

Henk Smeijsters

Vakmanschap is meesterschap

De professional als middelpunt van management en onderzoek¹

Toen de fabriek werd overgenomen rukte de papieren bureaucratie op. Opeens voerden productiviteit, financiële plaatjes en quota de boventoon. Vanaf dat moment werden de gitaarbouwers bewaakt door systeemanalisten. CBS had niet door dat een gitaar iets is dat je lief moet hebben. Men opperde: Als jullie elektrische gitaren met draadjes bouwen, kunnen jullie ook radio's bouwen. (Freddie Tavares over de overname van Fender Guitars door CBS in 1965; citaat uit Wheeler, 2004, p. 123)

Dit citaat illustreert een paradox: de protocollen die bedoeld waren om de productie op te voeren, leverden het tegendeel op. De regels botsten met het vakmanschap van de gitaarbouwers, waardoor de kwaliteit van de gebouwde gitaren afnam. In het bedrijfsleven, de zorg en het onderwijs hoor je tegenwoordig de klacht dat bureaucratie het vakmanschap ondermijnt, en dat de organisatie met protocollen, regels en procedures probeert vast te leggen wat voorheen door vakmanschap gewaarborgd was.

Waarom zijn protocollen, regels en procedures eigenlijk ontwikkeld, en welke argumenten pleiten er tegen? Het begon toen professionals hun autonomie opeisten en een eigen vakteritorium afbakenden. Dit had tot gevolg dat er binnen de organisatie nauwelijks sprake was van gemeenschappelijk beleid, laat staan van geformaliseerde proces- en effectbewaking. De managers eisten vervolgens dat de professionals hun handelen expliciteerden en lieten toetsen. In de hulpverlening kregen onderzoekers de taak om het geweldige aanbod van interventies de maat te nemen. Volgens critici leidde dit uiteindelijk tot een 'diarree van beoordelingsmechanismen', het 'virus van het cijferfetisjisme' (Putters in Reerink, 2005) en 'perverse effecten' (WRR, 2004).

In dit artikel sta ik stil bij problemen die voortkwamen uit de autonome positie van de professional, en bij de oplossingen die bedacht zijn om het handelen van de

¹ Gepubliceerd in het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2006, 61 (11), 930-941. Met toestemming van de redactie ter beschikking gesteld aan *ScienceGuide*. Voor meer informatie over dit tijdschrift zie *MGv Stuur maar op*.

professional transparanter en efficiënter te maken en de effecten ervan te meten. Daarna ga ik in op de nadelige gevolgen die deze oplossingen kunnen hebben voor de persoonlijke professionaliteit. Tot slot schets ik een oplossing waarbij creatieve professionaliteit, onderzoek en creatief management elkaar versterken.

Problemen van vroeger

In organisaties met hoogopgeleide vakmensen hadden de professionals het meestal voor het zeggen Wierdsma & Swieringa (2002) spreken van een ‘doorlerende organisatie’, waarin personen werken die ‘doorgeleerd’ hebben. De professional maakte zelf uit wat er binnen zijn vakgebied gebeurde. De markt speelde een ondergeschikte rol. Het aanbod werd vormgegeven vanuit de theorie en onderzoeksresultaten van de eigen wetenschappelijke school. Leren viel samen met individueel steeds bekwaamer worden. Er was geen sprake van samenwerkend leren en creëren over de grenzen van het eigen vakgebied heen.

In de managementliteratuur werd gesproken van de ‘neurose van de professional’ (Van Delden, 1991). Men bedoelde dat de professional door het samenvallen van vak en persoon moeilijk zijn eigen opvattingen kan loslaten Zijn bereidheid om vakinhoudelijk de controle uit handen te geven was niet groot, en hij verzette zich tegen innovaties die hun oorsprong niet in het eigen vakgebied hadden en niet door hemzelf gestuurd werden. Verschillende auteurs signaleerden dat de weerstand en afweermechanismen van de professional het ontstaan van de ‘lerende organisatie’ belemmerden (Senge, 1990; Kets de Vries, 1996).

