

20

Participatieve diagnose. De spanning tussen kwaliteit van het (leer)proces en kwaliteit van het eindresultaat

Een collega en ik zijn betrokken geweest bij een grote zorginstelling. Zij stelden ons de vraag: help ons regie te voeren op onze (vijf) lopende verandertrajecten. Doorpratend over hun vraagstuk kwamen we erachter dat er op allerlei terreinen al hard gewerkt was aan het vormgeven en inrichten van veranderprogramma's, maar dat er nog weinig antwoord was op de vraag 'waarom gaan de dingen hier zoals ze gaan?' In onze visie kon regie op de verandertrajecten pas zinvol worden vormgegeven als er een beter antwoord was op deze centrale vraag. Daarom kwamen we overeen dat een stevige diagnose een goed startpunt zou zijn, om vandaaruit de regievraag te kunnen beantwoorden.

Jelger Spijkerboer



Om te komen tot een beter antwoord op de vraag ‘waarom gaan de dingen hier zoals ze gaan’ hebben we een diagnoseteam samengesteld met tien leden van de eigen organisatie, aangevuld met ons tweeën als externe adviseurs. In deze bijdrage beschrijf ik hoe we de dilemma’s die we tegenkwamen hebben gehanteerd, welke keuzes we hebben gemaakt en wat de effecten hiervan waren.

HOEVEEL PARTICIPATIE EN MET WIE?

Bij het uitvoeren van een veranderdiagnose is altijd de vraag hoe om te gaan met de kracht van ‘vreemde ogen’ (externen) enerzijds en de waarde van ‘native speakers’ (organisatieleden) anderzijds. Anders gezegd: hoeveel participatie is wenselijk? In dit geval vroeg onze opdrachtgever ons expliciet om niet expertmatig te werk te gaan, maar juist in te zetten op het versterken van het eigen (verander)vermogen van de organisatie. De opdrachtgever vroeg ons dus expliciet om behalve een goede uitkomst ook een waardevol (leer)proces vorm te geven. Zo zou het mes aan twee kanten snijden. Op basis van de wens om tot een goede diagnose te komen én het verandervermogen van een aantal leden van de organisatie te versterken hebben we besloten tot een participatief diagnosetraject.

Al met al zagen wij zowel inhoudelijk als procesmatig voornamelijk de voordelen van een participatief traject. Hoe de voor- en nadelen zouden uitpakken hing voor een groot deel af van de vraag welke mensen er plaats zouden nemen in het diagnoseteam. De kwaliteit van de teamleden bepaalt immers in grote mate de kwaliteit van zowel het proces als het eindresultaat. Daarom hebben we zo veel mogelijk geprobeerd invloed uit te oefenen op wie er in het team zouden komen.

We hebben gestuurd op:

- Voldoende diversiteit: mensen uit zowel staf als lijn, zowel managers als uitvoerende professionals en vertegenwoordiging van verschillende regio’s en afdelingen.

- Diagnosecapaciteiten: we hebben onze opdrachtgever gevraagd te zoeken naar mensen die:
 - met een relatief open opdracht uit de voeten kunnen;
 - in staat zijn om kwalitatief goed diagnosemateriaal op te halen. We denken hierbij aan het vermogen om onbevangen vragen te stellen, echt te kunnen luisteren, sensitiviteit voor datgene wat niet gezegd wordt;
 - voldoende reflectievermogen bezitten om het eigen perspectief ter discussie te stellen;
 - in staat zijn om een constructieve bijdrage te leveren aan een gezamenlijk leerproces (voldoende lerend ingesteld).
- Voldoende tijd beschikbaar in de periode zoals gesteld voor de diagnose.
- De wens om mee te doen (ze moesten wel zelf willen ...).

