

Nieuw élan in de relatie tussen de medisch specialist en de ziekenhuisorganisatie

Jan Willem Hoom en Jan Landman

In menig ziekenhuis is het engagement van medisch specialisten met de bedrijfsvoering tanende. Hier en daar doemt een soort moeheid op die, als niet tijdig wordt ingegrepen, om kan slaan in cynisme. Het is tijd voor een transitie waarin collectieve betekenissen worden herzien en een nieuwe identiteit ontstaat.

1. Transformatie van het GMSB gewenst en nodig

Klassieke patronen, zoals die met het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB) zijn geïntroduceerd, raken sleets en zijn niet meer van deze tijd. Met het GMSB doelen wij op de uitkomsten van de commissie Van Montfort, die medio negentiger jaren aanbevelingen heeft gedaan om medisch specialisten te betrekken bij het bestuur en management van ziekenhuizen. Die aanbevelingen hebben geleid tot het wijzigen van de organisatiestructuur (kantelen), het invoeren van duaal management, het doorvoeren van een beleids- en begrotingscyclus aan de hand van jaarwerkplannen en managementrapportages en tot andere verhoudingen tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur.

Wij constateren dat die aanbevelingen hun beste tijd gehad hebben. Omkijkend naar de afgelopen tien jaar constateren wij dat:

- veel tijd en energie is gestoken in structuren,
- weinig in omgangsvormen,
- veel tijd in het betrekken van de medisch specialist bij het management,
- weinig in het betrekken van het management bij de medisch specialistische bedrijfsvoering.

De discussie over het GMSB heeft de ziekenhuizen in Nederland natuurlijk ook in positieve zin beïnvloed en bestuurders, managers en specialisten door een moeilijk tijdsgewricht geloodst. Zo kon de er-

gemis via het GMSB gekanaliseerd worden over toenemende wachtlijsten, die gepaard gingen met productiebeperkende maatregelen. Evenzo is planmatiger werken geïntroduceerd met een transparanter besluitvormingsproces voor de verdeling van schaarste (investeringsbudget, OK-capaciteit en dergelijke).

Met de introductie van een nieuwe financieringssysteem, waarin de economische wetten weer gaan kloppen en het om marktstrategische redenen weer belangrijk wordt om kwaliteit, productie en service te bieden, is ons inziens behoefte aan een ander bedrijfsconcept. Een bedrijfsconcept, dat zich niet primair richt op beheersing, controle en het delen van zeggenschap, maar op inhoudelijk engagement en op het verbeteren van de zorglogistieke bedrijfsvoering.

Het is ons inziens tijd voor een transitie, ofwel transformatie naar nieuwe spelregels, waarin collectieve betekenissen worden herzien en een nieuwe identiteit ontstaat. Anders gezegd: er is een nieuw élan nodig, waarbij het niet alleen gaat om nieuwe beheersmatige concepten, maar ook om nieuwe uitdagingen, die inspireren en leiden tot een andere grondhouding, zowel bij de medisch specialisten als bij het management. En dat is keihard nodig voor de drive, ofwel professionele ambitie, om inhoudelijke veranderingen in (de organisatie van) de ziekenhuiszorg door te kunnen voeren.

2 Drie sleutelbegrippen

Wij brengen de hierboven geschetste vraagstelling terug naar drie sleutelbegrippen, die ons inziens essentieel zijn:

• Een 'thuis'

Hieronder verstaan wij de uitvalsbasis, van waaruit de medisch specialist zijn/haar werk verricht. Wij bedoelen hiermee primair de eigen maatschap/vakgroep en in tweede instantie de groep collegae en medewerkers waarmee dagelijks wordt opgetrokken: een thuis waar het plezierig is om te zijn en in collegiaal verband een prestatie neer te zetten. In het GMSB leek een taboe te heersen om over die uitvalsbasis te praten. Wij vinden het juist essentieel dat het op maatschapsniveau goed botert. We gaan hier in 2.1 verder op in.