Managers hadden geen zicht op het werk van de professionals. Wat de professionele hulpverlener binnen de muren van zijn behandelkamer deed, bleef (behalve voor de cliënt en de hulpverlener zelf) vaak een groot geheim. Cliënten konden jarenlang in behandeling zijn, zonder dat voor de manager duidelijk was of dat iets had opgeleverd. Het handelen van de professional moest dus doorzichtiger, meer geprotocolleerd en op effectiviteit getoetst worden.

Oplossingen

Transparantie, efficiëntie en standaardisatie

Om de praktijk zichtbaar te maken, ontwikkelen hulpverleners in de gezondheidszorg protocollen. Zo werd het ook mogelijk om de efficiëntie van hun handelen te beoordelen. Het standaardiseren van behandelingen leidt tot kwaliteitsverbetering, omdat cliënten niet meer afhankelijk zijn van individuele benaderingen van individuele hulpverleners. Het elektronische patiëntendossier is een voorbeeld van het gestandaardiseerd vastleggen van gegevens. In de verpleeghuiszorg legt het Resident Assessment Instrument (RAI) voor elke bewoner in cijfers vast of sprake is van doorligwonden, gewichtsverlies, valincidenten, kathetergebruik, deelname aan activiteiten, agressief gedrag enzovoort (Luyendijk, 2006). Deze cijfers worden gebruikt bij het opstellen van het behandelplan. De verpleegkundigen kunnen daardoor hun werk beter doen.

Effecten meten

Managers sporen werknemers aan tot resultaatgerichtheid. En die resultaten moeten meetbaar zijn. Naast efficiëntie wordt effectiviteit een kernwaarde van de organisatie. Om te kunnen controleren of deze waarden gehaald worden, zijn in de zorg *evidence based practice* (EBP) en richtlijnen ingevoerd. Wat de manager aanduidt als *accountability* is vergelijkbaar met wat onderzoekers verstaan onder 'effectmeting'. Met instrumenten wordt gemeten welk effect de protocollen hebben, en in landelijke richtlijnen wordt op basis van onderzoeksresultaten vastgelegd welke protocollen wel en niet ingezet moeten worden.

Plan, do check, act

Om ervoor te zorgen dat een instelling resultaatgericht werkt, is een manager nodig die ervoor zorgt dat die resultaten er komen, tegen zo gering mogelijke kosten en met zo groot mogelijke opbrengst en kwaliteit. Om de manager scherp te houden is in veel organisaties *performance management* ingevoerd. De manager laat jaarplannen en jaarverslagen maken, voert de PDCA-cyclus (plan-do-check-act) in, sluit met medewerkers prestatiecontracten af, houdt functionerings- en beoordelingsgesprekken, werkt met Persoonlijke Ontwikkelingsplannen (POP) en beschrijft verschillende functies die differentiatie in beloning mogelijk maken.

Gevolgen van protocollering

Dat alle protocollen, regels en procedures niet bij iedereen bijval oogsten, zou je kunnen opmaken uit de vele kritische boeken, tijdschrift- en krantenartikelen. De professionals zelf hebben nogal wat kritiek op de rigide invoering van protocollen en procedures

De paradox van standaardisatie en maatwerk

Standaardisatie gaat mank aan het 'one size fits all' denken (De Bruijn, 2005). Een groot nadeel van protocollen is volgens Tonkens (2004) dat ze voorbijgaan aan de diversiteit van de vraag, de noodzakelijke variatie in behandeling en de competenties van de professional om zelf te bepalen wat er moet gebeuren. In de hulpverlening zijn geen twee cliënten en geen twee behandelingen aan elkaar gelijk. Neem bijvoorbeeld pijn, angst of verdriet. Dat zijn subjectieve ervaringen die zich onttrekken aan kwantificering die ze gelijkschakelt (Aldridge, 2004). In deze gevallen kunnen therapeuten niet volstaan met het uitvoeren van protocollen. Zij moeten de gecompliceerde problemen en interactieprocessen van de cliënt empathisch tegemoet treden (Buchholz, 1999). Probeert men aan de diversiteit tegemoet te komen met nog meer richtlijnen en protocollen dan leidt dit tot een dolgedraaide bureaucratie: meer management en minder professionaliteit in de behandeling en dus minder kwaliteit (Hutschemaekers in Jansen, 2005).

