

Span of control van afdelingsmanagers in ziekenhuizen

Onno Bouwmeester, Yvette Boog en Paul Algra

SAMENVATTING De span of control van afdelingsmanagers verschilt gemiddeld een factor twee tussen verschillende medische afdelingen van drie vergelijkbare, grote algemene ziekenhuizen. Het verschil is terug te voeren op het type afdeling. De span of control kan volgens de organisatietheorie afhangen van vier clusters van oorzaken: de invloed van de manager, de afdelingsorganisatie, de kenmerken van de ondergeschikten en de aard van het werk. Deze factoren verschillen echter niet zodanig in de onderzochte ziekenhuizen, dat zij een bevredigende verklaring kunnen bieden voor het gevonden verschil in span of control. De taakopvatting en professionele doelstellingen van de afdelingshoofden bieden hiervoor een beter aanknopingspunt. Wij noemen dit een bedrijfspolitieke verklaring.

Drs. O. Bouwmeester studeerde economie en filosofie. Hij was zes jaar verbonden als (senior) adviseur aan KPMG Bureau voor Economische Argumentatie. Sinds 2001 is hij universitair docent aan de VU.

Drs. Y.S. Boog studeerde bedrijfskundige economie aan de VU. Zij heeft haar afstudeerstage gevolgd bij Medisch Centrum Alkmaar (MCA) en begin 2003 afgerond met de afstudeerscriptie 'zorgen over managementomvang in ziekenhuizen?'. Dr. P.R. Algra studeerde geneeskunde aan de VU, is opgeleid tot radioloog in het LUMC en subspecialiseerde zich tot neuro-radioloog in het VU ziekenhuis alwaar hij in 1992 promoveerde. Sindsdien werkzaam in het MCA als afdelingshoofd radiologie.

De auteurs bedanken Prof. Dr. P.G.W. Jansen, Dr. M.J. Wolters en de referenten voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.

1 Inleiding

Het aandeel managers in de gezondheidszorg staat sterk in de publieke belangstelling. Vaak wordt gehoord dat het aantal managers sterker gegroeid is dan het aantal werknemers dat directe patiëntenzorg verricht. Zeker in tijden van kostenbeheersing van de gezondheidszorg zou dit een bedenkelijke ontwikkeling zijn. Er zijn echter geen harde cijfers die de veronderstelling 'teveel managers' onderbouwen. De cijfers die wel een indicatie geven, zijn stabiel. Het aandeel van de salariskosten van managers op de totale salariskosten in ziekenhuizen is de laatste tien jaar ongewijzigd op circa 6% gebleven (Kanters, Van der Windt en Ott, 2003). Daarmee blijft onbeantwoord hoeveel managers er in de zorg werken en wat het aantal direct ondergeschikten is dat zij aansturen. Wanneer de verhouding tussen ondergeschikten en managers inderdaad ongunstig is, dan zou dit betekenen dat afdelingsmanagers in ziekenhuizen een kleine span of control hebben, en dus weinig directe ondergeschikten aansturen. Tegen deze achtergrond wordt in dit artikel ingegaan op de vraag: *Wat is de span of control van managers van twee typen medische afdelingen in algemene ziekenhuizen en is deze span of control te verklaren?*

Wij beantwoorden de vraag aan de hand van een vergelijkende analyse. We vergelijken de span of control van het afdelingsmanagement dat leiding geeft aan 'poortspecialismen' als cardiologie en gynaecologie met het afdelingsmanagement van 'medisch ondersteunende afdelingen' als radiologie of het laboratorium. Bij de medisch ondersteunende afdelingen zijn de afdelingshoofden medisch specialist. Bij de onderzochte poortspecialismen heeft geen van de afdelingshoofden een specialistische achtergrond. Het zijn doorgaans van oorsprong verpleegkundigen, die hun tijd volledig aan managementtaken besteden. Vaak krijgt het afdelingshoofd ondersteuning van 'sub-

hoofden' die naast hun medische taken ook managementtaken uitvoeren. Wij noemen dit geheel het 'afdelingsmanagement' of 'managementteam'.

Het artikel gaat in paragraaf 2 in op de definitie van span of control en factoren die de span of control kunnen verklaren. Paragraaf 3 geeft aan hoe de span of control is gemeten en paragraaf 4 presenteert de resultaten van deze meting. Deze meting omvat zowel de formele span of control als ook de span of control uitgaande van formele én informele managers. Veel afdelingshoofden delegeren een deel van hun managementtaken informeel. Daarnaast vragen we de afdelingshoofden naar hun beleving van de span of control om indicaties te verzamelen of de span of control in individuele gevallen niet te groot of te klein is, en hoe de beleving van de afdelingshoofden verschilt tussen poortspecialismen en medisch ondersteunende afdelingen. Tot slot interpreteren we in paragraaf 5 de gevonden verschillen tussen de afdelingen aan de hand van mogelijke oorzaken die de bedrijfskundige theorie aanbiedt. De conclusies volgen in paragraaf 6.

2 Factoren die van invloed zijn op de span of control

2.1 Definitie van 'span of control'

Het omspanningsvermogen van een manager kent een horizontale en een verticale dimensie. De horizontale dimensie is 'het aantal direct ondergeschikten aan wie de leider leiding kan geven'. Dit is de 'span of control' of de 'spanwijdte'. De verticale dimensie is 'het aantal niveaus waaraan (in)direct leiding kan worden gegeven'. Andere benamingen daarvoor zijn de 'depth of control' of de 'spandiepte' (Keuning en Eppink, 2004, p. 225, 226). In ons onderzoek beperken we ons tot de span of control, ofwel de horizontale dimensie van het omspanningsvermogen. Het afde-

lingsmanagement in algemene ziekenhuizen heeft direct contact met de ondergeschikten, zodat de verticale dimensie nog weinig toevoegt.