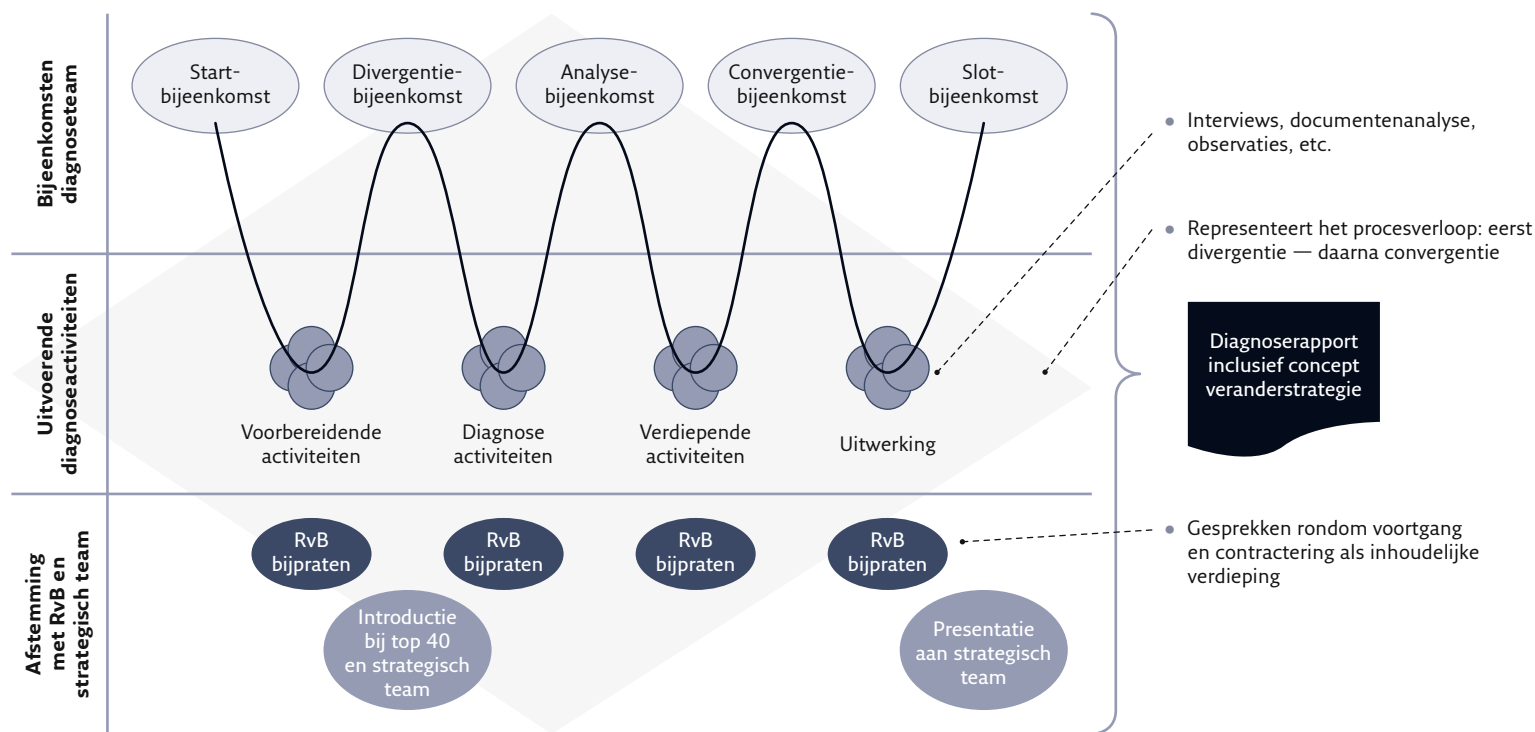
Onze opdrachtgever heeft zelf naast bovenstaande punten gelet op welke mensen hij als sleutelfiguren zag. Een aantal diagnoseteamleden is geselecteerd omdat onze opdrachtgever van mening was dat het cruciaal was voor het draagvlak om hen een plek te geven in het team.

WAT HEBBEN WE GEDAAN?

