

# Concern- en netwerkvorming in de gezondheidszorg: op weg naar beter?

Jan Willem Hoom en Joan van Aken

In dit artikel staat de vraag centraal of concern- en netwerkvorming elkaars antagonismen zijn, die leiden tot verdere verbetering van de kwaliteit van dienstverlening. De afwisseling van vervlechting en ontvlechting vraagt om een specifiek besturingsconcept.

In de gezondheidszorg schieten momenteel samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders als paddestoelen uit de grond. Zo worden in de ouderenzorg lokale zorgcircuits gevormd door geformaliseerde samenwerkingsconstructies tussen thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. In de geestelijke gezondheidszorg zijn algemeen psychiatrische ziekenhuizen, regionale instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en regionale instellingen voor beschermde woonvormen regionale zorgcircuits aan het vormen, waaruit weer nieuwe organisaties voortkomen (zogeheten multifunctionele eenheden). In de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap zijn samenwerkingsverbanden in ontwikkeling tussen intra-, semi- en extramurale zorgaanbieders, leidend tot een netwerk van kleinschalige, gedeconcentreerde wooneenheden. Bij de algemene ziekenhuizen groeien de verbintenissen met verpleeghuizen, huisartsen en thuiszorg, terwijl ook tussen ziekenhuizen onderling hechte verbanden aan het ontstaan zijn.

In al deze samenwerkingsverbanden doen zich ontwerp- en besturingsvraagstukken voor. Zo is het voor het ontwerp van de samenwerkingsconstructie onder meer van belang om de juiste 'fit' te vinden tussen de doeleinden van de samenwerking in relatie tot de hechtheid van de binding, die op bestuurlijk dan wel operationeel niveau tussen de betrokken organisaties dient te worden aangegaan. Maar ook is het voor het ontwerp van belang om de voorwaarden te kennen waaraan de eigen

organisatie (interne organisatie) dient te voldoen om effectief te kunnen samenwerken, alsmede welke effecten de samenwerking (de externe organisatie) heeft op de eigen, interne organisatie. Het besturingsvraagstuk betreft vooral de vraag hoe de met de samenwerking gepaard gaande bestuurlijke dynamiek het beste kan worden beheerst en welke managementvaardigheden/-kwaliteit dit vereist. Tevens is het voor de besturing nodig zicht te hebben op de interactie tussen de externe en de interne organisatie, alsmede de ontwikkelingen, die zich hierbij 'van nature' kunnen voordoen. Natuurlijk speelt bij dit alles ook de 'persoonlijke fit' tussen de bestuurders onderling een grote rol.

Vrijwel elke gezondheidszorgorganisatie functioneert op een of andere manier in een stelsel van samenwerkingsafspraken met mede-aanbieders (branchegeoriënteerd) en met leveranciers en klanten (ketengeoriënteerd). In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat samenwerkingsverbanden nodig zijn voor belangenbehartiging danwel voor bundeling van kennis en productiemiddelen, al dan niet in projectmatige zin. Steeds gaat het om het reduceren van de omgevingsonzekerheid, dan wel het beter kunnen beheersen van ontwikkelingen in de markt, de productietechnologie en dergelijke. Organisaties klonteren samen tot grotere concerns of treden toe tot netwerken, die weer uiteenvallen dan wel doorgroeien tot een nieuw concern. In de praktijk is in veel gevallen sprake van een instabiel, evenwichtzoekend systeem tussen de behoefte aan autonomie (concernvorming) en

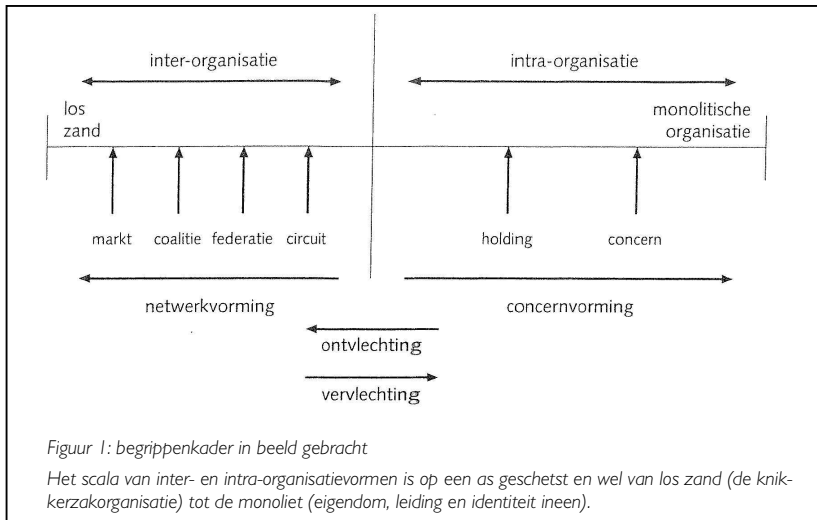
aan cohesie (netwerkvorming).

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of concern- en netwerkvorming antagonismen zijn, die leiden tot verdere verbetering van de kwaliteit van dienstverlening. Daarbij gaat het om een opklimmende slingerbeweging, waarbij alternerend de interorganisatie (organisatie van organisaties) en de intra-organisatie (organisatie van een organisatie) centraal staat. Deze afwisseling van ontvlechting en vervlechting vraagt om een specifiek sturingsconcept. Het artikel kent daarvoor de volgende opbouw. Nadat is toegelicht waarom de ontwikkelingen in de gezondheidszorg als onderzoeksobject worden gehanteerd, wordt de begrippen 'netwerk' en 'concern' gedefinieerd. Ook wordt ingegaan op de drijvende krachten die tot netwerken leiden. Vervolgens wordt bezien of het alternerend vervlechten en ontvlechten behoort tot het sturingsconcept van de zich verbeterende organisatie. Aan de hand van casuïstiek wordt dit concept geïllustreerd en op zijn bruikbaarheid getoetst. Enkele casussen zijn daarvoor in de tekst in een kader met afwijkend lettertype geplaatst.

Dit hoofdstuk is geschreven voor managers, die dagelijks worstelen met het sturingsvraagstuk van netwerk- en concernvorming. Tevens is het bedoeld voor adviseurs en onderzoekers, die interesse hebben in managementvraagstukken op het grensvlak van de inter- en intra-organisatietheorie.

## 1. De gezondheidszorg als onderzoeksobject

De managementvraagstukken in de gezondheidszorg vormen een prachtig onderzoeksobject voor ontwerp- en sturingsvraagstukken met betrekking tot concern- en netwerkvorming. De dynamiek is in dit veld wellicht groter ten opzichte van andere sectoren, omdat hier allereerst geen sprake is van persoonlijke eigendomsverhoudingen. Binnen besloten vennootschappen wordt de bestuurlijke dynamiek vaak geremd door de aandeelhouders, die veelal vanuit hun eigenaars- en zeggenschapsrol een behoudende, op bedrijfscontinuïteit gerichte invloed uitoefenen. In de gezondheidszorg is meestal sprake van een toezichthoudend klankbord, waarin personen zitting hebben om reden van hun deskundigheid of hun referentiekader en vaak maar beperkte invloed kunnen uitoefenen op het gevoerde beleid. De bestuursfunctie ligt in die situatie bij de directie, die om strategische, zorginhoudelijke redenen eerder geneigd blijkt om over de grenzen van de eigen organisatie te kijken. Een tweede verklaring is het feit dat elke gezondheidszorg-organisatie in sterke mate afhankelijk is van overheidsmaatregelen en in mindere mate van de markt. De afgelopen decennia is een actief overheidsbeleid gevoerd, waarin op de zorgorganisaties vele maatregelen werden afgevoerd. Samenwerkingsverbanden komen vaak uit dat overheidsbeleid voort. Een derde verklaring kan worden gevonden in het feit dat in de gezondheidszorg sprake is van redelijk 'gepredestineerde' product-/marktcombinaties. Daardoor is sprake van stabiele, geografisch bepaalde samenwerkingsrelaties. Het aangaan van duurzame samenwerkingspatronen met de natuurlijke partners ligt daarom in de gezondheidszorg meer in de rede dan in het bedrijfsleven.