De veronderstelling bij deze definitie van span of control is dat het gaat om de verhouding van fulltime medewerkers tot fulltime managers. In onze operationele definitie van de span of control delen wij direct ondergeschikten in fte door de totale managementactiviteit van de afdeling in fte. We kiezen niet voor de gangbare definitie die personen deelt op personen. Veel afdelingsmanagers in ziekenhuizen voeren hun managementtaken uit naast medische werkzaamheden. Daarnaast delegeren zij een deel van het werk aan een of enkele 'deeltijd' subhoofden. Wanneer we deze gedelegeerde managementtaken niet meenemen in onze definitie ontstaan er niet reële waarden voor de span of control. Het aantal ondergeschikten in ziekenhuizen meten we eveneens en net als Altaffer (1998, p. 37) in fte vanwege de vele deeltijdaanstellingen.

Operationele definitie 'span of control'¹ =
FTE ondergeschikten/FTE management activiteiten

De maximale span of control kan op theoretische gronden variëren van circa 6 tot circa 60 (Urwick, 1956, p. 45; Hattrup en Kleiner, 1993, p. 28; Keuning en Eppink, 2004, p. 234). De span of control hangt daarbij af van meerdere situationele factoren. Deze factoren hebben onder andere betrekking op de manager zelf, de ondergeschikten, de organisatie en de aard van het werk. In aanvulling op deze vier causale factoren onderscheiden wij 'politieke factoren'. In de literatuur worden deze factoren slechts incidenteel genoemd. Meier en Bohte (2000) noemen bijvoorbeeld kostenmotieven en Urwick (1956) het streven naar macht en status.

Tabel 1 geeft een overzicht van verklarende factoren voor de span of control. Deze factoren kunnen elkaar

Tabel 1. Factoren die van invloed kunnen zijn op de span of control

Span of control				
Manager	Ondergeschikten	Organisatie	Aard van het werk	Politieke motieven
• Persoonlijkheid • Managementstijl • Deskundigheid • Verhouding constituerende en dirigerende taken	• Taakvolwassenheid • Opleidingsniveau • Behoeft aan autonomie • Congruentie doelstellingen	• Hulp-/ stafdienst • Ict-gebruik • Indeling naar functie, afmer, product, et cetera	• Complexiteit functies, producten en technieken • Ontwikkelingen • Werklocaties	• Kostenmotieven • Macht en status

onderling beïnvloeden. De volgende paragrafen gaan per verklarende factor in op de theorievorming achter deze tabel. Als afronding volgt de door andere auteurs gemeten span of control bij ziekenhuizen in de Verenigde Staten.

2.2 Invloed van de manager

De persoonlijkheid van een manager, bijvoorbeeld het vermogen om taken te delegeren aan ondergeschikten, beïnvloedt de span of control. Ook is persoonlijke aandacht en interesse voor medewerkers (Meij, 1955, p. 23) van invloed. Deze aandacht kost tijd en kan daardoor ten koste gaan van de span of control.

De span of control kan groter zijn naarmate de manager meer gebruikmaakt van management-technieken als budgettering, management by objectives of empowerment. Dit zijn technieken die aansluiten bij de 'theorie Y'-benadering volgens McGregor (Keuning en Eppink, 2004, p. 557). De 'theory Y'-benadering legt veel verantwoordelijkheid bij ondergeschikten en ondersteunt 'empowerment' van medewerkers. Empowerment gaat samen met een grote span of control (Spreitzer, 1996, p. 497). Met deze managementtechnieken moet volgens Hattrup en Kleiner (1993, p. 28) een span of control haalbaar zijn van maximaal 50 tot 70 medewerkers per manager. Voorwaarde is wel dat de medewerkers deze verantwoordelijkheid willen en kunnen dragen.

Daarnaast gaat toename van deskundigheid van een manager uitgedrukt in opleiding, kennis en ervaring samen met een grotere span of control (Meij, 1955, p. 23). Onderzoek van Meier en Bohte (2000, p. 120) ondersteunt deze constatering, maar relateert de span of control meer algemeen aan de 'kwaliteit' van managers. Dat betekent dat 'training on the job' ook van invloed is.

Ten slotte is de beschikbare tijd voor 'dirigerende managementtaken' een belangrijke factor die de span of control bepaalt. De manager geeft hierbij direct leiding aan medewerkers waarbij de zeggenschap hiërarchisch, operationeel en functioneel kan zijn. Constituerende managementtaken gaan ten koste van de tijd voor het direct aansturen van medewerkers. Het kan gaan om vergaderen, beleid ontwikkelen of het standaardiseren van werkprocessen. Wanneer de manager deze constituerende werkzaamheden niet uitbestedt, moet de span of control kleiner worden (Bell, 1967, p. 100; Meij, 1955, p. 25-26; Mintzberg, 1996, p. 76).