- **Een goede bedrijfsvoering**

Als we het over een goede bedrijfsvoering hebben, dan praten we al gauw over mee kunnen beslissen en een 'trots gevoel' om daaraan deelgenoot te zijn. Wij constateren dat een zinvolle dialoog over alle mogelijke zaken (zoals kwaliteit van zorg, cliënt- en servicegerichtheid, doelmatig omgaan met beschikbare middelen, mensen aanspreken op hun competenties, zorgen voor heldere taken/bevoegdheden, goede planning van spreekuren en operaties en goede ICT-ondersteuning) de grondregels van een professionele organisatie gerespecteerd dienen te worden en vervolgens bedrijfsmatig dient te worden doorgepakt. We gaan daar onder 2.2 verder op in.

- **Geloof in de toekomst**

Hier hebben we het over:

- 1 Basisvertrouwen in eigen kunnen en dat van direct betrokkenen om van de gegeven omstandigheden het beste te maken.
- 2 Wilskracht om verder te komen, de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren, ook wanneer ervaringen in het verleden teleurstellend zijn geweest.

2.1 Een thuis

Het hebben van een 'vertrouwde uitvalsbasis' is ons inziens essentieel in een ziekenhuisorganisatie, waarin door velen (in ieder geval door medisch specialisten) in diverse teams en op diverse plekken wordt gewerkt. In klassieke zin is de maatschap/vakgroep zo'n uitvalsbasis. Wel constateren wij dat een goed functionerende maatschap veelal leidt tot kwaliteit, constructieve samenwerkingsrelaties, beleidsinitiatieven, positieve beeldvorming, etc. Bij een slecht functionerende maatschap zijn er vaak velen die daar last van hebben, niet alleen de maten zelf. In een dergelijke situatie wordt de maatschap/vakgroep als een gevangenis ervaren, waaruit sommigen proberen te ontvluchten. Maar dat is het negeren van iets wat essentieel fout zit.

Wij zien overigens vele scheuren in het fenomeen 'maatschap' ontstaan. Zeker in grotere ziekenhuizen is een doorsnijding

van de specialismen heelkunde en interne geneeskunde te zien naar respectievelijk aandachtsgebieden en specialistische deelgebieden. Op elk gebied gelden eigen werkrelaties, faciliteiten en dergelijke. Hoe ver die opdeling ook is doorgevoerd, toch blijft door de avond-/nacht- en weekenddienst en de opleidingsfunctie de maatschap als thuisbasis bestaansrecht houden. Het vormt ook 'contractueel' de basis voor kwaliteit en continuïteit van medisch specialistische zorg.

In koepel- of stafmaatschappen is het echte 'thuisgevoel' niet altijd vanzelfsprekend. Dit zijn eerder arena's waarin tussen maatschappen 'strijd' wordt geleverd over formatie en inkomen.

2.2 Een goede bedrijfsvoering

Het is bijna een open deur dat een efficiënte bedrijfsvoering alleen wil slagen, als de direct betrokkenen zich kunnen identificeren met hun eigen bedrijfs onderdeel, zeggenschap hebben in de bedrijfsvoering en ook merken dat die zeggenschap iets te betekenen heeft. Het sociotechnische zelfsturingconcept onderstreept die zienswijze en vraagt tegelijkertijd om overzichtelijke 'cellen', waar eenheid van gezag en eigenaarschap zijn te realiseren. Hoe meer die eenheid wordt vertroebeld door netwerkachtige constructies, des te lastiger wordt de identificatie. Dat pleit ervoor om specialisten vanuit hun maatschap/specialisme zeggenschap te geven over die onderdelen van het ziekenhuisbedrijf, waar zij een wezenlijk deel van hun praktijk uitoefenen. Hoe lager in de organisatie dat georganiseerd kan worden, hoe beter. Naarmate daarvoor in de hiërarchie moet worden geklommen, wordt die zeggenschap vager en lastiger.

