. *Essenties van organiseren, managen en veranderen*. Tweede druk. Schiedam: Scriptum Management. [2002]
- Dahl, R. A. 1961. *Who Governs?*. New Haven: Yale University Press.
- Doorewaard. H. 1989. *De vanzelfsprekende macht van het management*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Fast. J. 1982. *Omgang met macht*. Vertaling. Leiden: A.W. Bruna & Zoon
- Fehse. K.I.A. 2002. *The role of organisational politics in the implementation of information systems: Three casus in a hospital context*. ©: Fehse. K.I.A. Printting: Print Partners Ipskamp.
- Freidson. E. 2001 'The Assault on Professionalism'. In: *Reader Veranderen en Vernieuwen*. Rotterdam: iBMG [115-124]
- 't Hart, H. et al. 1996. 'Hoofdstuk 9 Veldonderzoek'. In: *Reader Methoden en technieken*. Rotterdam: iBMG [111-126]
- Van der Heyden. J.T.M. 1999. 'Professionele autonomie en ziekenhuizen'. *Reader Organisatie en Strategie*. Rotterdam: iBMG (2006) [91-106]
- Hulst. E.H. & Tiems. I. (red). 1999. *Het domein van de arts*. Maarsen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Kil, A. 2004. *Mediation: de constructie van de gelijkmatigheid*. Juriat, 12-02-2007 [aangehaald op 12-02-2007]. Bereikbaar op

<http://www.juriat.com/mediation%20%20de%20constructie%20van%20gelijkmachtigheid.PDF>

- Koopman, P.L. & Boonstra, J. 2005. *Effectiviteit van beïnvloedingstactieken van managers*. [internet]. JaapBoonstra, 29-01-2007 [aangehaald op 29-01-2007]. Bereikbaar op <http://www.jaapboonstra.nl/publicaties/leidinggeven/Beïnvloedingstactieken%20van%20managers.pdf>
- Van der Krogt, Th.P.W.M. en Vroom C. W. 1995. *Organisatie is bewegen*. Derde druk, tweede oplage. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV. [1988]
- Marwijk. F. *De taal die iedereen spreekt* [internet]. Bodycom Lichaamscommunicatie, 14-02-2007 [aangehaald 14-02-2007]. Bereikbaar op <http://www.lichaamstaal.nl/lichaamstaal.html?macht.html>
- Melsse, J. 2002. De kunst van het decoderen en coderen [internet]. Sioo, 19-07-2005 [aangehaald op 15-02-2007]. Bereikbaar op http://www.sioo.nl/upload/artikelen/35_artikel_document.pdf
- Meurs, P. 1995. 'De keerzijde van het reorganiseren.' In: Drs L. Boon, *Ontwikkeling in de gezondheidszorg deel 21: Zorgen & Veranderen*, 58-61. Amstelveen: Platform voor Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg
- Mintzberg. H. 1983. *Power in and around Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Mintzberg.H. 2004. *Organisatiestructuren*. Eerste druk, zeventiende oplage. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc. [1992]
- Munduante, L. & Bennebroek Gravenhorst, K. 2003. *Power Dynamics and Organisational Change: An Introduction* [internet]. Pulseplus, 18-10-2006 [aangehaald op 12-01-2007]. Bereikbaar op <http://www.pluspulse.nl/downloads/APIR%20intro.pdf>
- Noordergraaf. M. & Meurs. P. L. 2002. 'Verwarde managers; professionalisering van managers in de zorg'. In: *Reader Veranderen en Vernieuwen*. Rotterdam: iBMG. [141-158]
- Peeters, T. et al. 2002. Meta-analyse over de psychometrische eigenschappen van enkele veelgebruikte projectieve technieken [internet]. e-thesis, 10-08-2007 [aangehaald op 10-08-2007]. Bereikbaar op http://www.ethesis.net/meta_analyse/meta_analyse.htm
- Poucke, A.B.M. 1995. 'Managers en veranderingen: over ankers, koersen en zelfreinigende teams.' In: Drs L. Boon, *Ontwikkeling in de gezondheidszorg deel 21: Zorgen & Veranderen*, 41-45. Amstelveen: Platform voor Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg
- Roodbol. P.F. 2005. *Theoretisch Kader*. Bibliotheek Universiteit Groningen, 13-02-2007 [aangehaald op 13-02-2007]. Bereikbaar op <http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/management/2005/p.f.roodbol/h2.pdf>
- Schrijvers J.P.M. 2002. *Hoe wordt ik een rat? De kunst van het konkelen en samenzweren*. Tweede druk. Schiedam: Scriptum Management [2002]
- Segers, J. & J. Hutjes. 1999. 'De gevalstudie'. In: *Reader Methoden en technieken*. Rotterdam: iBMG (2006) [183-210]