2.3 De kenmerken van ondergeschikten

Alleen wanneer ondergeschikten een grotere taakvolwassenheid hebben, gekoppeld aan de bereidheid tot het dragen van verantwoordelijkheid, kunnen zij toe met weinig aansturing. Een manager kan dan veel delegeren (Hersey en Blanchard, 1982, p. 152). Kenmerkend voor professionals, zoals bijvoorbeeld medisch specialisten of advocaten, is een grote behoefte aan autonomie en een grote deskundigheid uitgedrukt in opleiding en ervaring. Met zulke ondergeschikten kan de span of control van de manager groot zijn (Keuning en Eppink, 2004, p. 233; Mintzberg, 1996, p. 72 en 75; Hattrup en Kleiner, 1993, p. 28). De autonomie van ondergeschikten veronderstelt wel dat doelstellingen van deze medewerkers congruent zijn met de doelstellingen van hun collega's en met de doelstellingen van de organisatie. Wanneer dit niet zo is, zal de manager zich intensief op deze ondergeschikten moeten richten.

2.4 Inrichting van de organisatie

De aanwezigheid van staf- en hulpdiensten kan de span of control van managers vergroten bijvoorbeeld wanneer het management een deel van de constituerende taken zoals tijdsintensief onderzoek uitbestedt aan stafdiensten of aan een persoonlijk assistent. Deze maatregelen grijpen in op de structuur van de organisatie. Omvang van een afdeling heeft slechts een zeer geringe invloed op de span of control (Van de Ven, Delbecq en Koenig, 1976, p. 331).

Efficiënt gebruik van (informatie)technologie kan leiden tot een grotere span of control. Kennis komt elektronisch beschikbaar en vervangt daarmee een deel van de informatieoverdracht tijdens overleg. Denk aan elektronische dossiers, elektronisch databeheer of ERP-systemen. Daarnaast kan de span of control van managers toenemen door het delegeren van taken aan ondergeschikten (Meier en Bohte, 2000, p. 120; Keuning en Eppink, 2004, p. 232).

Een organisatie met een functiegerichte indeling vraagt doorgaans om meer coördinatie dan een organisatie met een afnemer- of productgerichte indeling. Bij een functiegerichte indeling zal de span of control van een manager daardoor kleiner zijn. Bij ziekenhuizen is dit onderscheid echter moeilijk te maken (Mintzberg, 1996, p. 75 en p. 204). De indeling van ziekenhuizen volgt de specialismen: ieder specialisme een eigen afdeling. Dat lijkt functiegericht, maar de meeste specialismen leveren echter

direct aan de klant, zodat de indeling eigenlijk productgericht is. Voor gespecialiseerde professionals geldt in het algemeen dat zij doorgaans de leiding moeten krijgen van iemand uit hetzelfde veld (Dewar en Simet, 1981, p. 9)

2.5 Aard van het werk

Complexiteit van de werkzaamheden van ondergeschikten leidt tot een kleine span of control van managers. Bell stelt (1967, pp. 102-103) dat de complexiteit toeneemt met een afname van de voorspelbaarheid van het werk, toename van de noodzaak eigen inzicht te gebruiken, toename van verantwoordelijkheid en toename van het aantal verschillende samenhangende taken dat wordt uitgevoerd. Complex werk vereist vooral meer coördinatie, afstemming en overleg tussen medewerkers onderling maar ook tussen medewerkers en de leidinggevende. Bij zeer grote complexiteit schiet het coördinatievermogen van de leidinggevende doorgaans tekort en is een kleinere span of control als oplossing niet meer zinvol (Van de Ven, Delbecq en Koning, 1976, p. 332). Bij routinematige werkzaamheden volstaan coördinatiemechanismen gebaseerd op standaardisatie van procedures, in plaats van persoonlijk toezicht. Dit maakt een grote span of control mogelijk (Keuning en Eppink, 2004, p. 234; Mintzberg, 1996, p. 71-73; Hatrup en Kleiner, 1993, p. 28; Bell, 1967, p. 107).

Naast de besproken complexiteit naar functie onderscheiden Meier en Bohte (2003, p. 62) in navolging van Gulick diversificatie naar tijd en ruimte als werkgerelateerde factoren die de span of control beïnvloeden. Diversificatie naar tijd wil zeggen dat er grote veranderingen optreden in de tijd, zoals nieuwe ziektebeelden, behandelmethode of technische innovaties. Een stabiele omgeving met weinig schokkende veranderingen maakt een grotere span of control mogelijk (Hatrup en Kleiner, 1993, p. 28).

Ruimtelijke diversificatie wil zeggen dat een organisatie op verschillende locaties actief is. Het beïnvloedt de span of control negatief wanneer een manager de situatie op verschillende locaties moet kennen en tussen die locaties moet reizen.

2.6 Politieke motieven

De span of control kan onafhankelijk van de eerder besproken bedrijfskundige factoren worden vergroot vanuit een bedrijfspolitiek kostenmotief (Meier en Bohte, 2000, p. 125). Politiek wil zeggen dat de poli-

tieke doelstelling van kostenverlaging domineert, los van de vraag in hoeverre leidinggevend, ondergeschikten, organisatie en aard van het werk dit toelaten. Een grote span of control verlaagt immers de overheadkosten voor afdelingsmanagement.

Een afdelingsmanager kan zijn span of control ook zelf willen vergroten vanwege het verlangen naar macht, een hogere beloning of omdat een grote span of control status oplevert (Urwick, 1956, p. 43). Afdelingsmanagers hebben dus zelf ook enige politieke speelruimte om eigen doelstellingen te realiseren ten aanzien van de span of control.

Bedrijfspolitieke *motieven* worden nauwelijks genoemd in de bedrijfskundige literatuur als mogelijke verklaring voor de span of control. Deze naamgeving zijn wij niet tegengekomen. Bedrijfspolitieke motieven als verklaring wijken dan ook af van de eerder genoemde verklarende factoren.