In een professionele organisatie hoort het management zich faciliterend op te stellen in het beleidsproces, dat aan de daadwerkelijke besluitvorming voorafgaat. Maar zodra besluiten genomen zijn, mag van het management worden verwacht dat de bedrijfsvoering daar slagvaardig op wordt ingericht. Ofwel kort gezegd: het faciliteren van de discussie over de richting en het slagvaardig leidinggeven aan inrichting. Het is evident dat tot het faciliteren van de richtingsdiscussie tevens het prikkelen/inspireren en het aangeven van

de kaders behoort. Dat hoeft verder geen betoog. Essentieel is de fit, die ontstaat tussen de betreffende maatschap en het management. Daarvoor bestaan geen sjablonen.

2.3 Geloof in de toekomst

In een continufunctie waarin geen carrière gemaakt kan worden, is het te begrijpen dat 'de routine' gaat overheersen en de uitdagingen in het werk afnemen. Op zich is dat een gevaarlijke situatie. Juist in een functie met een hoog kennis- en vaardigheidsniveau zijn inspiratie en wilskracht onontbeerlijk. Bij het ontbreken daarvan liggen gevaren op de loer zoals conflicten, medische fouten, burn-out, etcetera. Perspectief en wilskracht zijn hier sleutelwoorden.

3 Opties voor nieuw élan

In het voorgaande hebben we betoogd dat het leggen van de verbinding tussen ziekenhuisorganisatie en medisch specialist vanuit de gedachte van het GMSB z'n tijd heeft gehad. In feite blijft het facilitaire model het beeld overheersen, waarin de ziekenhuisorganisatie voor de medisch specialist niet meer is dan een middel om zijn werk te kunnen doen. Met een medisch specialist die een dagdeel per week over de schouder van de ziekenhuismanager meekijkt, verbetert de communicatie tussen de maatschap en het ziekenhuis misschien iets, maar dat is het dan ook wel. De ooit bedoelde positieve betrokkenheid bij de sturing van het ziekenhuis wordt eerder door de medisch specialist beschouwd als 'corvee'.

Wat te doen om uit deze doodlopende straat te geraken? Wij bespreken enkele opties.

3.1 Bedrijfsvoering c.q. belevingswereld van de maatschap als vertrekpunt

Onze eerste optie is het kiezen voor een andere benadering dan die van het GMSB is gekozen: niet meer de maatschap proberen te betrekken bij het management door een van de maten een dagdeel bij de manager op de bagagedrager te plaatsen, maar een omkering plegen. Niet de medisch specialist, die een dagdeel/week aan managementparticipatie doet, maar de bestuurder/manager, die een dagdeel/week aan zorgparticipatie doet. Begin bij de interne organisatie van de maatschap en zorg ervoor dat dit de aandacht krijgt die het verdient. Daarbij kan worden gedacht aan de betreffende divisie manager, die op agendabasis aanschuift bij een maatschapsvergadering en op die manier meehelpt aan de oplossing van kwesties, die door de maatschap als knellend worden ervaren.

Uiteraard kan bovenstaande niet los worden gezien van de vraag hoe de bedrijfsvoering van de maatschap kan worden ingepast c.q. gebruik maakt van de faciliteiten van de ziekenhuisorganisatie. De vraag is hoe een balans kan worden gevonden tussen de belangen van de bedrijfsvoering van de maatschap en die van het overkoepelende ziekenhuis.

In een groot algemeen ziekenhuis wordt al lange tijd geïnvesteerd in het betrekken van de medisch specialisten bij het beleid en de bedrijfsvoering. De organisatie is om die reden en in goed overleg met afdelingsleiding, management en medische staf, omgebouwd naar een uitnodigende structuur voor managementparticipatie. Kort en goed kent de organisatie daardoor een vijf-en-twintigtal functiegroepen. Een functiegroep is daarbij een apart ziekenhuisonderdeel, gegroepeerd rondom een medisch specialisme of een 'shared service'. Voor de rondom de medisch specialismen gevormde functiegroepen nemen de betreffende medisch specialisten de verpleegkundigen, paramedici en administratief medewerkers van de verpleegafdeling, polikliniek en nauw aan het specialisme gerelateerde onderzoek-/behandelfuncties daaraan deel. Een functiegroep wordt steeds geleid door een algemeen en een medisch manager, welke laatste één van de medisch specialisten is, daarvoor een dagdeel per week vrijgesteld. Bij de 'shared services' is niet altijd van tweehoofdige leiding sprake. Zo worden apotheek en laboratorium door de apotheker respectievelijk klinisch chemicus geleid. In het voorbeeld van de OK is het de OK-manager, die samen met de voorzitter van de OK-commissie de leidinggevende verantwoordelijkheid heeft.