## 2. Het netwerk en het concern nader gedefinieerd

Onder een netwerk (of stelsel) wordt door Klijn e.a. (1993) een min of meer duurzaam relatiepatroon verstaan tussen afhankelijke factoren, waarbinnen interacties plaatsvinden. Het gaat daarbij om een samenwerkingsafspraken tussen twee of meer organisaties, die plaatsvindt op geleide van doelen, een open en dynamisch karakter heeft, partijen voor een bepaalde periode bindt, niet vrijblijvend is en dus sancties kent op het niet nakomen van afspraken en consequenties heeft op zowel strategisch als operationeel niveau. Een netwerk onderscheidt zich aan de ene kant van een concern (eigen rechtspersoon, erkenning, budget, menskracht en middelen, alsmede een sturingsconcept met een sterk centralistisch karakter, zowel op strategisch als operationeel niveau) en aan de andere kant van een federatie (*letter of intent* zonder concrete taakstelling of sanctionerende bestuursvorm en daarmee een sturingsconcept met een sterk accent op de autonomie van de deelnemende organisaties).

Binnen de interorganisatietheorie is het netwerk inmiddels van grote betekenis. Het komt voort uit een poging om de interactie tussen een organisatie en zijn omgeving op een andere wijze te benaderen. Werd in de klassieke organisatie-theorie tot de zeventiger jaren een organisatie veelal als een gesloten systeem beschouwd of als een open systeem met een adaptieve omgevingsrelatie (contin-

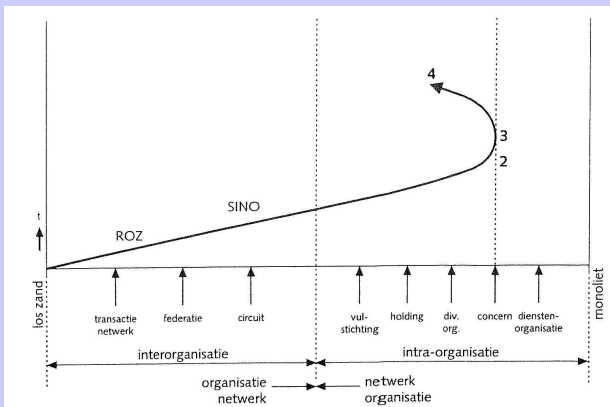
gency theorie), in de interorganisatietheorie bestaat de omgeving van elke organisatie uit andere organisaties. Vanuit die visie past een organisatie zijn interne structuur niet aan zijn omgeving aan, maar tracht een organisatie zijn positie te handhaven, zo niet te verbeteren door nieuwe middelen te verwerven via ruilprocessen met andere organisaties. Deze ruilprocessen creëren netwerken en relaties tussen organisaties. Binnen de interorganisatietheorie is vooral aandacht voor het bestaan en aangaan van verbindingsschakels om coördinatieproblemen hanteerbaar te maken.

Van Aken e.a. (1997) spreken in dit verband over de virtuele onderneming. Dit is een organisatienetwerk, dat zodanig is ingericht dat het tegenover klanten en andere externe belanghebbenden functioneert als een identificeerbare, complete organisatie. Er is hierbij sprake van gedistribueerd eigendom.

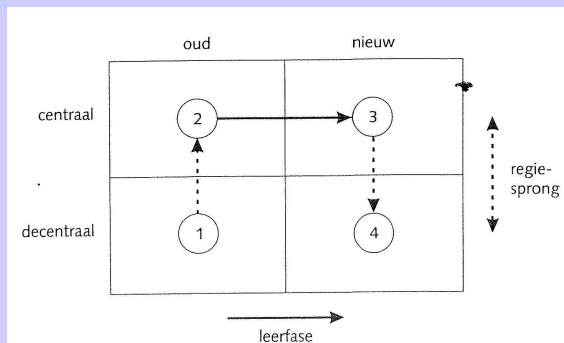
### Casus 1: Z-zorg

In de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap is de afgelopen jaren een enorme ontwikkeling gaande. Tot eind tachtiger jaren heeft de opvatting geheerst dat deze zorg het beste kon worden uitgeoefend in grote, van de maatschappij afgezonderde instituten, waar groepsgewijs geleefd wordt in een door het instituut gedomineerde leefritme. Zo kent Nederland tot op de dag van vandaag grote zwakzinnigeninstituten. De afgelopen jaren dringt een totaal andere opvatting door. Daarbij staat niet de handicap centraal, maar de mogelijkheid tot maatschappelijk functioneren. Dat leidt tot een ommekeer van een groepsgewijze, aanbodgerichte naar een individuele, vraaggestuurde benadering. Voor de betreffende zorgorganisaties heeft dit grootse consequenties. Het noodzaakt zowel tot ketenvorming (bundeling van intra-, semi- en extramuraal zorg) als tot deconcentratie en daarmee het ontmantelen van de grootschalige zorgorganisaties. In oostelijk Noord-Brabant hebben Saamvliet, De Binckhof, Wodagg en de SPD vanuit Regionaal Overleg in de Z-zorg (ROZ) plannen voor regionaal gespreide zorgcentra ontwikkeld. De realisatie van deze plannen nopen tot een drastisch herontwerp van het primaire proces en, mede geleid op de deconcentratie en geografische spreiding, tot een ander sturingsconcept. Deze Samenwerkende Instellingen Noordoost Noord-Brabant beschrijven in hun plan "Van aangeboden zorg naar gevraagde begeleiding" de noodzaak tot afbouw van de bestaande instituties en de opbouw van zorgnetwerken. Bij de vormgeving van deze ontwikkeling bleek het oorspronkelijk gekozen samenwerkingsverband, te weten een vulstichting (SINO), onvoldoende sturing aan die ontwikkeling te kunnen geven. Een constructie was namelijk aangegaan, waarin de bestaande (institutionele) zorg in de afzonderlijke rechtspersonen bleef, terwijl de nieuwe zorgnetwerken werden ingebracht in de vulstichting. Zo was voorzien dat, uitgesmeerd over een groot aantal jaren, stapsgewijs stukjes van de bestaande zorg werden ingebracht in de nieuwe infrastructuur. Het aanstuuringsvraagstuk van al die rechtspersonen en het daarmee gepaard gaande gevaar van een communicatie- en besluitvormingschaos, alsmede de ingrijpendheid van deze operatie, leidde tot de conclusie om een zwaardere bindingsvorm aan te gaan, dan ook voor de gewenste eindsituatie nodig is.