2.7 Span of control in ziekenhuizen

Internationaal onderzoek geeft enige aandacht aan de span of control in ziekenhuizen. Volgens Mintzberg (1996, p. 200) kan deze relatief groot zijn omdat de complexiteit van het werk beperkt is. Altaffer (1998, p. 37) ondersteunt deze observatie. Hij vindt op grond van empirisch onderzoek in de VS een span of control voor eerstelijns ziekenhuismanagers van gemiddeld 37 fte voor managers met een verpleegkundige achtergrond en van 32 fte voor managers zonder verpleegkundige achtergrond. Uitgaande van de in paragraaf 2.1 aangegeven bandbreedte van circa 6 tot circa 60 ligt dit boven een middenwaarde van 20 ondergeschikten.

3 Methode van onderzoek

Ons onderzoek naar de span of control heeft plaatsgevonden in drie algemene ziekenhuizen, die lid zijn van de stichting Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ-ziekenhuizen). Kenmerkend voor de zestien STZ-ziekenhuizen is een groot aantal opleidingen (opleiding tot medisch specialist), hetgeen gepaard gaat met een minimale grootte (ten minste 600 bedden), een vergelijkbare wijze van werken (heterogeniteit en complexiteit van patiëntenpopulatie) en werkbelasting die hoort bij opleiden van medische professionals.

Alle interviews zijn uitgevoerd in het kader van het afstudeeronderzoek van Yvette Boog. Dit afstudeer-

onderzoek ligt ten grondslag aan ons artikel. In een exploratief vooronderzoek hebben we leidinggeven- den in open interviews gevraagd naar de voorkomen- de constituerende en operationele managementtaken. Het resultaat hiervan is een checklist met een veertig- tal activiteiten. Onder constituerende activiteiten val- len bijvoorbeeld het vervaardigen van beleidsnota's, jaarverslagen en beleidsoverleg met Raad van Bestuur gericht op organisatorisch, medisch en financieel beleid, personeels- en communicatiebeleid. Onder dirigerende managementtaken vallen het operatio- neel en functioneel aansturen van werkprocessen en medewerkers, functioneringsgesprekken, vergaderen, plannen, vastleggen van productiecijfers, coördinatie- taken, et cetera. Alleen representatie (boegbeeldfunc- tie) hebben we niet betrokken bij het vaststellen van de span of control. De tijdsbesteding aan representatie is zowel bij poortspecialismen als bij medisch onder- steunende afdelingen bescheiden en vergelijkbaar.

In een tweede interviewronde hebben we deze lijst met activiteiten voorgelegd aan de vijftien afdelings- hoofden om te meten hoeveel tijd zij aan deze managementtaken besteden. Wanneer afdelingshoof- den sommige managementtaken niet uitvoerden, hebben we onderzocht wie deze taken dan wel uitvoe- ren. Dit kunnen onder andere stafmedewerkers, sub- hoofden of ondergeschikten zijn. Deze gedelegeerde managementtaken betrekken we bij onze interpretatie. Zeven van de vijftien bezochte afdelingen zijn medisch ondersteunende afdelingen. De andere acht afdelingen zijn afdelingen die (een deel van) een poortspecialis- me huisvesten. Bij poortspecialismen zoals gynaecolo- gie en cardiologie komen patiënten binnen via een

verwijsbrief van de huisarts. Poortspecialismen heb- ben hun activiteiten verspreid over polikliniek, kliniek (opgenomen patiënten) en in voorkomende gevallen operatiekamers. Medisch ondersteunende afdelingen, zoals het laboratorium of radiologie, hebben een ondersteunende functie ten opzichte van de poortspe- cialismen. De verpleegfunctie ontbreekt bij medisch ondersteunende afdelingen. Daar worden geen patiën- ten opgenomen. De kenmerken van de individuele afdelingen staan in tabel 2. De laatste twee kolommen geven de gemiddelde waarde voor deze kenmerken uitgesplitst naar type afdeling.

De laatste twee kolommen wijzen niet op grote verschil- len tussen poortspecialismen en medisch ondersteu- nende afdelingen. De laatste zijn iets groter, iets hiërar- chischer en opvallend is daar het deeltijdmanagement en de specialistische achtergrond van de managers.

4 Resultaten

4.1 De span of control in drie STZ-ziekenhuizen

Tabel 3 presenteert de span of control van het afdelings- management in drie STZ-ziekenhuizen uitgesplitst naar type afdeling. De management taken zijn formeel belegd bij het afdelingshoofd en soms ook bij enkele subhoofden. Daarnaast kan het afdelingshoofd infor- meel managementtaken aan medewerkers delegeren, die formeel geen managementfunctie hebben. Dit noemen wij de informele managers. Inclusief infor- meel management is het afdelingsmanagement groter dan puur formeel en daarom wordt de span of control kleiner, wanneer informeel management meetelt.