In figuur 20.1 is schematisch te zien hoe ons traject eruitzag. In de bovenste lijn zie je de activiteiten die we met het diagnoseteam hebben doorlopen, daaronder de lijn die we ‘organisatieactiviteiten’ hebben genoemd. Hier gaat het primair om het bijpraten van onze opdrachtgevers en het delen van de informatie aan het einde van het traject. Uiteraard waren deze momenten ook waardevolle diagnosemomenten.

HOE?

In figuur 20.1 lijkt het diagnosetraject een rechte lijn van start tot afronding. Toch hebben we gedurende het traject voortdurend bijgestuurd, keuzes gemaakt en aanpassingen gedaan. Het is interessant om wat

FIGUUR 20.1 *Overzicht van het diagnosetraject*

verder in te zoomen op de keuzes die we hebben gemaakt tijdens het proces en een aantal betekenisvolle momenten.

Actiebenadering: de belofte van kwaliteit en draagvlak

We hebben, zoals inmiddels duidelijk zal zijn, gekozen voor een actiebenadering, zoals beschreven in *Leren Veranderen*, par. 5.2. Een

benadering waarin naast de feiten juist ook interpretaties, gevoelens en beleving centraal staan. Met als belofte een rijk, passend en waardevol beeld van de werkingsprincipes van de organisatie, en niet 'de objectieve waarheid'. Vanuit deze benadering ligt onze keuze voor een participatief traject ook voor de hand: het heeft de belofte zowel de kwaliteit te verhogen als de acceptatie van de uitkomsten te

vergemakkelijken, doordat de uitkomsten van de diagnose meer van de organisatie zelf zijn (*Leren Veranderen*, par. 5.2).

Onze ervaring leert dat de kwaliteit inderdaad verhoogd wordt door de participatie van organisatieleden. Belangrijke uitspraken als: 'ik ben al zes weken bezig om erachter te komen hoeveel mensen we eigenlijk hebben' (van een kwaliteitsmedewerker), of 'ik ken mensen van

de andere afdelingen eigenlijk niet — deze diagnose is voor mij een kans om eindelijk die collega's te leren kennen' (van een HR-medewerker) waren veel minder snel naar voren gekomen als we een expertmatige benadering hadden gekozen. Dit is belangrijke diagnostische informatie, omdat deze voorbeelden veel zeggen over hoe het eraan toegaat bij deze organisatie. Door samen met de organisatieleden op onderzoek uit te gaan kregen we de kans om snel 'dichtbij' te komen. Niet in de laatste plaats doordat de organisatieleden zelf collega's gingen interviewen. De signalen die daar naar voren kwamen, bijvoorbeeld over angst, onzekerheid en frustratie over de organisatie, hadden we nooit naar boven kunnen halen zonder de inzet van hun eigen collega's.

Als het gaat om eigenaarschap van de uitkomsten is het effect wellicht nog duidelijker. Inmiddels is duidelijk dat de opdrachtgever het opgeleverde diagnostisch beeld zeer herkenbaar vindt, maar (nog?) niet bereid is daar ook de conclusies aan te verbinden zoals wij die hebben geadviseerd (bijvoorbeeld de te volgen veranderstrategie). De diagnoseteamleden voelen zich eigenaar van het opgeleverde resultaat en komen hier dus tegen in verweer. Zij dringen nu aan bij de opdrachtgever om de patronen die wij naar boven hebben gehaald serieus te nemen en te handelen met de kennis en inzichten uit het diagnosetraject. Zij zien bovendien het gedrag van de opdrachtgever ook als onderdeel van bredere patronen van de organisatie. Onze

overtuiging is dat dit een eerste stap is in het doorbreken van deze patronen.

Het effect van het diagnosetraject als interventie op zich blijkt ook zeer sterk. Een tweetal diagnoseteamleden zei letterlijk: 'Ik kijk nu heel anders tegen mijn eigen organisatie aan. De dingen die ik nu gezien heb, kan ik nooit meer niet zien.' Dit andere perspectief zorgt er ook voor dat deze medewerkers ander gedrag vertonen dan voor het traject: ze benoemen vaker wat ze zien, en (proberen) te sturen vanuit kennis van de onderliggende patronen, in plaats van te handelen op basis van de ervaren symptomen zoals daarvoor veel vaker gebeurde.