Het totale reorganisatieproces, bestaande uit onder meer het in de werkuvoering integreren van verschillende werksoorten, het hergroeperen en geografisch spreiden van bestaande woongroepen en het herpositioneren van de bedrijfs- en stafdiensten, behoeft namelijk een centrale aansturing. Er is een ander sturingsconcept nodig zodra dat proces zijn voltooiing nadert. Dan dient namelijk het zelfsturend vermogen van de afzonderlijke zorgnetwerken binnen het geheel van de moederorganisatie tot wasdom te komen. Er wordt namelijk voorzien dat te zijner tijd de zorgnetwerken weer verbindingen aangaan met andere in die subregio aanwezige zorgsoorten en maatschappelijke organisaties.



Figuur 2: Opklimmende slingerbeweging in ontwikkeling Z-zorg



Figuur 3: regie- en leerstappen voor veranderingsproces

Voor de aansturing van deze verandering heeft figuur 3 als leidraad gediend. In deze figuur is de uitgangssituatie te kenschetsen met hokje 1 (decentraal; vier afzonderlijke organisaties: oud, een klassieke, aanbodgerichte organisatie-inrichting). De visie komt overeen met hokje 4 (decentraal; zelfregulerende zorgnetwerken: nieuw, vraaggerichte begeleiding). De overgang van 1 naar 4 is alleen via 2 en 3 te maken, hetgeen betekent: eerst één regie aanbrengen, die voldoende krachtig is om de totale veranderingsoperatie aan te kunnen (2); vervolgens nieuwe werkvormen leren ontwikkelen (3) en deze implementeren, zodra die voldoende zijn uitontwikkeld (4). Zo ontstaat een veranderingsoperatie met allereerst een groot accent op centralisatie (concernachtig) en vervolgens, voor de na te streven infrastructuur een groot accent op decentralisatie (holdingachtig). Het wordt niet uitgesloten dat de zorgnetwerken te zijner tijd steeds losser komen te staan van hun moederorganisatie, gevolgd door een nieuwe ontwikkeling van netwerk- en concernvorming, zoals in figuur 2 is aangegeven.

Godfroj (1981) hanteert een typering van netwerken door naar een viertal dimensies in te delen, te weten de mate van vrijheidsinperking ofwel de mate van autonomie versus cohesie, ten tweede het spectrum van onderwerpen, waarover de samenwerkingsafspraken gelden, ofwel de domeinoverlap, ten derde de tijdsdimensie ofwel het continuïteitsvraagstuk en ten vierde de laag van het netwerk ofwel strategisch of operationeel. Zie ook tabel 1 op de volgende pagina.

Volgens de definitie van Klijn e.a. (1993) is alleen het circuit een netwerk. Alleen in een circuit kan namelijk volgens Godfroj (1981) sprake zijn van zowel strategische als operationele samenwerking. De holding en het concern vallen af, aangezien dat min of meer monolithische organisaties zijn en de markt, coalitie en federatie zijn volgens deze definitie onvoldoende doelgericht en te vrijblijvend.

Volgens Van Aken e.a. (1997) kunnen een markt, coalitie, federatie en circuit als virtuele omdenningen worden gekenschetst. Bij een holding is geen sprake meer van een organisatienetwerk, maar van een netwerkorganisatie, terwijl bij een concern het netwerkarakter door de grote bindingsintensiteit is verdwenen.

De typering van Godfroy (1981) neemt qua inzichtelijkheid toe, indien netwerken tevens worden gekenschetst naar het aangrijpingspunt in de logistieke keten. Zo kan worden samengewerkt op het gebied van branche promotion, research & development, engineering, inkoop, productie, marketing & sales en/of op het gebied van fysieke distributie. De typering wint daarmee aan kracht, aangezien het nogal wat uitmaakt of instellingen samenwerken op het gebied van branche promotion (federatie op beleidsniveau) of onderling productieafspraken hebben gemaakt (circuit op uitvoerend niveau). Van Aken e.a. (1997) maken daartoe een onderscheid naar product-, capaciteits- en kennisondersteunende netwerken, zie tabel 2.

Een productnetwerk is daarmee een organisatienetwerk op in ieder geval de gebieden branche promotion en marketing & sales. Een capaciteitsnetwerk kan betrekking hebben op inkoop, productie of fysieke distributie, terwijl een kennisondersteunend netwerk in de logistieke keten aangrijpt op research & development of engineering.

Een netwerk kan ook worden getypeerd naar het proces van integratie in de bedrijfskolom (verticale netwerkvorming, ook wel ketenvorming genoemd) en van parallelisatie in de bedrijfstak (horizontale netwerkvorming, ook wel branchevorming genoemd). Beide netwerkvormen verschillen kenmerkend van elkaar. Zo wordt verticale netwerkvorming ingegeven door het bieden van een totaalpakket van producten/diensten richting de klant, het verkorten van de communicatielijnen tussen klant en leverancier en het verhogen van de efficiency. Verticale netwerkvorming raakt altijd de kernfunctie van de organisatie en kan grote gevolgen hebben voor het zelfstandig voort kunnen blijven bestaan. Horizontale netwerkvorming

Type	Inperking van vrijheid: - vrijblijvend (-) - indiffernt (0) - verplichtend (+)	Spectrum onderwerpen: - smal (-) - indiffernt (0) - breed (+)	Tijdsdimensie: - tijdelijk (-) - indiffernt (0) - duurzaam (+)	'Laag' van het netwerk, dat de meeste aandacht krijgt
markt	-	-	-	operationeel en/of strategisch
coalitie	- ... 0	-	- ... 0	strategisch
federatie	- ... 0	- ... 0	+	strategisch
circuit	0	0	+	operationeel en/of strategisch
holding	0 ... +	0 ... +	+	strategisch
concern	+	+	+	operationeel en strategisch

Tabel 1: spectrum van samenwerkingsverbanden, van lage naar hoge cohesie, volgens Godfroy

	Wel een eigen product	Geen eigen product
Wel een externe functie	productnetwerk	capaciteitsnetwerk
Geen externe functie	n.v.t.	kennisondersteunend netwerk

Tabel 2: onderscheid naar product-, capaciteits- en kennisondersteunende netwerken, volgens Van Aken, Hop en Post

	Algemene omschrijving	Voorbeeld voor ziekenhuisorganisatie
<b>schil 1</b>	primaire functie (= kernfunctie, die het bestaansrecht van de organisatie rechtvaardigt)	medische specialistische diagnostiek en/of behandeling, vormgegeven in de polikliniek en de kliniek
<b>schil 2</b>	secundaire functie (= direct aan primaire functie verbonden ondersteuning, van inhoudelijke aard)	patiëntgebonden diagnostiek- en behandel-functies, zoals operatiekamercomplex, intensive care en radiodiagnostiek
<b>schil 3</b>	tertiere functie (= direct en/of indirect aan primaire en secundaire functie gebonden ondersteuning, van facilitaire aard)	niet-patiëntgebonden diagnostiek- en behandel-functies, zoals apotheek en laboratorium, alsmede facilitaire dienstverlening, zoals inkoop, distributie en opslag, administratievoering, automatisering, civiele en technische diensten
<b>schil 4</b>	quartaire functie (= conditionerende functies voor primaire, secundaire en tertiare functies)	algemene functies, zoals leiding, informatiemanagement, controlling, personeelszaken en dergelijke

Tabel 3: schillenmodel

kent drijfveren als belangenbehartiging jegens externe partijen als overheid, financiers en dergelijke, verbetering van het corporate image, regiovoering voor structurele veranderingen, om de kwetsbaarheid door samenwerking te verkleinen, arbeidsmarktbeleid en productvernieuwing. Al deze elementen kunnen eerder als welkome aanvulling op het zelfstandig functioneren van een organisatie worden beschouwd dan als bedreiging. Deze typering zegt daarmee veel over de wijze van aanpak. Hierop zal verder in dit hoofdstuk worden teruggekomen.