Tabel 2. Kenmerken van de geselecteerde afdelingen

Afdeling	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	poort	moa**
Ziekenhuis	1	1	1	1	2	2	3	3	1	1	1	2	2	3	3		
Mensen per afdeling	35	91	60	64	100	110	45	40	101	117	29	107	227	17	50	68,13	105,17
Fte per afdeling	28,64	62	44	47	60	70	30,5	29	81	90	24,9	57	127	11,2	42,7	46,39	70,43
Deeltijdfactor aanstellingen	0,82	0,68	0,73	0,73	0,60	0,64	0,68	0,73	0,80	0,77	0,86	0,53	0,56	0,66	0,85	0,70	0,73
Fte voor formeel management	0,86	1,63	0,77	0,75	0,64	0,8	0,7	0,69	6,4	3,9	1,88	0,4	4,9	0,06	1,92	0,86	3,23
Formeel management in personen	1	4	1	1	1	1	2	1	8	8	3	1	6	1	3	1,50	4,83
Fte voor informeel management	0	0	1	0,45	0,67	1,4	0,13	0	0	0	1,5	2,1	2,8	0,1	0	0,46	1,07
Informeel management in personen	0	0	4	1	2	5	1	0	0	0	3	6	10	1	0	1,63	3,17
Fte voor interne staf	0,79	0,67	0	0,48	0	0,5	0	0	0,2	0,4	0,5	2,5	12	0	0	0,31	2,60
Fte externe staf en overig	1	0	0	0	2,2	0,2	0,3	0,1	0	0	0	0,4	0,3	0,1	0,1	0,48	0,13
Management lagen	1	2	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1	2	1	2	1,25	2,00
% management activiteiten hoofd	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	40%	80%	100%	75%	70%	70%	100%	100%	78%
Achtergrond manager*	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1		
Type afdeling**	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1		

*Achtergrond manager: 0 = verpleegkundige achtergrond; 1 = medisch specialist **Type afdeling: 0 = poortspecialisme (poort); 1 = medisch ondersteunende afdeling (moa)

***Bij de berekening van gemiddelden (bij moa) is afdeling 14 niet meegenomen (zie noot 2 bij tabel 3)

Tabel 3. Span of control* afdelingsmanagement naar ziekenhuis en naar type afdeling

	N**	Management poortspecialismen		Management medisch ondersteunende afdelingen	
		Formeel	Informeel en formeel	Formeel	Informeel en formeel
Ziekenhuis 1	4+3	44	32	15	13
Ziekenhuis 2	2+2	89	36	34	17
Ziekenhuis 3	2+1	42	38	21	21
Gemiddeld		53	34	21	15

* De span of control in tabel 3 is bepaald volgens paragraaf 2.1. De span of control is op drie andere manieren berekend: personen op personen en twee combinaties van fte op personen. De verhouding in het verschil van span of control tussen beide soorten ziekenhuisafdelingen verandert daardoor nauwelijks.

** In deze kolom geeft 4+3 aan vier waarnemingen bij poortspecialismen en drie bij medisch ondersteunende afdelingen. Afdeling 14 uit tabel 2 hebben we als 'outlier' weggelaten, omdat de formele span of control een factor 9 afwijkt van het gemiddelde. Wij vermoeden interpretatiefouten bij het beantwoorden van de vragen.

Tabel 4. Beleving van de formele span of control naar type afdeling

Oordeel respondenten:		Management poortspecialismen		Management medisch ondersteunende afdelingen	
	N *	Formeel	Formeel en informeel	Formeel	Formeel en informeel
Formele span of control te klein	1	-	-	12	12
Formele span of control acceptabel	6+5	48	38	25	17
Formele span of control te groot	2	71	27	-	-
Gemiddeld		53	34	21	15

* Onder de afdelingen waar het afdelingshoofd de formele span of control acceptabel vindt, zijn zes poortspecialismen (N=6) en vijf medisch ondersteunende afdelingen (N=5)

Tabel 3 toont dat de span of control van het management van poortspecialismen gemiddeld ruim twee keer groter is dan bij medisch ondersteunende afdelingen. Formeel is de verhouding 53 op 21, inclusief informele managers is de verhouding 34 op 15. Al varieert de span of control tussen de afzonderlijke ziekenhuizen, de verhouding in span of control tussen medisch ondersteunende afdelingen en poortspecialismen varieert steeds mee. Dit wijst erop dat vooral het type afdeling samenhangt met omvang van de span of control. Daarnaast constateren wij dat beide afdelingstypen op grote schaal informeel managementtaken uitbesteden. Dit wijst op een overbelaste formele managementstructuur.

Het gevonden verschil in span of control tussen poortspecialismen en medisch ondersteunende afdelingen is onderworpen aan een t-toets. Het verschil in span of control van het management inclusief informele managers is significant bij een betrouwbaarheidsinterval van meer dan 99,9%. Dit wil zeggen dat het gevonden verschil tussen de afdelingen niet op toeval berust. Om te controleren of we de t-toets konden gebruiken zijn factoren als ziekenhuis, afdelings-

omvang, hiërarchische niveaus, deeltijdfactor medewerkers en de formatie aan managementstaf meegenomen in een multivariate regressieanalyse. Het type afdeling bleek de enige verklarende factor voor de omvang van de span of control.

4.2 Zelfevaluatie afdelingsmanagers

Om uit te sluiten dat het gevonden verschil berust op een span of control die volgens de managers zelf te groot of te klein is, hebben we alle afdelingsmanagers gevraagd hoe zij hun span of control ervaren. Tabel 4 toont voor beide typen afdelingen bij welke omvang afdelingshoofden gemiddeld aangeven dat hun formele span of control te klein, acceptabel of te groot is. De onderste regel geeft net als bij tabel 3 de gemiddelde span of control voor het totaal van beide afdelingstypen weer en zowel exclusief als inclusief informele managers.

Ook bij de managers die hun span of control acceptabel vinden, blijft de gemiddelde omvang bij de poort-

specialismen twee keer zo groot als bij de medisch ondersteunende afdelingen. We kunnen daarom uitsluiten dat het gevonden verschil tussen de afdelingen terug te voeren is op structurele overschrijding van de maximale span of control bij de poortspecialismen.