Eigen nieuwsgierigheid als kompas

Zoals te zien in figuur 20.1 hebben we gekozen voor het expliciet scheiden van de divergentie- en convergentiefase. In de eerste fase was de leidende vraag: hebben we alles gezien? We zochten naar maximale diversiteit en breedte in ons materiaal. Hiermee raakten we ook aan de, soms lastig te beantwoorden, vraag: wat is nog relevant om te onderzoeken en wat valt buiten scope? Want zoeken naar maximale diversiteit in diagnosemateriaal kan eeuwig doorgaan ...

Sommige diagnoseteamleden hadden hier moeite mee: het was soms vrij vaag wat wel en niet relevant was. We hebben de eigen nieuwsgierigheid hiervoor als kompas gebruikt omdat we geloven dat juist die eigen nieuwsgierigheid een heel belangrijke bron is om te

komen tot rijk diagnosemateriaal. Vanuit eigen nieuwsgierigheid stel je immers veel scherpere en meer verdiepende vragen. Bovendien komt die nieuwsgierigheid ergens vandaan; organisatieleden zijn nieuwsgieriger naar aspecten die van invloed lijken te zijn op 'hoe de dingen gaan', dan aspecten die van weinig belang lijken. Een voorbeeld hiervan is een teamlid dat graag, vanuit de eigen ervaring van gebrek aan verbinding met andere afdelingen, de patronen rondom de ervaren 'eilanden' wilde onderzoeken. Een ander teamlid wilde graag de vraag 'hoe werkt besluitvorming' onderzoeken, vanuit de eigen ervaring dat dit voor haar en vele collega's niet helder was.

Om antwoord te krijgen op de vraag tot waar verder onderzoeken nog relevant was, zijn we op een gegeven moment ook gewoon begonnen. Door te beginnen met diagnosticeren ontstaat er stap voor stap meer beeld, en dit beeld helpt vervolgens weer om beter te kunnen beantwoorden of het al 'voldoende' is. Een belangrijke hulpvraag om te bepalen of we voldoende beeld hadden, was: wat hebben we *niet* gezien? Natuurlijk zijn er altijd aspecten die nog verder onderzocht kunnen worden. Voor ons was het zoeken naar onderscheid tussen de individuele nieuwsgierigheid van een teamlid, en nieuwsgierigheid ten behoeve van een verrijking van het diagnosebeeld. Uiteindelijk is bepalen dat het voldoende is een subjectieve keus, op een gegeven moment zeg je tegen elkaar: 'Ik denk dat we het nu wel hebben.'

Door intersubjectief een lijst samen te stellen van relevante onderwerpen hebben we geborgd dat de belangrijkste onderwerpen aan bod kwamen. Bovendien hebben we het perspectief van de eigen organisatieleden aanvullend door zelf, als externe adviseurs, aanvullende onderwerpen te benoemen. Een voorbeeld hiervan is het thema (be)sturing: een onderwerp waar vanuit het diagnosteam minder aandacht voor was, maar wat wij wel belangrijk achtten voor een integraal beeld van de organisatie. Deze lijst van onderwerpen hebben we vervolgens gereduceerd tot een top tien, en die top tien op basis van eigen nieuwsgierigheid verdeeld (om verder te onderzoeken).

Benutten van native speakers

Een belangrijk uitgangspunt van dit traject (en van ieder participatief diagnostetraject?) is de wens om het perspectief van de eigen organisatieleden (native speakers) te benutten. Immers, de kracht van het werken met native speakers is het feit dat ze de organisatie goed kennen. Maar hoe doe je dat goed?