De organisatie heeft laatst deze organisatievorm geëvalueerd. Daaruit kon worden geconcludeerd hoeveel waarde door eenieder wordt gehecht aan de functiegroepen. Tegelijk werd de besluitvorming op ziekenhuisniveau als ondoorzichtig getypeerd. Een bundeling van functiegroepen ligt derhalve in de rede. Om de inrichting van de organisatie daarvoor te verbeteren heeft de Raad van Bestuur de uitgangspunten aangereikt en haar visie gegeven op de vereisten, waaraan de nieuwe organisatie dient te voldoen. Op grond daarvan zijn algemeen en medisch managers, stafbestuur en managementteam zich in onderling overleg gaan beraden op wenselijke configuraties. Zo is het perspectief ontstaan van een organisatie, waarin het goede van de functiegroepen wordt bestendig, de functiegroepen qua bedrijfsvoering worden gebundeld tot grotere eenheden en de medisch managers tezamen de kernstaf vormen, zijnde het besluitvormend orgaan van de medische staf. Dit is een poging de hiërarchieke ziekenhuisorganisatie en de organisatie van de medische staf intrinsiek aan elkaar te binden.

Essentie is dat vanuit een goed lopende maatschap de oversteek wordt gemaakt naar het ziekenhuismanagement. Duaal management kan dan een geheel nieuwe inhoud krijgen. Niet meer de wankele dualiteit van specialist en manager, maar het stevig gezamenlijk optrekken van ziekenhuismanager en maatschapmanager.

Het is evident dat deze benadering ziekenhuisbreed niet van vandaag op morgen kan worden geëffectueerd. Wel is het denkbaar met de hierboven geschetste aanpak te experimenteren. De in het kader geplaatste casus laat zien hoe deze benadering tot een coherente en efficiënt ingerichte ziekenhuisorganisatie kan leiden.

3.2 Een andere interne organisatie van de maatschap

Door ziekenhuisfusies zijn er veel maatschappen ontstaan, die de natuurlijke grootte van 6 à 10 personen overstijgen. Dat vraagt om andere werkvormen dan in het gangbare maatschapcontract en huishoudelijk reglement zijn voorgeschreven. In die gangbare vorm wordt ervan uitgegaan, dat iedere maat gelijkelijk bijdraagt aan het functioneren van de maatschap en er in de besluitvorming geen