Uitholling van de professionaliteit

Protocollen en richtlijnen kunnen het professionele handelen ondersteunen. Maar de persoonlijke professionaliteit van de hulpverlener is tegenwoordig door de nadruk op het toepassen van richtlijnen en uitvoeren van protocollen naar de achtergrond verschoven. Terwijl een geëngageerd professional een garantie is dat het werk goed wordt uitgevoerd, verdwijnt bij de professional als 'toegepast wetenschapper' de geest uit de persoon. In plaats van mensen te stimuleren hun persoonlijke professionaliteit te ontwikkelen, in te zetten en aan de praktijk te toetsen, lijken ze nu gereduceerd tot uitvoerders (Hutschemaekers e.a. 2006). Niet alleen de problemen van cliënten worden gestandaardiseerd, de professionals evenzeer. De professional is een uitwisselbare uitvoerder geworden die er als 'denkende subjectiviteit', niet meer toe doet (Van der

Laan, 2003/04). Hulpverlening is dan: het door specifieke interventies beïnvloeden van specifieke problemen.

Het 'interventieparadigma' waarin protocollen de behandeling sturen, heeft als nadeel dat zowel hulpverlener als cliënt afstand doet van het 'probleemeigenaarschap' (Hutschemaekers e.a., 2006). Een cliënt heeft een hulpverlener nodig die hem ontmoet in zijn uniek-zijn. De cliënt wil zijn eigen verhaal kunnen vertellen.

Papieren waarheid

Bureaucratie die ontstaat vanuit goede bedoelingen (De Bruijn, 2005) kan ontaarden in het volgende: 'De ene helft van het jaar schrijven we onze plannen op, de andere helft van het jaar zijn we kwijt aan verantwoording over de resultaten.' (Frissen, 2005)

Managers proberen greep te krijgen op proces en product, door dat wat professionals doen te benoemen, en te onderwerpen aan 'kwaliteitszorg'. Een gevolg is dat er steeds meer op papier staat, en dat datgene wat de professional doet, daarmee vereenzelvigd wordt. Het management stelt mensen aan die moeten controleren of er wel gebeurt wat er op papier staat. Volgens sommigen leidt dit tot 'intensieve menshouderij' (Peters & Pouw, 2004) en een 'gevangenis' waarin mensen elkaars cipier zijn (Frissen, 2005). Verbrugge (2005) ziet management en controle als 'zinloos geweld'.

Volgens deze critici worden de professionals klemgezet in een pro forma systeem dat niet alleen verlamt maar ook veel tijd kost, terwijl ze liever hun energie steken in hulpverlening op maat. Het beleidsdocument *De krachten gebundeld* (GGZ Nederland, 2004, p. 8) signaleert dat professionals

...zich verloren voelen in de bureaucratie die overheids- en instellingsbeleid met zich meebrengen. [...] De relatie tussen hulpverlener en patiënt moet weer centraal staan. Professionals moeten meer ruimte krijgen en nemen hun vak te ontwikkelen en uit te oefenen. [...] Daarbij moet de inhoudelijke kennis van de professional input vormen voor het beleid van het management.

Metten is niet altijd weten

Hulpverleners brengen naar voren dat de gouden standaard van het experimentele onderzoek, de *randomised controlled trial* (RCT), het effect van hulpverlening slechts ten dele kan weergeven omdat veel cruciale factoren buiten beschouwing blijven (Seligman, 1995; Buchholz, 1999; Rustin, 2001; Smeijsters, 2005). De uitkomst van

het experiment geeft geen inzicht in de wijze waarop het proces tussen hulpverlener en cliënt verloopt, en in wat er zich daadwerkelijk afspeelt.

Gestandaardiseerde hulpverlening maakt het mogelijk om effectmaten en richtlijnen op te stellen die de hulpverlening gaan dicteren. Aldridge (2004) ziet een technocratische elite met een gebrek aan praktische ervaring zich opwerpen als inquisiteur die oordeelt dat slechts een bepaalde vorm van onderzoek tot *evidence* leidt. Onervaren onderzoekers, zo stelt hij, denken dat ze op basis van reductionistische onderzoeksresultaten richtlijnen kunnen opstellen die ervaren professionals voorschrijven hoe ze beter kunnen handelen.