Wij hebben zeer expliciet gestuurd op het creëren van een open klimaat in het diagnosteam, vanuit het geloof dat dit een belangrijke basisvoorwaarde is om alle perspectieven op tafel te krijgen. Als mensen bepaalde zaken niet durven te benoemen of te bevragen blijft er immers vaak cruciale informatie achter.

Hiertoe hebben we gekozen voor een gelijkwaardige opstelling in het uitvoeren van de diagnoseactiviteiten. Letterlijk zeiden we: 'Wij weten ook nog niet wat we gaan vinden, we gaan samen met jullie op onderzoek uit.' Dit was een eerste interventie om de eigen nieuwsgierigheid van de diagnosteamleden aan te spreken en ervoor te zorgen dat er een open klimaat zou ontstaan waarin een open onderzoeksproces kon ontstaan.

We merkten dat niet iedereen dit gemakkelijk vond. Eén diagnosteamlid vroeg bijvoorbeeld: 'Hoe weten we straks dat we de goede zaken hebben onderzocht?' Anderen reageerden wat afwachtend. Tegelijker-

Een mooi voorbeeld van de waarde van native speakers is het moment waarop een van de diagnosteamleden een casus inbracht van een serie gesprekken met haar leidinggevende. Dit verliep als volgt: diagnosteamlid (K) vertelde hoe ze geen gehoor kreeg bij haar leidinggevende. K moest een complexe beslissing nemen over de plaatsing van een cliënt, waarmee ze een (financieel) risico nam. Ze vroeg daarom haar leidinggevende om steun voor de beslissing die ze wilde gaan nemen. Haar leidinggevende gaf haar echter geen steun, maar stelde de vraag terug 'waarom vraag je hiervoor steun?' K droop vervolgens teleurgesteld af. In een nieuw gesprek probeerde K het op een andere manier aan te kaarten. Haar leidinggevende gaf toen aan dat K toch 'zelf verantwoordelijk was voor de beslissingen die ze maakt?!' Na deze tweede poging bleef bij K het gevoel hangen 'ik word niet gesteund, zelfs niet als ik er expliciet om vraag'. Bij navraag bleek dat de intentie van de leidinggevende was om de professionaliteit van K serieus te nemen. Zij dacht dit te doen door te vertrouwen op de beslissing van K, en zich hier niet verder mee in te laten. Helaas was het effect anders ...

tijd zei een aantal diagnosteamleden in het nagesprek van de bijeenkomst waarin wij deze uitspraak deden: 'Het geeft wel heel veel ruimte, we kunnen echt op onderzoek uit.' Gedurende het traject ontstond er bij een aantal teamleden steeds meer energie om aan hun vragen te werken. Hoewel verscheidene teamleden beperkte tijd hadden, vonden ze steeds weer ruimte om toch aan de diagnose te kunnen werken.

Op het gebied van het diagnoseproces kozen we een andere opstelling: die van begeleider/expert. Gezien onze kennis van en ervaring met het begeleiden van een dergelijk proces waren wij in staat om de teamleden te begeleiden door het diagnoseproces. Zeker ook waar het ging om het gebruik van diagnostieken (verschillende vormen van observaties, interviews enz.).

Om dit open klimaat verder te stimuleren hebben we de eigen perspectieven vanaf het eerste moment onderwerp van gesprek gemaakt. Aan de hand van de veranderkleurentest hebben we ieders kracht en beperking in het kijken naar de eigen organisatie besproken. Een van de dingen die naar boven kwam naar aanleiding van dit gesprek was dat het perspectief van de begeleiders (werkvloer) maar dun vertegenwoordigd was in het team. We hebben daarom gezorgd dat er wel voldoende begeleiders bevraagd zouden worden gedurende diagnoseactiviteiten. Verder hebben we besproken wat er nodig was om in ons gezamenlijk gesprek ervoor te zorgen dat alle aanvullende perspectieven benut zouden worden.