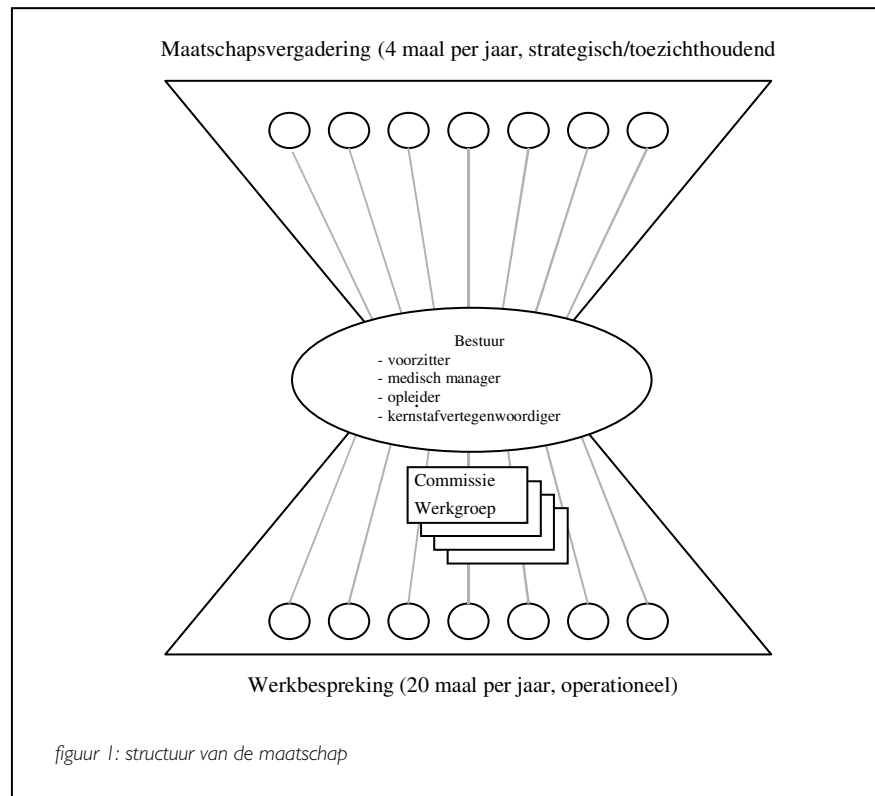
'hiërarchie' mag ontstaan. Kijkend naar de impact die een goed functionerende maatschap op het ziekenhuisbedrijf heeft en haar 'ondernemende' verantwoordelijkheid, is een meer zakelijke werkvorm te verkiezen. Daarbij dient ons inziens één van de maten als bestuurder op te treden (daarvoor deels vrijgesteld en bijgestaan door een maatschapmanager), met de bevoegdheid in de meest ruime zin van het woord om besluiten te nemen. Het door de maatschapvergadering vastgestelde beleidsplan en de bijbehorende begroting gelden daarvoor als richtsnoer. De maatschapsbestuurder legt voor al zijn bestuursdaden verantwoording af in de maatschapvergadering, waardoor een evenwichtige vorm van 'gecontroleerde macht' ontstaat.

In de praktijk betekent dit, dat elk maatschaplid enerzijds 'werknemer' is en zich richt naar hetgeen collectief is overeengekomen; anderzijds is elk maatschaplid 'aandeelhouder' en heeft als zodanig een toezichthoudende taak, een en ander overeenkomstig het Raad van Toezicht-model. Zie figuur 1.

Een maatschapvergadering krijgt zo een beleidsmatig karakter, waarin over de hoofdlijnen van het functioneren van de maatschap wordt gesproken (kwaliteitsbeleid, productie-/capaciteitsbeleid, jaarrekening, functioneren maatschapsbestuurder). De maatschapsbestuurder kan vanuit een ruim mandaat zijn/haar werk doen en de nodige verbindingen leggen met het bestuur en management van het ziekenhuis. De praktijk wijst inmiddels uit dat een dergelijke benaderwijze het bedrijfsmatig functioneren van een (grote) maatschap aanmerkelijk kan vergroten. Voorwaarde is wel het gemeenschappelijk inzicht en de wilskracht om tot dergelijke maatregelen over te gaan en het vermogen om periodiek te evalueren en bij te stellen.

3.3 Ruimte voor reflectie

In het organisatiedenken zit het modelleren en structureren sterk geworteld. Een structureel probleem wordt gauw verheven tot nieuwe strategische doelstelling, waarop de structuur moet worden aangepast. En vaak is daarmee het oorspronkelijke probleem al dan gedeeltelijk opgelost en ontstaan door die reorganisatie weer nieuwe problemen. Dat houdt ons van de straat, maar voegt niet altijd iets goeds toe. Als het gaat om nieuw élan, bezieling en een vernieuwend bedrijfsconcept is een zoektocht nuttig naar natuurlijke verbindingen tussen mensen en de systemen en structuren, waarin zij werkzaam zijn. Die verbinding kan makkelijk worden gelegd door periodiek om te kijken of datgene wat je wilt wel overeenkomt met hoe je je gedraagt. Een periodieke reflectie op het functioneren van instituties als de ziekenhuisorganisatie, de medische staf, de maatschap en op het functioneren van personen als de medisch specialist, bestuurder en manager werkt verrijkend. Niets geeft zoveel élan als zo af en toe van je naaste collegae te horen