Een nadere detaillering van de netwerktypologie kan nog worden gemaakt aan de hand van het schillenmodel, zoals in tabel 3 is aangegeven. Dit schillenmodel sluit ook aan bij 'de laag in het netwerk' van Godfroy.

Er is sprake van een 'schil-4 netwerk' indien instellingen op beleidsniveau samenwerken (coalitie, federatie of holding). Naar buiten toe vormen de betrokken organisaties een eenheid, alsmede op het gebied van managementsupport. In de gezondheidszorg zijn de zogeheten Godshuiskoepels hiervan klassieke voorbeelden. Van Aken e.a. (1997) spreken in dit geval over een kennisondersteunend netwerk. Bij een 'schil-3 netwerk' kan sprake zijn van een circuit, ook voor langere tijd. Te denken valt aan een groep van organisaties, die op het gebied van facilitaire diensten samenwerken (wasserij, gezamenlijke inkoop en dergelijke). Hier is volgens Van Aken e.a. sprake van een capaciteitsnetwerk. Van aparte 'schil-2 netwerken' kan worden gesproken, indien bijvoorbeeld ziekenhuizen gezamenlijk een bepaalde diagnostiek- of therapievorm in beheer nemen. In geval van een mobiele niersteenvergruizer, CT-scan of MRI kan een door de samenwerkende ziekenhuizen opgezet circuit (in de praktijk vaak 'joint venture' genoemd) de exploitatie van deze gezamenlijke activiteit beheren. Toch komen 'schil-2 netwerken' niet veel voor. Het hangt namelijk sterk af van de wijze waarop de betreffende functie in relatie tot het primaire proces wordt uitgeoefend. Zo kan een OK-complex functioneel als onlosmakelijk verbonden worden beschouwd met het primaire proces. Vaak is dit in de taakstructuur van het ziekenhuis tot uitdrukking gebracht. We zien dan procesgeoriënteerde divisies, waarin zowel de polikliniek, kliniek als de daartoe te rekenen onderzoek- en behandelfuncties (waaronder de OK) zijn toegerekend. In dat geval richt deze 'schil-2 functie' zich naar het 'schil-1 netwerk'.

De ervaring leert dat bij 'schil-1 netwerken' dit zo de kern van de bedrijfsvoering raakt, dat dit als organisatienetwerk niet lang stand houdt. Of het groeit snel door naar een concern of het valt uiteen. Hier kan men denken aan nabij gelegen ziekenhuizen, die primaire zorgfuncties onderling verdelen. De dynamiek van een dergelijke samenwerking op de eigendomsverhoudingen, leiding en identiteit van de organisatie blijkt van die orde te

Macro-economische ontwikkelingsfase	Leading sector life cyclus	Intensiteit netwerkvorming	Rol overheid ten aanzien van netwerkvorming
expansie	expansie	++	ordeningswetgeving
snelle groei	expansie	+	weinig overheidsinvloed
recessie	rijpheid	+++	geïsoleerde steun aan in problemen geraakte bedrijfstakken
depressie	teruggang	++++	herstructureringsproblemen
herstel	teruggang / introductie	+++	ordeningswetgeving

Tabel 4: relatieschema economische groei en netwerkvorming, volgens Van Duyn

zijn, dat dit tot concernvorming aanzet (Hoom en Landman 1988).

Tot dusver is aandacht besteed aan wat onder een netwerk kan worden verstaan en welke verschillende typen kunnen worden onderscheiden. Dit is een noodzakelijke, maar statische benadering van netwerken. Om aandacht te geven aan de dynamiek van netwerk- en concernvorming en het daarvoor geëigende sturingsconcept wordt in de volgende paragraaf ingegaan op de drijvende krachten voor netwerkvorming.

### 3. Drijvende krachten voor netwerkvorming

Het trotseren van economische omstandigheden blijkt een belangrijke drijvende kracht te zijn om samenwerkingsrelaties aan te gaan. Van Aken (1997) spreekt in dit verband over de coöperatiestrategie, als zijnde een voor elke organisatie noodzakelijke, institutionele functie van het management. Zowel in perioden van expansie als recessie trachten organisaties door bundeling van krachten hun positie te versterken respectievelijk te behouden. Van Duyn heeft getracht het verband te leggen tussen economische ontwikkeling, sectorale groei, ondernemingsgroei en netwerkvorming. Hij komt tot gegevens waarin het verwachte netwerkgedrag gerelateerd wordt aan economische ontwikkelingsstadia, samenhangend met de levenscyclus, zie tabel 4.

De parallel naar de gezondheidszorg is makkelijk te leggen. De periode na de tweede wereldoorlog is namelijk in drie tijdvakken te verdelen, te weten:

1. De periode tot aan de inwerkingtreding van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV), waarmee een stringente landelijke regelgeving op het gebied van functieplanning en bouw is ontstaan. Deze periode kenmerkt zich door expansie en snelle groei van in het bijzonder de sector algemene ziekenhuizen.
2. De periode vanaf de inwerkingtreding van de WZV en de introductie van de budgetteringssystematiek. Deze periode is te typeren met recessie. Als gevolg van de strakke overheidsbemoeienis en het daartoe stimulerende budgetstelsel vonden in deze periode veel ziekenhuisfusies en de vorming van regionale samenwerkingsverbanden plaats tussen soortgelijke zorginstellingen. Windig beschrijft de totstandkoming van zo'n regionaal samenwerkingsverband, terwijl Können vanuit de context van de begin tachtiger jaren ziekenhuissamenwerking en -fusies beschrijft.

3. De periode vanaf de introductie van de budgetteringssystematiek tot aan heden is te kenmerken als depressie en herstel. Juist in die periode zijn veel samenwerkingsverbanden tussen gezondheidszorgvoorzieningen, zowel horizontaal (tussen soortgelijke voorzieningen) en verticaal (tussen verschillende voorzieningen binnen één regio). Coolen beschrijft de integratie van zo'n verticaal voorzieningssysteem voor ouderen, op het snijvlak van gezondheids- en welzijnszorg.