Evenmin is het verschil in span of control terug te voeren op een structureel te kleine span of control bij de medisch ondersteunende afdelingen. Wanneer informeel management meetelt bij de berekening van de span of control daalt deze bij managers die hun span of control acceptabel vinden van 48 naar 38 bij poortspecialismen (ruim 20%), maar van 25 naar 17 bij medisch ondersteunende afdelingen (ruim 30%). Al is de span of control van het management van medisch ondersteunende afdelingen lager, zij delegeren informeel toch meer managementtaken dan de afdelingsmanagers van medisch ondersteunende afdelingen. Wij constateren daarom dat er een dringende reden moet zijn voor het gevonden verschil in span of control tussen de afdelingen.

5 Verklaringen voor de span of control

5.1 Interpretatie van het verschil in span of control

Paragraaf twee heeft vijf verklaringsrichtingen aangedragen om een verschil in span of control te duiden. De eerste vier zijn gangbaar binnen de bedrijfskunde en organisatie-theorie. Zij gaan vooral in op afhankelijkheden en causale verbanden. De laatste is politiek van aard en legt het accent op de motieven en doelstellingen van de betrokken afdelingshoofden. Welk van deze verklaringsrichtingen biedt het meeste perspectief?

5.2 Invloed van de manager

De afdelingshoofden van de poortspecialismen hebben over het algemeen een verpleegkundige achtergrond, de afdelingshoofden van de medisch ondersteunende afdelingen hebben een medisch specialistische achtergrond. Alle afdelingshoofden gelden als hoog opgeleid, maar specialisten zijn wel het hoogst opgeleid. Specialist zouden daarom een grotere span of control kunnen hebben volgens de theorie, maar de praktijk weersprekt dit. Op het punt van persoonlijkheid hebben wij geen verschillen waargenomen die samenhangen met de afdelingen.

Medisch specialisten hebben wel meer mogelijkheden om inhoudelijk te sturen, omdat zij beschikken over meer kennis en deskundigheid binnen het vakgebied. Dit leidt tot meer inhoudelijke betrokkenheid bij de

dirigerende managementtaken. Medisch specialisten hebben immers functionele zeggenschap en zij sturen inhoudelijk. Zij wijden naast hun managementtaak gemiddeld nog ruim 20% van de tijd aan hun specialisme. De respondenten geven aan dat dit belangrijk is. Afdelingshoofden van de poortspecialismen als cardiologie en oncologie zijn voltijds managers zonder medisch inhoudelijke verantwoordelijkheid. Zij hebben geen functionele zeggenschap over hun ondergeschikten. Zij kunnen vanwege hun achtergrond ook niet diep ingaan op vakinhoudelijke aspecten. Deze taak ligt bij de specialisten.

De inhoudelijk betrokken managementstijl van de medisch specialisten en hun functionele zeggenschap draagt zeker bij aan de kleinere span of control bij medisch ondersteunende afdelingen. De afdelingshoofden zijn in gelijke mate verantwoordelijk voor constituerende managementtaken, en daarop zal het verschil in inhoudelijke betrokkenheid weinig invloed hebben.

5.3 De kenmerken van ondergeschikten

Er is geen verschil in taakvolwassenheid van de medewerkers op beide soorten afdelingen. In beide gevallen geven de managers leiding aan hoogopgeleide professionals zoals specialisten, artsen, verpleegkundigen et cetera. Het gaat om medewerkers die een grote bereidheid hebben tot het dragen van verantwoordelijkheid, die een grote behoefte hebben aan autonomie en die op het eigen vakgebied een grote mate van deskundigheid bezitten. Zowel bij poortspecialismen als bij medisch ondersteunende afdelingen leiden de kenmerken van de medewerkers ertoe dat intensieve sturing door een manager niet nodig is. Er is daardoor ruimte voor een vrij grote span of control. Onze resultaten voor poortspecialismen in tabel 3 wijzen erop dat deze ruimte wordt benut. Bij de medisch ondersteunende afdelingen moet er een andere reden zijn, waarom deze ruimte minder wordt benut.

Ten aanzien van de doelstellingen van het medisch personeel is er geen verschil te verwachten tussen de ondergeschikten van beide typen afdelingen. Vanuit de personeelskant zal de congruentie in doelstellingen van personeel en management niet verschillen. De kenmerken van de ondergeschikten bieden geen enkel aanknopingspunt voor een verklaring.

5.4 Inrichting van de organisatie

Poortspecialismen en medisch ondersteunende afdelingen delegeren in totaal een vergelijkbaar aandeel

managementtaken uit aan bijvoorbeeld interne stafdiensten, externe stafdiensten of persoonlijke assistenten of specialisten. Poortspecialismen doen daarbij in verhouding een iets groter beroep op specialisten. Evenmin is het gebruik van ICT verklarend. Ziekenhuis 2 maakt intensief én naar tevredenheid gebruik van een management informatiesysteem en dat past bij de grotere *formele* span of control in ziekenhuis 2; inclusief informeel management zijn de verschillen tussen ziekenhuis 2 en de andere echter veel minder groot. Bovendien heeft ziekenhuis 3 informeel de grootste span of control en juist dit ziekenhuis maakt als enige geen gebruik van een management informatiesysteem.

Uit het praktijkonderzoek blijkt wel dat medisch ondersteunende afdelingen een extra manager aanstellen als gevolg van een toename van het aantal taakgebieden. Vaak ontstaat een taakgebied door nieuwe technologieën zoals bij de ingebruikname echografie, CT (computertomografie) of MRI (magnetic resonance imaging) bij radiologie. Dit wijst op een sterkere specialistische of functionele gerichtheid, zonder dat daardoor de indeling van de medisch ondersteunende afdelingen minder productgericht is. Poortspecialismen kiezen doorgaans pas voor een nieuwe manager als de span of control door toename van het aantal medewerkers overschreden wordt. Het directe gevolg daarvan is dat de poortspecialismen grotere subafdelingen hebben. De omvang van deze afdelingen verklaart overigens niet het verschil in span of control, aangezien de extra manager (subhoofd) bij de medisch ondersteunende afdelingen zijn managementtaken combineert met medisch specialistisch werk.