op welke manier zij jou waarderen en wat hun tips zijn om jouw bijdrage aan het teamfunctioneren verder te vergroten. Het is tegelijk een effectieve preventie-maatregel om ontwrichtende werkverhoudingen voor te zijn. Eigenlijk hoort in elk maatschapscontract een paragraaf thuis over functioneringsgesprekken en reflectiemomenten over de effectiviteit en efficiency van het maatschapsfunctioneren.

Problematisch blijft in deze benadering de maatschap waarin een bestuurlijk zwaartepunt ontbreekt, hetzij omdat er niemand is die in bestuurlijke zin komt 'bovendrijven', hetzij omdat geen van de maten de ander in bestuurlijke zin het licht in de ogen gunt. Maar in ieder geval is het belangrijk dat ook dan een maatschap zelf de diagnose stelt. Dit kan immers het begin zijn van een proces waarmee het mogelijk wordt bij de eerstvolgende vacature wel naar het noodzakelijke bestuurlijke gewicht te zoeken. De medische staf zou er in dit kader goed aan doen om, als kwaliteitsrichtlijn, elke maatschap te verzoeken om het maatschaps- en onderling functioneren van de maten periodiek onder de loupe te nemen. Onderlinge evaluatie van de geleverde prestaties en toetsing van de gedragscompetenties horen daarbij aan de

orde te komen. Dat vergroot de alertheid en vernuimt het bewustzijn van het belang van coherente verhoudingen en efficiënte werkvormen.

Een medische staf hoort dus te kunnen sturen op de kwaliteit van het functioneren van elke maatschap en van elke medisch specialist. Daarvoor zijn sancties onontbeerlijk om eventuele disfuncties te deblokken.

En tenslotte dient elk ziekenhuis de onderlinge werkverhoudingen tussen bestuur, management en medisch specialist periodiek onderwerp van bespreking te maken door de goede voorbeelden in de etalage te zetten, waar mogelijk verbeteringen door te voeren en waar nodig corrigerende maatregelen te treffen. Dat vraagt niet om structuren, maar om commitment en openheid er samen het beste van te willen maken.

4 Synthese

Een drietal opties zijn genoemd om te komen tot een vernieuwende binding tussen medisch specialist en ziekenhuisorganisatie. Basaal is daarvoor elkaars belevingswereld te begrijpen en te respecteren. De aan medisch specialisten zo eigen organisatievorm, te weten de maatschap c.q. vakgroep, kan voor die nieuwe verbinding een belangrijke functie vervullen. De eerste optie gaat uit van het verbeteren van de 'externe organisatie' van de maatschap; de tweede van het verbeteren van de 'interne organisatie'. De derde optie legt de verbinding door het periodiek bespreekbaar maken van onderlinge verhoudingen.

Natuurlijk kan het voor een nieuw élan, voor het tot stand brengen van de benodigde drive voor professioneel-inhoudelijke veranderingen, niet bij deze opties blijven. Maar schept daarvoor ons inziens wel de goede context.

Zo kan een 'masterclass' voor een geïnteresseerde groep medisch specialisten de 'voorhoede' nieuwe inspiratie bieden. Een kritische succesfactor bij een dergelijke aanpak zijn de dwarsliggers, die in dergelijke trajecten vaak ondervetegenwoordigd zijn. Het is de vraag in hoeverre de 'masterclass-elite' de anderen kan overtuigen op een nieuwe manier aan de slag te gaan. Een tweede succesfactor is de daadwerkelijke beproeving in de praktijk (learning by doing), waarbij externe coaching, intervisie en regelmatige evaluatie de slaagkans kunnen vergroten.