- Stevens F. & Philipsen H. 2003. Professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg. In: *Reader Veranderen en Vernieuwen*. Rotterdam: iBMG. [239-244]
- Stoopendaal. A. & van der Scheer. W. 2004 *Macht in de gezondheidszorg: meten is weten*. [internet]. Ikcnet, 12-01-2007 [Aangehaald op 12 januari 2007]. Bereikbaar op http://www.ikcnet.nl/uploaded/nieuws/onderbouwing_top100.doc
- Terpstra- Tong. J. & Ralston. D. 2005. *Moving toward a global understanding for upwards influence strategies: an Asian perspective with directions for cross-cultural research*. [internet]. Faculty staff, 12-01-2007 [aangehaald op 12 januari 2007]. Bereikbaar op <http://faculty-staff.ou.edu/R/David.A.Ralston-1/5.pdf>
- Van der Vlist. R. 1981. *De dynamiek van sociale systemen; de bijdrage van de sociale psychologie aan de veranderkunde*. Alphen aan den Rijn/ Brussel: Samsom Uitgeverij.
- 1999. Van Dalen: Groot Woordenboek Der Nederlandse Taal. Dertiende herziende uitgave. Utrecht, Antwerpen: Van Dalen Lexicografie.

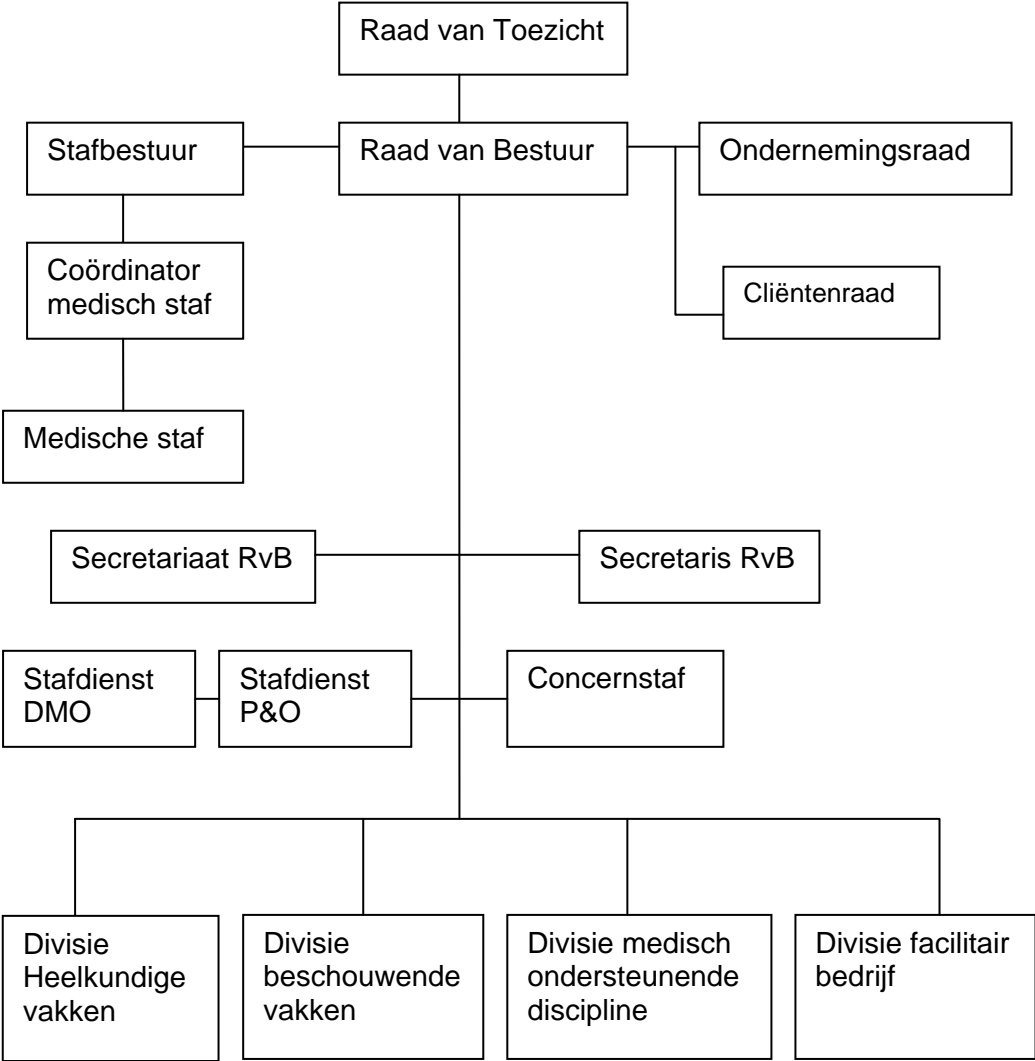
Bijlagen

I Organogram Kennemer Gasthuis

II Operationalisatie lijst machtsbronnen

III Operationalisatie lijst invloedfactoren

Bijlage I Organogram Kennemer Gasthuis



Bijlage II Operationalisatie lijst machtsbronnen

Machtsbronnen	Operationalisatie
Economische bronnen	<ul style="list-style-type: none"> - Toewijzen van goederen, diensten of belonen - Onthouden van goederen, diensten of beloningen - Richten op de doelmatigheid/ zuinigheid/ spaarzaamheid van goederen, diensten of beloningen
Fysieke bronnen.	<ul style="list-style-type: none"> - direct bedreigen - dwang - confronteren
Rechtsbronnen (gezag)	<ul style="list-style-type: none"> - beeld van autoriteit - vastgestelde bevoegdheid om beslissingen te nemen - bevoegdheid op grond van geestelijk overwicht
Deskundigheidsbronnen	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis en vakbekwaamheid op enig gebied, zoals expertise en project kennis (specifieke kennis over het project of expertise) - Kennis die niemand anders bezit in de bijeenkomst
Informatiebronnen	<ul style="list-style-type: none"> - het gebruik van operationele kennis - selectieve informatie uitten - overdragen van kennis - algemene uiting van kennis - kennis die algemeen bekend is
Relationele bronnen	<ul style="list-style-type: none"> - individueel relaties aangaan - in betrekking staan tot personen met invloed
Persoonlijke bronnen	<ul style="list-style-type: none"> - persoonlijk beroep doen op iemand - zich opstellen tussen intiem en informeel - op zijn gedrag en karakter aanspreken
Historische bronnen	<ul style="list-style-type: none"> - aanhalen van eerdere gebeurtenissen - het positief/ negatief spreken over deze eerdere gebeurtenis
Collectiviteit bronnen	<ul style="list-style-type: none"> - Creëren van samenspraak - Zoeken van ondersteuning bij anderen - Negeren van ideeën van anderen - Expliciet buitensluiten van anderen

Bijlage III Operationalisatie lijst Invloedfactoren