In de hulpverlening gaat het in eerste instantie niet om efficiëntie en de wet van de grote getallen, maar om kwaliteit afgestemd op het individu (Tonkens, 2004). Niet alles wat te meten is, is belangrijk, en niet alles wat een belangrijk resultaat oplevert, is meetbaar. Echte kwaliteit bij complexe en contextgebonden problemen valt door de zeef van de reductionistische en gestandaardiseerde items die weliswaar betrouwbaar zijn, maar als puntje bij paaltje komt niet dat kunnen meten wat echt belangrijk is. Weggeman (in Prij & Jansen, 2005b), die de kwantitatieve oriëntatie van de huidige MBA-opleidingen hekelt, onderstreept dat niet alles wat er in een organisatie toe doet meetbaar is. Managers die geschoold zijn in statistiek, zijn daarmee nog niet competent om complexe menselijke processen te doorzien.

Senge (1990) stelt dat weten meer is dan rationeel denken en dus ook niet louter rationeel gemeten kan worden. Hij loopt daarmee vooruit op Damasio (2003) die spreekt over het 'kernzelf', waarin hij het niet-rationale weten positioneert. Het kernzelf bestaat uit een non-verbaal, niet-cognitief en niet-cijfermatig weten. Iemand die alle cijfers en kengetallen in zijn hoofd heeft en 'objectief' analyseert, en alle consequenties tegen elkaar afweegt, neemt daarmee geen betere besluiten. Hoofdelijke kennis en hoofdelijke besluiten hebben vaak een slechte uitkomst vergeleken met intuïtieve besluiten die voortkomen uit het kernzelf (Damasio, 2004).

De ontzielde organisatie

In plaats van het 'bezielde weten' dat Senge beschrijft, signaleren kritische organisatieadviseurs het ontstaan van een 'ontzielde organisatie'. Tissen (2004) schetst een treurig beeld van organisaties waar inspiratie, bezieling en creativiteit plaatsgemaakt hebben voor eenvormigheid, eenzijdigheid en conformisme. Wie gecontroleerd wordt gaat zich indekken. Mensen zijn bang betrap te worden, spelen op

safe, praten alleen over wat goed gaat, vertonen risicomijdend gedrag, en kiezen voor routines met gewisse afloop. Waar niks mag mislukken, kan ook niks nieuws ontstaan. Binnen de gezondheidszorg klinken soortgelijke geluiden. De *top down*-aansturing in de gezondheidszorg is gebaseerd op het verouderde concept van ‘technische rationaliteit’ (Hutschemaekers, 2001; Tonkens, 2004). Er wordt te weinig gebruik gemaakt van het talent, de ervaring, intuïtie en creativiteit van professionals.

Alhoewel Cools (2005) het resultaat van de recente golf van *corporate governance* (het goed, efficiënt en verantwoord leiden van een onderneming) per saldo positief inschat, constateert hij na een onderzoek onder 36.000 werknemers dat controle demotiveert en het ondernemerschap aantast. Kreuze en Jetten (2006) deden bij 32 GGZ-instellingen onderzoek naar de werkbeleving van medewerkers in relatie tot organisatieontwikkeling. Zij constateren dat bij veranderingsgezinde instellingen de betrokkenheid bij het werk hoger is als het management erin slaagt om rekening te houden met de belangen van de professionals.

De professional komt in het nauw als hij niet zelf op situaties kan inspelen, zijn persoonlijke professionaliteit niet kan ontwikkelen, te veel tijd kwijt is met het produceren van een papieren werkelijkheid, en alleen afgerekend wordt op gestandaardiseerde maten. Veranderingsgezinde instellingen die dit weten te voorkomen, hebben in dubbel opzicht de toekomst: zij geven de professional het gevoel dat zijn organisatie bij de tijd is, én dat hij zijn werk goed kan doen.