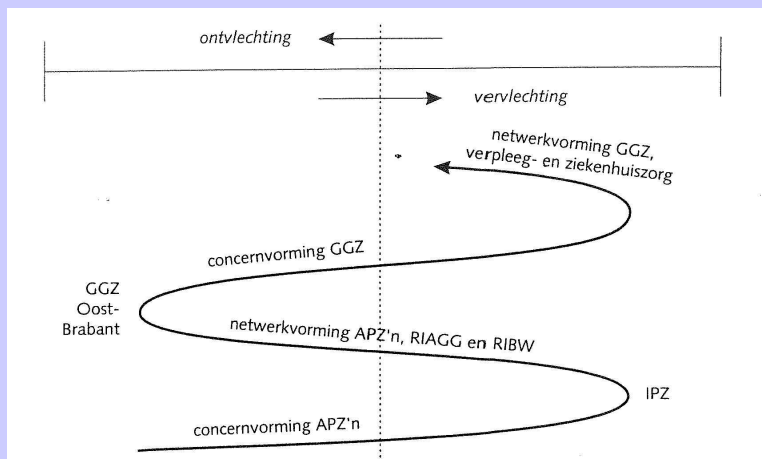
Vanuit beheersingsdrang/-noodzaak op bestuurlijk/directioneel niveau kunnen de organisaties, die deel uitmaken van een organisatienetwerk met een geringe bindingsintensiteit, hun autonomie snel opgeven, om een hoge mate van cohesie te bereiken. Hoom en Landman (1988) hebben op grond van de typering van Godfroj (1984) een proces van netwerk- en concernvorming tussen drie ziekenhuizen beschreven. Zij trachten aan de hand van een casus inzichtelijk te maken dat er natuurlijke krachten zijn, die een los samenwerkingsverband opstuwt van de federatie, via het circuit naar de sterkste binding, te weten het concern. De holding wordt in die ontwikkeling gezien als een noodzakelijke tussenstap. De Koning (1989) wijst op het groeiproces van samenwerking. Hij onderscheidt vijf evolutiestadia (te weten contractering, verzameling, bundeling, groepsvorming en eenwording), die volgtijdelijk doorlopen dienen te worden, wil van een succesvol samenwerkingsproces sprake kunnen zijn. Hij wijst op het grote belang van het kennen en delen van het gezamenlijke doel en de bereidheid van de samenwerkingspartners zich daarop te richten.

Mintzberg en Quinn (1991) gaan in op de drijvende krachten vanuit de organisatie zelf om externe bindingen aan te gaan, dan wel uiteen te laten vallen. Naast krachten als technologie en professie wijzen zij ook op innovatie, ideologie en politiek. Zij maken aannemelijk dat elke organisatie een denominatie met zich meedraagt, die bepalend is voor het vermogen om te kunnen ontvlechten dan wel te vervlechten. Deze denominatie, of beter gezegd bedrijfscultuur, is vaak op implicie-

### Casus 2: GGZ

Binnen de psychiatrie is reeds lange tijd een ontwikkeling gaande om de kloof tussen maatschappij en 'gestichtspsychiatrie' te slechten. Wat betreft functieplanning en bouw komt deze ontwikkeling op drie manieren tot uitdrukking. De ambulante, sociale psychiatrie (in de vorm van thuiszorg, poliklinische zorg, dagbehandeling en mantelzorgondersteuning) krijgt sterk de aandacht en vormt meer en meer een schakelfunctie tussen huisarts en intramurale psychiatrie. Een groot deel van de extramurale psychiatrische zorg is in Nederland sinds begin jaren tachtig regionaal georganiseerd in RIAGG'S. Ten tweede heeft de intramurale psychiatrie tot taakstelling gekregen de zorgverlening meer gestalte te geven in stedelijke gebieden en in samenwerking met andere zorgverleners in de psychiatrie. Daarbij valt te denken aan in ieder geval de RIAGG en de PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis). Voor menig APZ betekent dit dat de oude lokatie (in de bossen) voor een deel wordt verlaten en gedeconcentreerde zorgcentra in meer stedelijke gebieden, in samenwerking met anderen worden opgezet. Ten derde dient de woonfunctie voor (ex) psychiatrische patiënten meer geïntegreerd in de maatschappij komen te staan. Dat leidt tot de oprichting van Regionale Instituten voor Beschermd Woonvormen (RIBW).

Het ambulante en intramurale psychiatrisch zorgaanbod (ten minste RIAGG en APZ) ontmoet elkaar in de vorming van dergelijke psychiatrische multifunctionele eenheden, waarin zowel de eerste opvang, crisisinterventie, polikliniek, dagbehandeling en kliniek is verenigd. Om die reden wordt gesproken over Multi Functionele Eenheden (MFE). Het proces van MFE-vorming is thans op diverse plaatsen in Nederland gaande.



Figuur 4: opklimmende slingerbeweging in GGZ-ontwikkeling (IPZ = Instituut Psychiatrische Zorg, is fusie van 2 algemeen psychiatrische Ziekenhuizen)

Aan dat proces is in de onderhavige situatie aan het einde van de jaren tachtig een fusie van twee algemeen psychiatrische ziekenhuizen voorafgegaan. Met deze fusie is een organisatieontwikkelingsproces in gang gezet ter vorming van zelfsturende eenheden in de vorm van divisies. Toen dat proces net was ingericht deed zich de netwerkvorming voor tussen het gefuseerde APZ, de RIAGG en de RIBW. Een nieuwe ordening was daarmee een feit, de vorming van MFE'S. Ontwikkelingen in de GGZ geven medio 1995 alle reden om met de realisatie van deze MFE'S de moederorganisaties (te weten psychiatrisch ziekenhuis, RIAGG, RIBW en herstellingsoord) op te heffen en vanuit een concern de integratie te realiseren, toewerkend naar subregionale centra voor geestelijke gezondheidszorg, ingebed in een samenhangende, regionale hoofdsterorganisatie. Te voorzien valt dat de vorming van die centra een concernachtige regie vereist, terwijl op den duur een meer holdingachtig netwerk wordt nagestreefd. Dat netwerk dient de vorming van nieuwe samenwerkingsrelaties op subregionaal te faciliteren, ditmaal om de integratie van de geestelijke gezondheidszorg met de verpleeghuiszorg, de algemene ziekenhuiszorg en welzijnsorganisaties.

te wijze historisch bepaald. Zo heeft een rooms-katholieke organisatie de natuurlijke neiging tot vervlechting en zo enclaves te vormen.

Deze enclaves zijn in feite kleine satellieten, gevoed vanuit de moederorganisatie. Protestantse organisaties daarentegen hebben volgens Mintzberg en Quinn (1991) de natuurlijke neiging tot ontvlechting ofwel tot klonen. Door een identiteitscrisis en/of machtsstrijd is de kans op afsplitsingen van een dergelijke organisatie groot. Simon (1989) bouwt hierop voort.

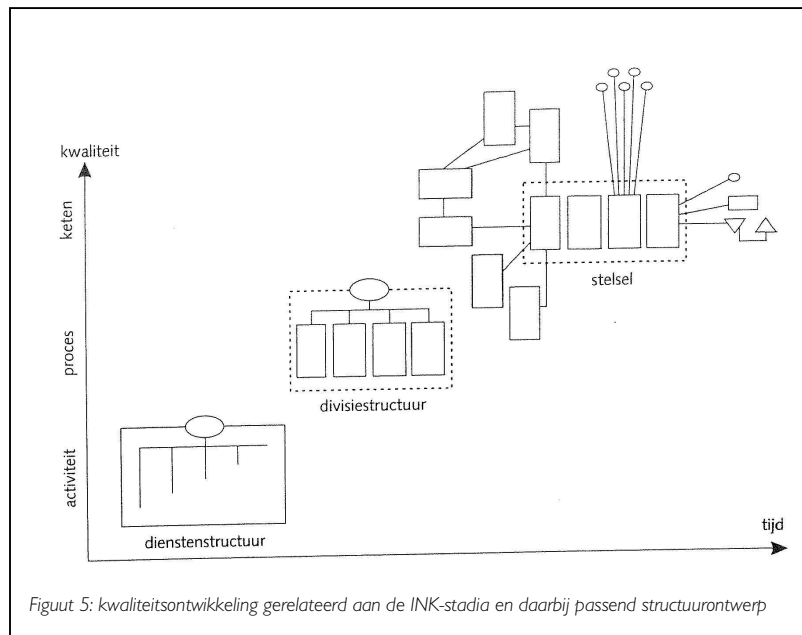
Vanuit zijn concept omtrent de strategische functietypologie brengt hij de product- en de capaciteitsfunctie van zowel een markt- als een taakorganisatie in beeld en geeft vervolgens aan tot welke afhankelijkheden naar andere organisaties toe een dergelijke functietypologie leidt.