Het voorbeeld in het kader op de vorige pagina bleek kenmerkend voor deze organisatie waarin elkaar steun verlenen een issue is. Bovendien blijkt hieruit dat het voeren van een gesprek over hoe interactie verloopt nog onwennig is, ook dat is zeer kenmerkend. Een van de uitkomsten van de diagnose was dat er in deze organisatie weinig aandacht is voor de invulling 'hoe doen we dit met elkaar'.

Omgaan met diversiteit en meervoudigheid

Toen we een eind op weg waren en de contouren van het diagnostisch beeld ontstonden, uitte een diagnoseteamlid zijn onvrede over wat we aan het doen waren. Hij was niet overtuigd van het feit dat dit proces tot de goede resultaten zou leiden. Volgens hem was het te toevallig, te weinig gestructureerd en niet te onderbouwen dat we aan het einde 'alles' gezien hadden. Hij was bekend met een andere methodiek die volgens hem beter zou werken (een onderzoeksbenadering, zoals beschreven in *Leren Veranderen*, par. 5.2). Het zal u niet verbazen dat dit teamlid een stevige dominantie van blauw in zijn kleurenprofiel heeft.

Ik ben met hem in gesprek gegaan om allereerst zijn kritiek goed te horen. Vervolgens heb ik hem gevraagd wat voor hem belangrijk was voor het traject. Toen ik dat goed begreep, heb ik hem uitgelegd wat de werkingsprincipes waren van het traject dat wij volgden. We kwamen tot de conclusie dat we heel andere aspecten belangrijk vonden. Dit heb ik ver-

volgens benoemd en zo een poging gedaan een meta-gesprek met hem te voeren, en niet de strijd aan te gaan tussen de kleuren (blauw versus groen). Hoewel dit gesprek goed verliep, is het helaas maar beperkt gelukt om zijn (aanvullende) perspectief voor de diagnose te benutten.

We zien hier de werking van de kleuren terug. De gevolgde werkingsprincipes in de vormgeving van het proces waren dominant groen/wit. Het perspectief van dit teamlid stond daar haaks op: dominant blauw. Het blijkt dat het heel wat vraagt om dit waardevolle perspectief inhoudelijk te benutten (zijn aanvullende perspectief), omdat het procesmatig te veraf ligt (hij gelooft niet in de resultaten van een groen/wit proces). In ons geval kwamen we op een vrij laat moment in het traject met het teamlid in gesprek over zijn twijfels. Dit zorgde ervoor dat hij al behoorlijk was afgehaakt. Zijn beeld van het traject was al zo negatief dat het heel wat kostte om hem nog aan boord te houden. Wellicht was dit anders verlopen als we dit eerder met hem hadden kunnen bespreken. Bovendien maakt het eens te meer duidelijk dat een divers team met grote meervoudigheid aan perspectief potentieel waardevol is, maar dat het een hoge gesprekskwaliteit, behoorlijk wat reflectievermogen van de teamleden en goede begeleiding vraagt om deze potentie te kunnen benutten.

Analyseren en betekenis geven — hoeveel participatie werkt?

In de analysefase kwamen we voor een paar lastige keuzes te staan. Hieronder een toelichting over welke keuzes we maakten en wat de effecten hiervan waren.

De eerste stap, het thematiseren van de data, ging goed. In een gezamenlijke workshop hebben we met het diagnoseteam via post-it's thema's geïdentificeerd en zo zijn we gekomen tot een diagnostisch beeld op hoofdlijnen. De volgende stap echter bleek echter veel lastiger. Om tot een goede analyse te komen, wilden wij komen van symptomen (het ruwe diagnosemateriaal) naar patronen (duiding van de samenhang in het materiaal). Om dit te bereiken kozen we voor het werken met causaal diagrammen.

Tijdens de convergentiebijeenkomst hebben we een poging gedaan om samen met de leden van het diagnosteam causaal diagrammen te maken, maar dit ging niet goed. Het is hier onvoldoende gelukt om de diagnosteamleden systemisch te laten kijken. De essentie van het werken met causaal diagrammen is dat je op zoek gaat naar onderliggende patronen, waarbij er niet één oorzaak of één probleem is. Helaas was dat toch waar veel teamleden op gefocust waren. Het effect hiervan was dat de diagrammen kwalitatief niet erg sterk waren. Ze klopten technisch onvoldoende en hadden niet de diepgang die wel in het diagnosemateriaal aanwezig was.