Oplossingen voor morgen

Een adequaat functionerende organisatie is in evenwicht. Dat evenwicht rust op drie peilers: creatieve professionaliteit, co-creatief onderzoek en creatief management. Ik bespreek ze hier alle drie.

Creatieve professionaliteit

Omdat in de praktijk meer dan eens sprake is van variëteit, ambiguïteit en verandering, biedt standaardisatie alleen de oplossing van gisteren. De hulpverlener heeft geen zekerheid over de uitkomst van zijn interventies omdat de praktijk vaak anders is dan de theorie doet vermoeden. Onvoorspelbare praktijksituaties vragen om denken en handelen op maat. In het belang van de cliënt moet de professional het recht opeisen

om samen met de cliënt een visie op de behandeling te ontwikkelen en een behandeling uit te voeren die past bij diens individuele problematiek. De professional moet meer vrijheid durven nemen om een eigen aanpak te ontwikkelen (Hutschemaekers in Jansen, 2005).

De hamvraag is waar protocollen het professionele handelen ondersteunen, en waar ze aan dit handelen zijn eigenheid ontnemen. Protocollen moet je (aldus Hutschemaekers) weggooien als ze de reflectie op de eigen praktijk vervangen. De professional is meer dan een verzameling van kunstjes. Protocollen en richtlijnen sturen op gedrag maar niet op professionele intuïtie – die (aldus De Groot, 1997) het geheime wapen is van de expert. De hulpverlener moet over *esprit de finesse* beschikken waarmee hij in staat is in te spelen op het *present moment* (Stern, 2004). Objectiviteit en subjectiviteit, calculatie en uniciteit, maakbaarheid en ‘ontstaanbaarheid’ zijn even hard nodig (Smeijsters, 2004; Tissen, 2006).

Onderzoek als co-creatie

In veel psychologisch en psychotherapeutisch onderzoek wordt gepoogd met behulp van gestandaardiseerde meetinstrumenten de psychische werkelijkheid in de greep te krijgen en verbanden te leggen tussen een grote groep variabelen op grond van grote hoeveelheden respondenten. De overtuiging hierachter is dat elk gedrag op basis van multicausale verbanden van variabelen voorspelbaar is, en dat er causale verbanden bestaan tussen interventies die therapeuten uitvoeren en oplossingen voor de problemen van cliënten. Maar in situaties waarin de standaardinterventie en standaardmaat geen oplossing bieden is onderzoek nodig waarbij geen scheiding bestaat tussen onderzoekers, hulpverleners en cliënten.

In de Evidence Based Practice (EBP) wordt naast de resultaten van experimenteel onderzoek de praktijkkennis meegewogen. Van de onderzoekshiërarchie wordt echter niet afgeweken. Meta-analyses van RCT's staan bovenaan en de resultaten van kwalitatief onderzoek en de mening van experts staan onderaan. De term ‘practice based evidence’ (PBE) geeft aan dat ook een ander perspectief mogelijk is: beschouw cliënten en hulpverleners als experts op hun eigen terrein, breng intuïtie en subjectiviteit terug in het debat over effectiviteit en reconstrueer succesvolle praktijken. PBE is ervaringskennis opgebouwd vanuit reflectie op casuïstiek (Van der Laan (2003/4). Van der Laan baseert zich daarbij op De Groot (1980; 1986) die stelt dat het ‘objectief’, ‘betrouwbaar’ en ‘valide’ meten van gedrag weinig zegt over het ‘mentale

model'. Je moet, aldus De Groot, luisteren naar wat mensen je vertellen over wat ze geleerd hebben. In de plaats van gedrag komen 'zachte' effecten, 'subjectief gemeten op belevingsniveau'.

Volgens De Groot kun je alleen door een diepte-interview er achter komen wat er echt in iemand omgaat. Hij onderzocht de 'betekenisvolle relaties' die schakers tussen schaakstukken waarnemen. Een onderzoeker die deze 'beleving' wil onderzoeken moet proberen zich dezelfde 'betekenisvolle relaties' eigen te maken. Dit impliceert onder meer dat de onderzoeker bekend moet zijn met schaken en de beleving van de schaker. Net zo kunnen we stellen dat onderzoek naar hulpverlening van de onderzoeker vraagt dat hij zich moet verplaatsen in de beleving van hulpverlener en cliënt.