Er zijn andere structuurkenmerken die verschillend zijn, maar die kunnen volgens de theorie de span of control niet verklaren. Een daarvan is het aantal subhoofden, dat bij de medisch ondersteunende afdelingen groter is. Leiding geven aan een iets groter aantal subhoofden kan in verhouding meer aandacht opeisen van het afdelingshoofd omdat het managen van managers intensief kan zijn. Daarbij gaat het echter niet om een oorzaak, maar om een gevolg van de kleinere span of control. Dit kan het verschil wel vergroten, maar niet verklaren.

Deze uitkomsten corresponderen met het resultaat van de in paragraaf 4.1 genoemde multivariate regressieanalyse, waarin geen van de opgenomen variabelen verklarend blijkt, met uitzondering van de afdeling. Wel blijkt opnieuw dat het management van

de medisch ondersteunende afdelingen inhoudelijk ofwel functioneel gericht is, omdat zij een nieuwe manager aanstellen bij het ontstaan van een nieuw gespecialiseerd taakgebied.

5.5 Aard van het werk

Aangezien eenzelfde patiënt zijn weg door het ziekenhuis aflegt via medisch ondersteunende afdelingen en poortspecialismen, hebben beide soort afdelingen met een even grote diversiteit in vraag te maken. Van ruimtelijke diversificatie is alleen beperkt sprake bij de onderzochte afdelingen.

De poortspecialismen kennen een groter verschil tussen de functies zoals verpleegfunctie en operatiekamers naast de medische specialismen. De grotere variatie aan activiteiten is een argument voor een kleinere span of control. Daarentegen kan de verpleegfunctie bij de onderzochte ziekenhuizen met een grotere span of control toe dan de specialistische functies. De verpleegkundige functie is vrij zelfstandig en doorgaans geconcentreerd rond een gang, terwijl de specialistische functies meer verspreid zijn over het gebouw. De verschillen in roldiversiteit van de functies in beide soort afdelingen, de mate waarin overlegd wordt, of de complexiteit van de werkzaamheden komen overeen. In deze opzichten is de aard van het werk zeer vergelijkbaar. Wij vinden in de diversiteit en aard van de functies geen verklaring.

Technologische ontwikkeling hebben meer invloed op de medisch ondersteunende afdelingen dan op de poortspecialismen. Immers, op de medisch ondersteunende afdelingen wordt meer met geavanceerde technologische apparatuur gewerkt. Feit dat de stand van de techniek steeds sneller verandert, leidt tot een meer dynamische omgeving voor de medisch ondersteunende afdelingen. Operationeel gezien leidt dit echter alleen tot wat incidentele extra werklust bij de aanschaf van een nieuwe machine.

De leidinggevendenden verrichten wel verschillende activiteiten, aangezien de afdelingshoofden van poortspecialismen zich niet richten op functionele managementtaken, terwijl de hoofden van medisch ondersteunende afdelingen dit uitdrukkelijk wel doen. Zij zijn als manager ook medisch gezien verantwoordelijk voor de afdeling. Dit verschil in de invulling van de managementtaak kan wel substantieel bijdragen aan de kleinere span of control van deze managers.

5.6 Politieke motieven

De budgetten waarover ziekenhuisafdelingen beschikken zijn door de jaren heen bijgesteld naarmate er meer of minder nodig bleek. Er zijn geen opvallende verschillen in de budgetten wat de personeelscomponent betreft. Er is door de ziekenhuisdirectie geen bewuste bedrijfspolitieke keuze gemaakt om de onderzochte afdelingen verschillend te behandelen ten aanzien van de toegekende managementformatie en de aan dit budget gekoppelde taakstelling.

Afdelingsmanagers hebben wel de ruimte om professionele doelstellingen te realiseren zoals kwaliteitsverbetering of ontwikkeling van een inhoudelijk vakgebied. Vooral de specialisten maken gebruik van deze 'politieke' ruimte om ook functioneel leiding te geven. De professionele agenda van de voltijds managers van poortspecialismen is vooral gericht op operationeel management. Daarom is er verschil in prioriteiten en doelstellingen van de beide groepen managers. Wij zien geen bedrijfskundige noodzaak voor dit verschil. Specialist zouden ook functioneel leiding kunnen geven aan de poortspecialismen en algemene managers zouden leiding kunnen geven bij de medisch ondersteunende afdelingen.

6 Conclusies

Het management van de verschillende ziekenhuisafdelingen doet een groot beroep op informele managers. Deze helpen zowel de medisch specialisten als de managers met een verpleegkundige achtergrond om de opgedragen managementtaak uit te voeren. Dit wijst erop dat de formele managementstructuur in STZ-ziekenhuizen overbelast is.

Een tweede onderzoeksresultaat is dat de span of control bij poortspecialismen twee keer zo hoog ligt als bij de medisch ondersteunende afdelingen. Wij kunnen daarvoor geen krachtige bedrijfskundige verklaring vinden. De factor ondergeschikten biedt hetzelfde uitgangspunt voor het management van beide afdelingstypen. Verschillen in de aard van het werk en in de inrichting van de organisatie zijn klein en heffen elkaar op.