Ook kan het nieuw élan worden geprikkeld door experimenten toe te staan en te faciliteren, in plaats van ieder hetzelfde keurslijf aan te meten.

Een aantal voorbeelden om dit idee te illustreren:

- een maatschap neemt een veel groter aandeel in het management van het ziekenhuis door één van de leden van de maatschap 60% van de tijd vrij te maken voor managementzaken. Deze specialist geeft tegelijkertijd leiding aan de maatschap én aan een stuk van het ziekenhuisbedrijf. Dit experiment gaat in de richting van het model waarbij

een medisch specialist cluster- of divisiemanager wordt,

- een medisch specialist neemt verantwoordelijkheid voor een belangrijk ziekenhuisproces en krijgt daarin ook bevoegdheden. Hierbij gaat het dus niet om structuur-, maar om procesvernieuwing. Een voorbeeld zou kunnen zijn de chirurg die vergaande bevoegdheden krijgt in de planning van het opname- & ontslagproces, eventueel gekoppeld aan de planning op de OK,
- inspraak in elkaars benoemingen en elkaars functioneren. Als een maatschap zeggenschap belangrijk vindt in de benoeming van een manager, dan is het logisch dat het management diezelfde zeggenschap heeft in de benoeming van de maatschapsbestuurder. Diezelfde lijn kan worden doorgetrokken ten aanzien van de functioneringsgesprekken. Ook hier dient geen algemene regel te gelden, maar is het ons inziens verstandig om steeds een goede balans te vinden,
- het organiseren van multidisciplinaire verbanden. Bekend zijn inmiddels de mamma- en de vaatpoli's, waarmee drastische verbeteringen in de zorglogistieke bedrijfsvoering doorgevoerd worden.

5 Tenslotte

In de voorgaande paragraaf hebben wij een aantal initiatieven genoemd, die alle kunnen bijdragen aan het vinden van nieuw élan voor de wijze waarop bestuurder/manager en medisch specialist acteren in de besturing van het ziekenhuis.

Wij zien vele initiatieven, zowel op landelijk niveau (VWS, Inspectie, Orde, VNZ en ZN) als op lokaal niveau (bestuurders en managers van ziekenhuizen, medisch specialisten, patiëntenverenigingen en lokale zorgverzekeraars).

Toch gaan die initiatieven vaak voorbij aan het feit dat echte vernieuwing bij jezelf begint, in het toelaten waar het echt om gaat, wat je drijfveren zijn en hoe je jezelf de ruimte wilt geven. Het gaat vervolgens om de interactie met anderen die deelgenoot zijn in dat complexe ziekenhuisbedrijf. Daarbij is het belangrijk om te erkennen en respectvol om te gaan met het feit dat sprake is van een 'wereld van verschil'.

Externe wet- en regelgeving ontziet soms de dagelijkse beroepsuitoefening, al dan niet versterkt door regelgeving van de eigen maatschap, de koepel, het management en het bestuur van het ziekenhuis. Het is in al die situaties gewenst om niet bij de pakken neer te gaan zitten, maar nieuw élan in te brengen en zelf het initiatief te houden.

Over de auteurs



Jan Willem Hoom (1950) is medeoprichter van de Vreelandgroep en daar nu als partner aan verbonden. Hij heeft ruime ervaring als organisatieadviseur binnen de gezondheidszorg, de zakelijke dienstverlening en het bedrijfsleven. Beschikt over bijzondere expertise op het gebied van strategische vraagstukken, bedrijfsdoorlichting en logistiek.

Achtergrond
Bouwkunde en Bedrijfskunde



Jan Landman (1949) is als partner aan de Vreelandgroep verbonden. Heeft een groot aantal organisatieveranderingen geleid als projectmanager. Actief als coach van managementteams en maatschappen. Diverse functies in algemene ziekenhuizen: organisatieadviseur, secretaris Raad van Bestuur, manager Sociale Zaken.

Achtergrond
Werktuigbouwkunde, Bedrijfskunde, HRM-management