Creatief management

Starren (in Prij en Jansen, 2005a) spreekt van 'vitaal leiderschap' als een leider geen standaardverhaal houdt, maar een eigen authentiek verhaal weet te vertellen. Zo'n leider is geen manager die de organisatie ziet als een machine, geen manager die controleert en bureaucratiseert. Creatief management impliceert dat de manager een 'onderzoeker' mag en moet zijn. Starren bedoelt daarmee een onderzoeksattitude die het mogelijk maakt complexe problemen op je te laten inwerken zodat het 'kernzelf' (Damasio) de kans krijgt intuïtie te ontwikkelen.

De creatieve manager maakt 'mentale ruimte' en *zero space* mogelijk. Lekanne Deprez en Tissen (2002) beschrijven de *zero space*-organisatie als een organisatie waarin ruimte is voor een vrije uitwisseling van ideeën en denken, vanuit nieuwe perspectieven. Er is 'mentale ruimte' die *empowerment* en creativiteit bij professionals mogelijk maakt (Tissen, 2004; Tissen & Lekanne Deprez, 2005). Als mentale ruimte aanwezig is voelen medewerkers zich vrij om nieuwe dingen te ontwikkelen. Bureaucratie wordt minder belangrijk en maakt plaats voor informele wisselende samenwerkingsvormen die snel kunnen anticiperen op wat er in de buitenwereld gebeurt. Creatief management laat medewerkers zelf problemen signaleren en hiervoor oplossingen bedenken.

Hulpverlening gericht op *empowerment* kan dus niet uit de voeten met een onderzoeksparadigma dat aansluit bij het interventieparadigma. Hulpverlening gericht op empowerment ondersteunt cliënten bij het zelf oplossen van en omgaan met

problemen, ziet de hulpverlener niet als autonoom expert, noch als uitvoerder van protocollen en beschouwt de cliënt niet als object van interventies.

Een andere kijk op hulpverleners impliceert een andere kijk op onderzoek doen. Er is een vorm van praktijkonderzoek nodig die incalculeert dat cliënten en professionals aan elkaar en aan anderen hun verhalen te vertellen. Als het vertellen wat je beleeft essentieel is voor hulpverlening, moet dat ook het geval zijn bij onderzoek. Om zo'n onderzoek mogelijk te maken is een organisatie nodig waarin ook professionals aan elkaar verhalen kunnen vertellen.

De balans: kind noch badwater weggooien

Een goede balans tussen professionaliteit, management en onderzoek komt tot stand als praktijkkennis en experimentele kennis, professionele autonomie en standaardisatie van het handelen geïntegreerd worden. Voor zover in het verleden sprake was van een 'neurose van de professional' moeten we daar niet naar terug. Omdat ieder mens blinde vlekken heeft (ook de professional die consciëntieus zijn werk doet) blijven transparantie, standaardisatie (waar mogelijk) en effectiviteit (waar meetbaar) belangrijke waarden. We moeten evenmin terug naar de situatie waar *consensus based* een grauw compromis betekende omdat iedereen mocht meepraten, noch naar de situatie waar degene met de luidste stem zijn mening kan doordrukken.

Praktijkkennis van hulpverleners en ervaringskennis van cliënten moeten op systematische wijze ontwikkeld worden. Dat kan met praktijkonderzoek dat hulpverleners en cliënten hun verhaal laat vertellen, impliciete kennis expliciet maakt, hulpverleners en cliënten laat reflecteren op hun ervaringen, deze laat uitwisselen, en ze vergelijkt met de resultaten van experimenteel onderzoek. Daarvoor zijn kwalitatieve, 'constructivistische' praktijkgerichte onderzoeksmethoden beschikbaar (Denzin & Lincoln, 2000; Smeijsters, 2005), die vooral oplossingen voor praktijkproblemen willen vinden. Dergelijk onderzoek volgt de leercyclus van professionals in de praktijk (ontwerpen, uitproberen, reflecteren, aanpassen van het ontwerp) en maakt gebruik van de 'community of practice': personen met dezelfde ervaringsachtergrond en met soortgelijke praktijkprobleem. De met elkaar bedachte oplossing wordt in praktijk gebracht, aan de praktijk en de theorie getoetst. Het expliciteren van de praktijkkennis van de hulpverlener en de ervaringskennis van de cliënt, 'practice based evidence' als