Wat wellicht meespeelde was dat het voor veel diagnosteamleden erg lastig was om afstand te nemen tot de eigen werkwijze en de eigen organisatie te bezien vanuit een meer beschouwend standpunt. Veel diagnosteamleden bleven komen met opvattingen 'ik weet zeker dat als er echt anders gestuurd zou worden de dingen hier heel anders zouden gaan'. Of 'het probleem is gewoon dat mensen elkaar niet opzoeken'. Het was duidelijk dat er meer nodig was om samen met het team tot gedeelde resultaten te komen. Helaas was die tijd er niet ...

Het effect hiervan was dat wij klem kwamen te zitten tussen de twee doelen van ons traject: een kwalitatief goede diagnose (inhoud), en een versterkt verandervermogen van de diagnosteamleden (proces). Met meer tijd hadden

wij graag willen investeren in de competentie van de diagnosteamleden om systemisch te kijken en te werken met causaal diagrammen. Nu verkozen we echter om pragmatische redenen de kwaliteit van de diagrammen (de analyse) boven het leerproces van de diagnosteamleden. Dat betekende dat we ervoor kozen om de diagrammen zelf, zonder de diagnosteamleden, verder uit te werken.

Deze keus bleef uiteraard niet zonder gevolgen. We kozen hier voor veel minder participatie en meer expertmatig werken. Hiermee liepen we het risico op mindere herkenbaarheid van de resultaten door de diagnosteamleden en een verminderd eigenaarschap van de resultaten. In een poging de schade hiervan te beperken hebben we onze keuzes besproken met het diagnosteam in onze laatste bijeenkomst. Daar bleek de keus voor minder participatie (zoals verwacht) niet gewaardeerd te worden door de teamleden. Gelukkig bleken de resultaten van onze analyse zo herkenbaar dat dit niet tot een groot issue leidde.

Deze ervaring maakt duidelijk dat om tot een goede analyse te komen het onontbeerlijk is om dit intensief te begeleiden. Niet in de laatste plaats omdat het afstand nemen tot de eigen werkwijze begrijpelijkerwijs lastig is voor de teamleden die dagelijks in deze praktijk werken. Die afstand is juist in deze fase van groot belang, en daar ligt een belangrijke toegevoegde waarde van de (externe) begeleider.

Een ander punt is dat het grote belang van aandacht voor het proces niet onderschat kan worden in een dergelijk traject. Ook bovenstaand voorbeeld maakt duidelijk dat het erg van belang is om voortdurend helderheid te scheppen over wanneer, waarover en hoe er inbreng van de teamleden gevraagd wordt. Wat doen we samen en wat doen we (bijvoorbeeld de externe adviseurs) afzonderlijk? Helderheid en betrouwbaarheid op dit punt zijn belangrijke basisvoorwaarden om blijvend te zorgen voor betrokkenheid van de teamleden.

Breder dan de analysefase maakt bovenstaande ook duidelijk dat er vaak spanning optreedt tussen de verschillende doelen van het traject: enerzijds een stevige inhoudelijke diagnose produceren en anderzijds het verandervermogen van de teamleden versterken. Soms gaat dat goed samen, maar bijvoorbeeld op het moment dat de druk op het resultaat verhoogd wordt (in ons geval door tijd) kan dit ten koste gaan van het leren. Het was immers voor het verandervermogen van de diagnosteamleden beter geweest als ze ook in de analysefase volledig hadden kunnen participeren.