In aanvulling op Mintzberg en Quinn schetst hij de karakteristieken van een boeddhistische en van een joodse organisatie.

Van Marwijk Kooy (1984) geeft in haar vergelijkend onderzoek naar het intern functioneren van scholengemeenschappen via een vergelijkende casestudy op 25 scholengemeenschappen aan dat naast de grootte, de organisatiestructuur en het leiderschap juist de identiteit een belangrijke factor voor de effectiviteit en positieve beleving van de schoolorganisatie als geheel. Dit alles onderstreept het belang van de identiteit als belangrijke richtinggevende kracht van organisaties, ook voor netwerk- en concernvorming.

Naast de bedrijfscultuur en de functiypologie kan ook het ontwikkelingsstadium van de organisatie bepalend zijn voor de wijze waarop het sturingsvraagstuk van autonomie en cohesie worden aangegaan. Algemeen bekend zijn de drie ontwikkelingsstadia, te weten de pioniersfase, de interne en op functies gerichte fase en de externe op processen gerichte fase. Churchill en Lewis (1985) beschrijven in dit verband de groeistadia van kleine ondernemingen. Zij geven aan hoe belangrijk het is toe te werken naar duurzame bindingen met afnemers en toeleveranciers en het productie- en distributieproces ook over de grenzen van de eigen onderneming te kunnen beheersen. Het Instituut Nederlandse Kwaliteit (1994) bouwt in deze zienswijze voort. Het INK maakt onderscheid naar een aantal ontwikkelingsstadia en beschouwt daarbij de mogelijkheid integrale kwaliteitszorg door te kunnen voeren.

In figuur 5 wordt de zienswijze vanuit het INK in beeld gebracht. In deze figuur zijn de drie belangrijkste ontwikkelingsstadia geschetst, te weten het activiteiten-, proces- en het ketengeoriënteerde stadium. Kenmerkend voor het activiteitengeoriënteerde stadium is een sterke centrale sturing van zowel strategische als operationele vraagstukken. Verder is sprake van een functionele inrichting van de organisatie in de gezondheidszorg, ook wel dienstenstructuur genoemd. In het procesgeoriënteerde stadium is de centrale sturing



Figuur 5: kwaliteitsontwikkeling gerelateerd aan de INK-stadia en daarbij passend structuurontwerp

voornamelijk op strategisch niveau, waarbij de bevoegdheden voor de operationele sturing zijn gedecentraliseerd. Er is sprake van resultaatverantwoordelijke organisatie-eenheden, die rondom het primaire werkproces zijn gegroepeerd, ook wel divisiestructuur genoemd. In het ketengeoriënteerde stadium is sprake van een per divisie vertakt netwerk van organisaties, die elk hun eigen sturing kennen en welke tezamen nog op strategisch niveau worden verbonden. Het INK postuleert dat de kwaliteit van dienstverlening per ontwikkelingsstadium toeneemt. Vanuit die zienswijze kan worden gesteld dat netwerkvorming leidt tot kwaliteitsverbetering. Maar ten koste van wat en welke sturingsvraagstukken en daarbij levensbedreigende risico's worden daarmee genomen? In de volgende paragraaf wordt daarom ingegaan op het sturingsconcept voor concern- en netwerkvorming.

#### 4. Sturingsconcept

Door De Vries (1993) is onderzoek gedaan naar de kerncompetenties van managers bij organisaties, die zich ontwikkelen van proces- naar ketenoriëntatie. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat elk ontwikkelingsstadium zijn eigen managementtaakstelling en bijbehorende sturingsproblemen kent. In het activiteitengeoriënteerde stadium richt de managementtaakstelling zich op het open houden van de verticale communicatielijnen, het kunnen overzien van alle operationele activiteiten, het ad-hoc kunnen ingrijpen en het instrueren van medewerkers op hun

taak. De sturingsproblemen in een activiteitengeoriënteerde organisatie hebben betrekking op de suboptimalisatie per organisatie-eenheid, de horizontale afstemming, de sterke interne gerichtheid van de organisatie en daarmee onvoldoende openheid voor de klant en voor marktontwikkelingen. In het procesgeoriënteerde stadium is de managementtaakstelling het creëren van een samenhangend organisatienetwerk binnen de organisatie, het ontwikkelen van een stijl van leiding waarin zelfregulerende teams gedijen, het herontwerp van de organisatie, gericht op processturing, het als bestuurder zorgdragen voor visie, samenhang en voorspelbaar organisatiegedrag en ten slotte het wijzen van medewerkers op hun plaats in het totale werkproces. Het succes van een procesgestuurde organisatie staat of valt met de mate waarin professionals op inhoudelijk niveau participeren.

De sturingsproblemen hebben derhalve betrekking op het bewerkstelligen van een duurzaam commitment van de zijde van professionals, op de verzelfstandigingsdrang van de organisatie-eenheden, de grote noodzaak tot systematische planning- en controlcycli, de tendens van een grotere externe dan interne klantgerichtheid en op de daarmee samenhangende afname van de interne cohesie. In het ketengeoriënteerde stadium ten slotte is de managementtaakstelling het aangaan van managerial samenwerkingsconstructies, het kunnen blijven besturen van de totale netwerkorganisatie en medewerkers de plaats van de organisatie in het maatschappelijk bestel duidelijk maken. De sturingsproblemen hebben te maken met de ontgoocheling in de eigen organisatie - in het bijzonder bij de professionals (identiteitsproblemen) -, de abstractie van *the boundaryless company*, de verschillende culturen onder een dak en de vluchtigheid van de macht.

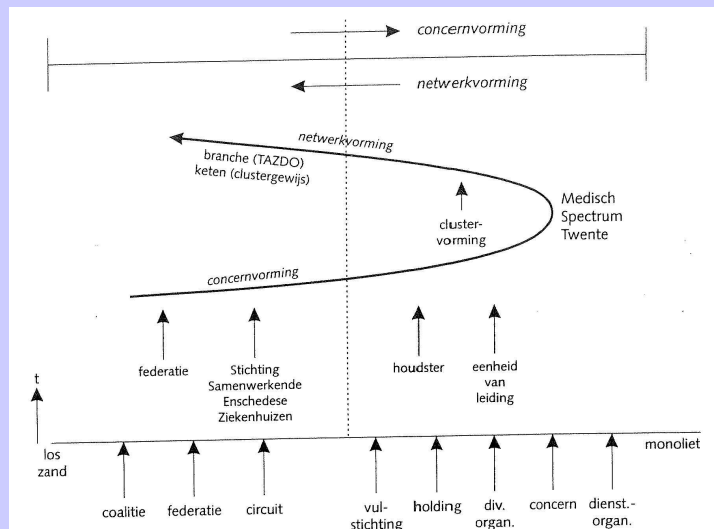
Bij netwerkvorming is het sturingsvraagstuk voor de deelnemende organisaties blijkbaar erg ingewikkeld. Wanneer vervluchtigt de greep op het netwerk? Wanneer dreigt de sturing van de eigen organisatie onder te sneeuwen door het niet meer kunnen beheersen van de ontwikkelingen in het netwerk?