resultaat van praktijkonderzoek, ‘mentale ruimte’, en *zero space* die de ‘lerende organisatie’ mogelijk maken, vormen een natuurlijke eenheid.

In de woorden van De Bruijn (2005) gaat het om goede *checks and balances* tussen cliënten, professionals, managers en onderzoekers. Ramondt en Scholten (2005) stellen voor om coalitiespelregels af te spreken. Kaasenbrood, Van der Werf en Hanneman (2006) komen tot dezelfde conclusie. Praktijkonderzoek is een uitstekend middel om te zorgen voor goede *checks and balances*.

Literatuur

- Aldridge, D. (2004). *Health, the individual and integrated medicine*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bruijn, H. de (2005). Maak spanningen management & professionals vruchtbaar. In G. van den Brink, T. Jansen en D. Pessers (red.), *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Amsterdam: Boom. (p.143-154).
- Buchholz, M.B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Cools, K. (2005). *Controle is goed vertrouwen nog beter. Over bestuurders en corporate governance*. Assen: Van Gorcum.
- Damasio, A.R. (2003). *Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Damasio, A.R. (2004). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. Berlin: List Taschenbuch.
- Delden, P. van (1991). *Professionals. Kwaliteit van het beroep*. Amsterdam: Veen Uitgevers.
- Denzin, N.K., & Y.S. Lincoln (eds.)(2000). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Frissen, P. (2005). Hard op weg naar totalitaire samenleving. *NRC Handelsblad*, 20 oktober, p. 6.
- GGZ Nederland (2004). *De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ*.
- Groot, A.D. de (1986). *Begrip van evalueren*. Den Haag: Vuga.
- Groot, A.D. de (1997). Intuïtie is onmisbaar voor schakers. *NRC Handelsblad*, 27 mei.
- Groot, A.D. de, & J.C. Traas (1980). *Onderwijs van binnen en van buiten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hutschemaekers, G. (2001). *Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Inaugurale Rede. Nijmegen: SUN.

- Hutschemaekers, G., B. Tiemens & A. Smit (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP – De Gelderse Roos.
- Jansen, T. (2005). Professionalisering in geestelijke gezondheidszorg dolgedraaid. In gesprek met Giel Hutschemaekers. In G. van den Brink, T. Jansen en D. Pessers, D. (red.), *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt* Amsterdam: Boom, p. 217-223.
- Kaasenbrood, A., B. van der Werf & P. Hanneman (2006). Getemde professionals, gestremde zorg. Over Algemene Regels van Boven en controle op naleving. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 9-21.
- Kemmis, S., & R. McTaggart (2000). Participatory action research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (eds.), *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications, p. 567-605.
- Kets de Vries, M.F.R. (1996). *De uitdaging van het leiderschap*. Schoonhoven: Academic Service.
- Kreuze, J., & B. Jetten (2006). Professionals onder druk: beroepszeer of instellingseer? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 742-750.
- Laan, G. van der (2003/4). De professional als expert in practice-based evidence. *Sociale Interventie*, 12, 5-16.
- Lekanne Deprez, F.E. (2003). *Van elementaal belang: kennismanagement als waardeversneller*. Inaugurale rede. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Lekanne Deprez, F., & R. Tissen (2002). *Zero space. Moving beyond organizational limits*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Luyendijk, W. (2006). Met lege po's plassen minder bewoners in bed. Verpleeghuizen trekken ten strijde tegen de 'collectieve onmacht om zorg op feiten te baseren. *NRC Handelsblad*, 25 februari, p.3.
- Peters, J., & J. Pouw (2005). *Intensieve menshouderij*. Schiedam: Scriptum Management.
- Prij, J., & T. Jansen (2005a). Idealisering van de Verlichting leidt tot verknipte organisatieopvatting. In gesprek met Harry Starren. In G. van den Brink, T. Jansen en D. Pessers (red.), *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Amsterdam: Boom, p.124-131.
- Prij, J., & T. Jansen (2005b). Over vervreemding van de Rijnlandse werkcultuur & vergeten schoonheid. In: G. van den Brink, T. Jansen en D. Pessers (red.),

- Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt.* Amsterdam: Boom, p. 101-107.
- Ramondt, J.J., & G.R.M. Scholten (2005). De professional en de manager. Coalitiegenoten? *Management & Organisatie*, 59, 6, 5-19.
- Reerink, A. (2005). Ziekenhuis en huisarts krijgen rapportcijfers. Prestatiemetingen moeten openheid brengen in de zorg. *NRC Handelsblad*, 11 november, p. 2.
- Rustin, M. (2001). Research, evidence and psychotherapy. In C. Mace, S. Moorey en B. Roberts (eds.), *Evidence in the psychological therapies*. New York: Brunner Routledge, p. 27-45.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 12, 965-974.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday Currency.
- Smeijsters, H. (2004). Leren en creëren bij onderwijsinnovatie. In C. Stam, A. Evers, P. Leenheers, A. de Man & R. van der Spek (red.), *Kennisproductiviteit. Het effect van investeren in mensen, kennis en leren*. Amsterdam: Pearson Education, p. 201-215.
- Smeijsters, H. (red.)(2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company.
- Tissen, R.J. (2004). 'Wie niet denkt, die niet doet'. *De praktische betekenis van de kenniseconomie voor ondernemingen, organisaties, bestuurders en managers*. Heemstede: Holland Business Publications.
- Tissen, R.J. (2006). *Van organisaties naar organiseren*. Lezing tijdens de Masteropleiding Personal Leadership Innovation and Change. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Tissen, R., & F. Lekanne Deprez (2005). Motivatie in de kenniseconomie: impasse door gebrek aan passie? *Tijdschrift voor HRM*, 1, 39-50.
- Tonkens, E. (2004). *Mondige burgers, getemde professionals*. Utrecht: NIZW.
- Verbrugge, A. (2005). Geschonden beroepszeer. In G. van den Brink, T. Jansen en D. Pessers (red.), *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Amsterdam: Boom, p. 108-123.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Wheeler, T. (2004). *Die grosse Stratocaster-Chronik. 50 Jahre Fender Stratocaster. Bergkirchen: PPV Medien.*

Wierdsma, A.F.M., & J. Swieringa (2002). *Lerend organiseren. Als meer van hetzelfde niet helpt.* Groningen: Stenfert Kroese.

Summary

H. J. M. F. Smeijsters

'Professionalism Breeds Mastery. The Professional as Hub of Management and Research'

The author describes how the professional in the modern health care system is embedded in management and research methods that force him to standardize problems and treatment as well as treatment outcomes. Transparency, efficiency, efficacy and accountability are driving forces in today's health care system. From a history of professional autonomy, nowadays the professional is developing into a person paid to apply standardized packages for well-defined problems. The author discusses the benefits of developing standards of behavior and evidence-based practice as well as the pitfalls of a system with no mental space for the professional to find solutions to the complex problems he encounters in daily practice. He shows how professionals can co-create knowledge from the lived experience, whereby the client's and the professional's empowerment is crucial and evidence-based practice and practice-based evidence are well-balanced.

Personalia

Dr. H.J.M.F. Smeijsters (1952) is lector van de kenniskring Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) van de Hogeschool Zuyd, Hogeschool Utrecht en het ArtEZ Conservatorium Enschede. Hij is hoofdopleider van de Masteropleiding Vaktherapieën en lid van de kenniskring Kennisorganisaties en Kennismanagement van de Hogeschool Zuyd. Adres: Hogeschool Zuyd – KenVaK, Postbus 550, 6400 AN Heerlen; E-mail: h.smeijsters@hszuyd.nl KenVaK website: <http://kenvak.hszuyd.nl>
Homepage: www.smeijsters.nl