DILEMMA'S

Uiteraard geldt: overweeg goed de voor- en nadelen van een participatief traject. Onze ervaring leert dat een participatief traject van grote waarde kan zijn, maar vanzelf gaat het

natuurlijk niet. Wij denken dat de volgende dilemma's in ieder geval aandacht vragen:

Tijd versus diepgang

Afhankelijk van de doelen van het traject is het belangrijk genoeg tijd te reserveren om voldoende diepgang te kunnen bereiken in het proces. Hierbij is het raadzaam ook ruimte te behouden voor wat vertraging in het proces, omdat de diagnoseteamleden een ontwikkeling doormaken en dat vraagt tijd. Gezien het feit dat de kwaliteit van de diagnoseteamleden van directe invloed is op het eindresultaat, is voldoende tijd voor het (leer)proces ook vanuit het oogpunt van het eindresultaat relevant. In ons geval kwamen we in de knel met de gegeven tijd doordat de druk op het opleveren van inhoudelijk resultaat in de laatste fase zo hoog werd dat we geen ruimte meer vonden om het gezamenlijke proces zorgvuldig voort te zetten.

Competentie versus representatie

De competentie van de teamleden bepaalde in grote mate de kwaliteit van de diagnose. Logisch dus dat je wilt sturen op diagnoseteamleden die voldoende competent zijn om een waardevolle bijdrage te kunnen leveren. Competentie zit hem dan voornamelijk in het vermogen onbevengden te kijken, te reflecteren op het eigen perspectief en een bijdrage kunnen leveren aan een onderzoekend gesprek (zie ook hierboven in deze bijdrage). Toch is dit slechts één criterium voor de selectie van diagnoseteamleden. Het is óók belangrijk mensen in je team te hebben die alle perspectieven binnen de organisatie representeren (als je een integraal beeld wilt). Vanzelfsprekend krijg je dus vaak te maken met een aantal teamleden die minder competent zijn in het diagnosticeren dan je idealiter zou willen. Anders gezegd: bij een participatief traject zit ingebakken dat je werkt met onervaren of minder competente diagnoseteamleden. Daar moet je dus rekening mee houden in de vormgeving en begeleiding van het proces.

In ons geval hadden we een aantal zeer competente teamleden die met waardevolle informatie kwamen, doordat ze bijvoorbeeld interviews afnamen en daarin in staat waren goede vragen te stellen zodat ook 'verborgen' informatie boven tafel kwam. Er waren ook teamleden die dit minder goed af ging en anderen die gewoonweg te weinig tijd hadden om echt een bijdrage te kunnen leveren.

Inhoudelijke resultaten versus procesresultaten

Zoals hierboven beschreven staan de twee hoofddoelen van een participatief diagnosetraject: inhoudelijke resultaten (goed diagnostisch beeld) en procesresultaten (waardevol leerproces, competenties diagnoseteamleden) soms op gespannen voet met elkaar. Hoewel het ideaal zou zijn om gedurende het proces steeds beide doelen te dienen, leert onze ervaring dat kiezen hierin soms nodig is. Dit is ook iets wat aan de voorkant van het traject al besproken kan worden: als het straks spannend wordt, welk doel is dan bovengeschiedt?

In ons geval was het feit dat het inhoudelijke resultaat bovengeschiedt was richtinggevend in de keus om de analysefase meer naar ons toe te trekken.

Omvang versus voortgang

Een laatste les is heel praktisch; het werken met een groot team brengt praktische nadelen met zich mee. Een bijeenkomst plannen met twaalf mensen is natuurlijk veel lastiger dan met bijvoorbeeld twee of drie. Tegelijkertijd is de rijkdom aan diagnosemateriaal en inzichten in potentie veel groter bij een team van twaalf. Dit is niet simpel op te lossen door van tevoren alles in te plannen, omdat een proces als dit juist flexibiliteit vraagt. Wij hebben van tevoren alle bijeenkomsten ingepland, maar wilden halverwege gezien het verloop van het proces daarin wijzigingen aanbrengen. Dit vraagt dus schipperen tussen planning en beschikbaarheid. Gezien het feit dat de aanwezige teamleden allesbepalend zijn voor de kwaliteit van de resultaten is dit geen sinecure.