Invloedfactoren	Operationalisatie
Rationeel overtuigen	<ul style="list-style-type: none"> - Bewijs leveren - Doordrongen van hetgeen zijn - Gebruik van expertise kennis - Gebruik van project kennis - Gebruik van operationele kennis - Gebruik van feiten of logische argumenten
Inspireren.	<ul style="list-style-type: none"> - Enthousiasme wekken; verruktheid, van iets vervuld zijn - Ingeven, inblazen, inboezemen en de drang bij iemand wekken
Consulteren.	<ul style="list-style-type: none"> - Betrekken van personen bij het maken van strategieën, activiteiten of veranderingen die belangrijk zijn voor de uitvoering van het project - Betrekken van andere stakeholders bij beslissingen - Uitnodigen van andere stakeholders bij het besluitvormingsproces - Hulp zoeken bij anderen - Advies vragen bij anderen - Collegiaal overleg plegen
Sfeer creëren	<ul style="list-style-type: none"> - Complimenteren, vleien of behulpzaam zijn - Creëren van goede wil - Begrip tonen/ onbegrip tonen - Stemming in de omgeving positief/ negatief beïnvloeden
Persoonlijk beroep doen	<ul style="list-style-type: none"> - Persoonlijk beroep doen op iemand - Vragen van een gunst - Expliciet aan iemand iets vragen/ vertellen
Onderhandelen.	<ul style="list-style-type: none"> - gunst verlenen in ruil voor wat anders - informatie uitwisselen - Compromis sluiten - Uitspelen van personen
Coalitie sluiten.	<ul style="list-style-type: none"> - Creëren van samenspraak - Verbond sluiten met anderen - Zoeken van ondersteuning bij anderen - Negeren van ideeën van anderen (mentale exclusie) - Expliciet buitensluiten van anderen (beslissen over plan

	met deel van de stakeholders)
Legitimeren	<ul style="list-style-type: none"> - beeld van autoriteit laten zien - aanspraak maken op zijn bevoegdheid - wijzen op de rechtvaardigheid en onrechtvaardigheid van het voorstel
Druk uitoefenen	<ul style="list-style-type: none"> - dwang - controleren - indringende verzoeken (sterke aandrang op iemand uitoefenen) - intimideren - beschuldigen van anderen bij besluitvormingsproces

Invloedfactoren Onbewuste aspecten	Operationalisatie
Houding	<ul style="list-style-type: none"> - Beschrijven hoe de medisch specialisten binnen komen - Veranderd de houding tijdens de bijeenkomst - In welke gevallen was dit opvallend
Aanraking	<ul style="list-style-type: none"> - Geven ze elkaar een hand tijdens de bijeenkomst - Raken ze elkaar aan tijdens de bijeenkomst
Manoeuvreren met ruimte	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe ver zitten de partijen uit elkaar - Spelen ze met territorium - Hoe is het met het oogcontact
Stem: Resonantie Volume Toonhoogte Snelheid van spreken	<ul style="list-style-type: none"> - Borstkas - neus - Hele harde stem (1) - harde stem (2) - gemiddelde stem (3) - zachte stem (4) - hele zachte stem (5) - Heel hoog (1) – hoog (2) – gemiddeld (3) – laag (4) - heel laag (5) - Heel snel (1) – snel (2) – gemiddeld (3) – langzaam(4) - heel langzaam (5)