Het verschil hangt wel samen met de medisch inhoudelijke taakopvatting van de leidinggevers bij de medisch ondersteunende afdelingen. Zij dragen een functionele verantwoordelijkheid voor het werk op de afdeling. Deze inhoudelijke betrokkenheid verklaart de kleinere span of control. De keuze voor deze invulling is bedrijfspolitiek van aard. Wij zien geen bedrijfs-

kundige noodzaak voor deze keuze. Specialist zouden ook leiding kunnen geven aan poortspecialismen en algemene managers aan medisch ondersteunende afdelingen. Theoretisch gezien is het daarom van belang deze bedrijfspolitieke keuzeruimte mee te wegen bij de verklaring van de span of control.

Het verschil in taakinvulling van het afdelingsmanagement is een politieke keuze. Waarom deze keuze is gemaakt, en waarom niet juist de specialisten leiding geven bij de poortspecialismen, of managers zonder specialistische achtergrond leiding geven aan medisch ondersteunende afdelingen is een vraag voor het algemene ziekenhuismanagement. De keuze heeft grote consequenties voor de manier waarop leiding wordt gegeven.

Het kan een voor de hand liggende conclusie lijken dat de voltijds managers met een verpleegkundige achtergrond efficiënter werken dan de specialisten met een managementtaak. Voorwaarde voor die conclusie is een zelfde doelbereik of effectiviteit, terwijl beide typen managers juist andere doelen nastreven en op een andere manier leiding geven. Er zijn bovendien veel aanwijzingen dat de effectiviteit van management in situaties met een middelmatige complexiteit toeneemt bij een kleinere span of control (Bohte en Meier, 2001, p. 349; Gittel, 2001, p. 468). Wij kunnen de voor hand liggende conclusie daarom niet delen dat specialisten minder efficiënte managers zijn. Daaraan vooraf gaat de vraag naar effectiviteit van functioneel ofwel medisch inhoudelijk management in ziekenhuizen. De keuze voor medisch inhoudelijk management verklaart immers het grote verschil in span of control tussen poortspecialismen en medisch ondersteunende afdelingen in de onderzochte STZ-ziekenhuizen.

Wij willen dan ook de vraag stellen in hoeverre functioneel management in ziekenhuizen kan bijdragen aan een betere uitvoering van de managementtaak. Het is immers niet denkbeeldig dat de roep om 'minder' managers in de zorg berust op ontevredenheid met het management en niet op het feitelijke aantal managers in relatie tot de ondergeschikten. Een grote span of control kan zich immers tegen de manager keren als deze geen toegevoegde waarde meer kan leveren. ■

Literatuur

- Altaffer, A., (1998), First-line Managers: Measuring their Span of Control, in: *Nursing Management*, vol. 29, no. 7, pp. 36-40.
- Bell, G.D., (1967), Determinants of span of control, in: *The American Journal of Sociology*, vol. 73, no. 3, pp. 100-109.

- Bohte, J. en K.J. Meier, (2001), Structure and Performance of Public Organizations: Task Difficulty and span of Control, in: *Public Organization Review*, vol. 1, no. 3, pp. 341-354.
- Dewar, R.D. en D.P. Simet, (1981), A level specific prediction of spans of control examining the effects of size, technology, and specialization, in: *Academy of Management Journal*, vol. 24, no. 1, pp. 5-24.
- Gittel, J.H., (2001), Supervisory Span, Relational Coordination, and Flight Departure Performance: A Reassessment of Postbureaucracy Theory, in: *Organization Science*, vol. 12, no. 4, pp. 468-483.
- Hatrup, G.P. en B.H. Kleiner, (1993), How to establish the proper span of control for managers, in: *Industrial Management*, vol. 35, no. 6, pp. 28-30.
- Hersey, P. en K.H. Blanchard, (1982), *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Kanters H., W. van der Windt en M. Ott, (2003), Geen Wildgroei van Managers in de gezondheidszorg, in: *Het Financieele Dagblad*, 23 december 2003.
- Keuning, D. en D.J. Eppink, (2004), *Management en organisatie: theorie en toepassing*, Educatieve Partners Nederland, Houten.
- Meier, K.J. en J. Bohte, (2000), Ode to Luther Gulick, Span of control and organizational performance, in: *Administration & Society*, vol. 32, no. 2, pp. 115-137.
- Meier, K.J. en J. Bohte, (2003), Span of control end public organizations: implementing Luther Gulick's research design, in: *Public Administration Review*, vol. 63, no. 1, pp. 61-70.
- Meij, J.L., (1955), Some fundamental principles of a general theory of management, in: *The Journal of Industrial Economics*, vol. 4, no. 1, pp. 16-32.
- Mintzberg, H., (1996), *Organisatiestructuren*, Academic Service, Economie en Bedrijfskunde, Schoonhoven.
- Spreitzer, G.M., (1996), Social Structural Characteristics of Psychological Empowerment, in: *The Academy of Management Journal*, vol 39, no. 2, pp. 483-504.
- Urwick, L.F., (1956), The manager's span of control, in: *Harvard Business Review*, vol. 55, no. 3, pp. 39-47.
- Ven, A.H. van de, A.L. Delbecq en R. Koenig, (1976), Determinants of Coordination Modes within Organizations, in: *American Sociological Review*, vol. 41, no. 2, pp. 322-338.

Noten

- 1 We berekenen de gemiddelde span of control ook voor groepen van afdelingen, zoals alle poortspecialismen of alle medisch ondersteunende afdelingen. In formulevorm uitgeschreven: $\Sigma(\text{FTE afdeling} - \text{FTE management}) / \Sigma \text{FTE management}$.