Volgens Van Aken (1997) staan drie hoofdvragen in die discussie centraal: 'hoe staat het met de beschikkingsmacht c.q. eigendomsverhoudingen?' 'wie heeft de leidinggevende verantwoordelijkheid en het functionele gezag om de vitale knopen door te hakken?' en 'waar klopt het hart van de organisatie: ligt de identiteit van de organisatie verankerd in het primaire werkproces of in de top van de organisatie?'

Het sturingsvraagstuk wordt door beschikkingsmacht, leiding en identiteit ingekleurd. Ligt immers de beschikkingsmacht niet meer bij meerderheid in de eigen organisatie, dan functioneert de organisatie feitelijk niet meer onder haar eigen rechtspersoon. In zo'n situatie is het best mogelijk dat in de leidinggevende verantwoordelijkheid van de bestuurder in de richting van de uitvoeringsorganisatie geen

### Casus 3: Algemene Ziekenhuizen

Nederland heeft in de tachtiger jaren een golf van ziekenhuisfusies gekend. Het fusieproces, dat zich tussen de Enschedese ziekenhuizen heeft voltrokken, is door Hoorn en Landman (1988) beschreven in het artikel *Multilokatiemanagement*. Daarin wordt aangegeven hoe eerst een voorzichtige poging tot samenwerken wordt gedaan in federatief verband, na jaren van onderlinge wedijver. Die federatie blijkt niet meer te zijn dan een vrijblijvende intentieverklaring, briefpapier en een postbus. De politieke druk maakt het onontkoombaar om dit federatieve verband inhoud te geven. Daarbij lopen in Enschede de meningen uiteen tussen twee benaderingen. Het ene ziekenhuis wil alleen verdere samenwerking, indien daarvoor bestuurlijk de condities zijn geschapen door een algehele fusie. Het andere ziekenhuis wil verdere samenwerking ontwikkelen en faciliteren. Dat biedt naar hun inzicht de mogelijkheid voor maatschappen, afdelingen en diensten om het nut en de noodzaak zelf te bepalen. Door met een fusie te starten, wordt die samenwerking op operationeel niveau niet geconditioneerd, maar opgelegd. Fusie wordt evenwel door dat andere ziekenhuis op den duur niet uitgesloten. Die tweestrijd leidt uiteindelijk tot een stichting samenwerking Enschedese ziekenhuizen. In die stichting wordt het bestuur en beheer van overeengekomen samenwerkingsprojecten ondergebracht. Na een succesvolle start blijkt de ideologische tweestrijd zich in dit stichtingsbestuur voort te zetten. Een paleisrevolutie is nodig om de visie op strategisch niveau gelijkgericht te krijgen.



*Figuur 6: opklimmende slingerbeweging binnen sector algemene ziekenhuizen (Medisch Spectrum Twente is een fusie van drie algemene ziekenhuizen. TAZDO is Twents Achterhoeks Samenwerkingsverband van ziekenhuizen in relatie tot andere zorgaanbieders.)*

De samenwerkingsstichting krijgt op dat moment zoveel gewicht, dat de exploitaties van beide ziekenhuizen ondergeschikt worden aan die stichting. Zo ontstaat een houdsterconstructie met centraal bestuur en lokatiemanagement, dit alles nog overeenkomstig de gegeven ordeningen van beide huizen. Vanaf dat punt wordt een organisatieontwikkelingsproces ingezet, op zoek naar nieuwe ordeningen, die passen bij de complexiteit, schaalgrootte, geografie en dynamiek van de aldus uit twee ziekenhuizen ontstane organisatie. Voor die organisatieontwikkeling is het nodig dat op het niveau van maatschappen, diensten en afdelingen eerst eenheid in leiding ontstaat. Vanuit die sterk monolithische situatie is het proces van ontvlechting mogelijk. Zo worden resultaatverantwoordelijke eenheden gecreëerd rondom het primaire proces. Deze eenheden, clusters genoemd, blijken in de loop der tijd gezichtsbepalend te zijn voor patiënt en andere zorgaanbieders. Het ziekenhuis als geheel organiseert zich branchegewijs met andere ziekenhuizen in de regio. De resultaatverantwoordelijke eenheden organiseren zich ketengewijs met andere zorgaanbieders, zoals huisarts, thuiszorg en verpleeghuis. De monolithische situatie blijkt een goede uitvalsbasis te zijn voor deze horizontale netwerkvorming op ziekenhuishoofniveau en verticale netwerkvorming op clusterniveau.

wijziging is opgetreden. Is dat wel het geval dan zijn zowel de eigendomsverhoudingen en de leiding in andere handen en is sprake van een fusie of overname. Ook dat kan weinig consequenties hebben voor de uitvoeringsorganisatie, indien de identiteit aldaar verankerd lag.

## 5. Afsluitende beschouwing

Terugkerend naar casus I mag uit figuur I blijken dat bij ontvlechting (in de figuur van rechts naar links) leiding op den duur vervluchtigt en centrale sturing niet meer mogelijk is. Het gaat dan immers om de organisatie van organisaties ofwel een organisatienetwerk, in verdere stadia van ontbinding respectievelijk circuit, federatie, coalitie en los zand genoemd. Wanneer bij vervlechting (in de figuur van links naar rechts) in een netwerk centrale sturing mogelijk wordt, ontstaat een eigen interne ordening, weliswaar in het begin nog sterk afhankelijk van de bindingen met de moederorganisaties. Er is dan sprake van een netwerkorganisatie, in verdere stadia van binding respectievelijk holding, divisie-organisatie en monolithische organisatie genoemd.

De casussen illustreren dat zich in de organisatie van de gezondheidszorg op lokaal en regionaal niveau dynamische ontwikkelingen voltrekken, alternerend tussen interne ontvlechting/externe vervlechting en externe ontvlechting/interne vervlechting. Uit de casus lijkt de opklimmende slingerbeweging van het alternerend ontvlechten en vervlechten haast een natuurlijke wetmatigheid, met het omslagpunt tussen de inter- en intra-organisatie als labiel evenwichtspunt. Daarbij kan de slingerfrequentie worden gezien als graadmeter voor de vernieuwingsdrang en het vermogen tot vernieuwen binnen de betreffende sector. Het voorbeeld uit de GGZ laat een hogere slingerfrequentie zien dan dat uit de algemene ziekenhuiszorg. Dat kan worden veroorzaakt door het feit dat de vernieuwingen in de GGZ een indringender impact hebben op de infrastructuur van de zorg en elkaar sneller opvolgen. In de sector algemene ziekenhuizen is mogelijk sprake van enige demping in de natuurlijke drang van ontvlechting en vervlechting door de complexe professionele structuur. De onderbroken gezagslijnen (vrije vestigingsovereenkomst met medisch specialisten) bemoeilijken de stuurbaarheid van een ziekenhuisorganisatie. Voor het op een hoger kwaliteitsniveau brengen van dergelijke organisaties worden derhalve bijzondere eisen aan het management gesteld om,

in een goede balans tussen het benutten van externe kansen en van het interne veranderingsvermogen, daarbij alternerend vervlechtigings- en ontvlechtigingsstrategieën te hanteren. Het is de moeite waard om de effecten, die door ontvlechting en vervlechting ontstaan op de kwaliteit van dienstverlening daadwerkelijk te meten. Dat kan geschieden door een aantal organisaties in de gezondheidszorg op meerdere cruciale momenten door te lichten aan de hand van het door het INK ontwikkelde instrument. Op grond van die uitkomsten kunnen de in dit hoofdstuk opgeworpen vragen en veronderstellingen worden getoetst. Dat zal ongetwijfeld leiden tot een vernieuwend/verbeterd sturingsconcept voor gezondheidszorgorganisaties op weg naar beter.

### Literatuur

1. Aken, J.E. van, *Het ontwikkelen van wetenschappelijke kennis voor organisatie-professionals vanuit spelersperspectief*. Technische Universiteit Eindhoven, mei 1994.
2. Aken, J.E. van, *Strategievorming en organisatiestructurering*. Kluwer Bedrijfswetenschappen, Eindhoven 1994.
3. Aken, J.E. van & J. Germans, *Het analyseren en veranderen van structurele organisatie-eigenschappen met gebruik van metaforie*. Interne paper, Technische Universiteit Eindhoven.
4. Aken, J.E. van, L. Hop & G.J.J. Post, 'De virtuele onderneming: begripsafbakening en evaluatie'. In: *Holland/Belgium Management Review*, nr 53 1997.
5. Churchill, N.C., & V.L. Lewis, 'De vijf groeistadia van kleine ondernemingen' In: *Harvard Holland Review*, nr. 4, 1985, pp. 101-112.
6. Godfroij, A.J.A., *Netwerken van organisaties; strategieën, spelen en structuren*. VUGA, s-Gravenhage 1981.
7. Godfroij, A.J.A., 'Netwerkstructuren in de gezondheidszorg: eenheid en ver-

scheidenheid'. In: *Besturen in de gezondheidszorg; concerns en circuits*. Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen. De Tijdstroom, Lochem 1984.

8. Gomez, P., P. Lauper & F. Probst, *Networkthinking; a way of meeting economic challenges in European health care*, CIBA-GEIGY.
9. Hardjono, T.W. & F.W. Hes, *De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding*. Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer 1993.
10. Hoom, J.W., 'Valkuilen bij fusie'. In: *ZM-magazine*, juli/augustus 1986, pp. 17-20.
11. Hoom, J.W., 'Werkafstemming chirurgische dienstverlening; beschrijving van een organisatieveranderingsproces'. In: *J.W. Hoom (red.) Structureren en beheersing van zorgprocessen*. De Tijdstroom, Lochem 1991.
12. Hoom, J.W., 'Beheersing van zorgprocessen; ontwerpprincipe bij organisatie structureren'. In: *J.W. Hoom (red.) Sturing van zorgprocessen*. De Tijdstroom, Lochem 1991.
13. Hoom, J.W., 'Kwaliteit in bestuur en management bij en ketenvorming van zorginstellingen'. In: *ZM-magazine*, nr.9, september 1995, pp. 11-13.
14. Hoom, J.W. & H.R. van Dop, 'De positie van de medisch specialist in een patiëntgerichte organisatie'. In: *J.W. Hoom (red.) Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen*. De Tijdstroom, Utrecht 1994.

15. Hoom, J.W. & J.R. Landman, 'Multilocationmanagement, een nieuw tijdsverschijnsel?'. In: *ZM-magazine*, nummer 7/8 1988, pp. 3-8.
16. Instituut Nederlandse Kwaliteit, *Handboek kwaliteitsverbetering voor non-profitorganisaties*. Instituut Nederlandse Kwaliteit, Haarlem 1994.
17. Kampfraath, A.J. & W.J. Vrakking, 'De praktijk van een ziekenhuizenfusie; een fusieproces ontwerpen en implementeren'. In: *Tijdschrift M & O*, september/oktober 1992.
18. Klijn, E.J., J.F.M. Koppenjan & C.J.A.M. Termeer, 'Van beleidsnetwerken naar netwerkmanagement; een theoretische verkenning van managementstrategieën in netwerken'. In: *Beleid & Maatschappij*, 5/1993, pp. 230-243.
19. Koning, J. de, 'Samenwerking: tot hoever en tegen welke prijs?'. In: *Harvard Holland Review*, nummer 18, pp. 106-112 1989.
20. Komelius, L. & c.P. Ekering, A *framework for identifying interorganizational production control needs*.
21. Longest, B.B., 'Interorganizational linkages in the health sector'. In: *Health Care Management Review* 1990.
22. Marwijk Kooy-von Baumhauer, E. van, *Scholen verschillen; een verkennend vergelijkend onderzoek naar het intern functioneren van vijftientig scholen gemeenschappen vwo-havo-mavo*. Wolters-Noordhoff, Groningen 1984.
23. Mintzberg, H. & J.B. Quinn, *The strategy process; concepts, contexts, cases*. Prentice Hall, London 1991.
24. Nohria, N. & R.G. Eccles, *Networks and organizations*. Harvard Business School Press, Boston, USA 1992.
25. Simon, M., *De strategische functietypologie; functioneel denkraam voor management*. Kluwer

Bedrijfswetenschappen, Deventer 1989.

26. Vissers, J .M.H., *Patient flow based allocation of hospital resources*. Proefschrift Technische Universiteit Eindhoven 1994.

27. Vrakking, WJ. & AJ. Cozijnsen, *Managementtechnieken bij effectief innoveren*. Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer 1990.

28. Vries, G. de (red.), *Patiëntenlogistiek in ontwikkeling*. De Tijdstroom, Utrecht 1993.

29. Wassenberg, A., 'Netwerken: rivaliteit en samenwerking tussen organisaties'. In: *M & O*.

## Noten

<sup>1</sup>Met dank aan dr. H.G. Bijker, voorzitter Raad van Bestuur van het Medisch Spectrum te Twente te Enschede, drs. Ing. W.A. van der Jagt, directeur van Saamvliet te Gennep en drs. E. Zijlstra, voorzitter Raad van Bestuur van GGZ Oost Brabant te Rosmalen voor hun inbreng van casuïstiek en kritisch commentaar op het hoofdstuk.



Jan Willem Hoom (1950) is medeoprichter van de Vreelandgroep en nu als partner verbonden aan Vreelandgroep-D3K. 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



Na 20 jaar ervaring in het bedrijfsleven is Joao van Aken vanaf 1990 verbonden aan de Technische Universiteit Eindhoven als fulltime hoogleraar Organisatie en Management. Hij richt zich vooral op onderzoek naar innovatiemanagement, netwerkvorming en researchstrategieën voor het management.

*Achtergrond*  
Natuurkunde en (Technische) Bedrijfskunde