

Hoe reorganisaties succesvol door te voeren?

Jan Willem Hoom

Met de beste intenties worden reorganisaties doorgevoerd. Niet zelden wordt het beoogde resultaat echter niet behaald. In dit artikel worden suggesties aangedragen, waarmee de negatieve effecten van een reorganisatie kunnen worden vermeden. Het management kan hierin een vitale rol spelen.

Veel reorganisaties worden doorgevoerd vanuit het oogmerk om daarmee de primaire taakuitoefening van de desbetreffende organisatie te verbeteren. Uit de praktijk blijkt dat dat goede doel niet altijd bereikt wordt. Het resultaat van die reorganisatie blijkt na verloop van tijd tegen te vallen. Alle negatieve effecten van zo'n grootse operatie krijgen dan de boven- toon, zoals:

- de energie, die een dergelijke operatie van vooral het management vraagt,
- het feit dat menig leidinggevende met weinig andere zaken bezig is en er daardoor een sterke interne gericht- heid ontstaat,
- de teleurstelling over het afscheid moeten nemen van bestaande, vertrouwde patronen,
- een defensief werkklimaat, waarin het ondernemende, creatieve élan is verdwenen en teveel mensen zich druk maken om hun eigen positie.

Als de positieve effecten uitblijven is het resultaat een enigszins ontredderde orga- nisatie. En dat was toch niet de bedoeling.

In dit artikel wordt gezien hoe die nega- tieve effecten kunnen worden vermeden. Naar de mening van de auteur heeft het management, de 'tussenlaag' tussen beleid en uitvoering, daarin een sleutelpositie. Als een reorganisatie kan leiden tot crea- tief, kennisgenererend proces, waarin nieuwe collectieve betekenissen ontstaan en het management zijn verantwoorde- lijkheid kan nemen, is de kans op een suc- cesvolle reorganisatie groot.

Reorganisaties kunnen voortkomen uit fusies, kanteling en/of de introductie van een nieuw sturingsconcept:

- fusies waarbij verschillende zorgaanbieders, bijvoorbeeld thuiszorg, verpleeg- en ver- zorgingshuizen en ziekenhuis, samengaan om in een bepaald verzorgingsgebied de ketenzorg te dienen of soortgelijke zorgaanbieders, bijvoorbeeld tussen meerdere ziekenhuizen, om de continuïteit in het zorgaanbod te borgen, schaalvoordelen te behalen en het functiepakket verder uit te bouwen;
- evenzo zijn vele zorgorganisaties 'gekanteld' (= creëren van organisatorische eenhe- den per poortspecialisme, waarbij tenminste de polikliniek, de kliniek en aanverwante diagnostiek-/behandelfuncties tot zo'n eenheid worden gerekend) om hun organisa- tie beter in te richten op de zorgprocessen. Tegelijk wordt veelal daarmee manage- mentparticipatie ofwel dual management geïntroduceerd, waarmee de medisch specialist ook in formele zin (mede)verantwoordelijk wordt voor de bedrijfsvoering;
- daarnaast kennen we nog organisatorische veranderingen die zijn ingegeven door een nieuw sturingsconcept en/of veranderende leiderschapsstijl. Daarbij valt te den- ken aan de introductie van een beleids- en budgetcyclus met de daaraan verbonden concepten van integraal management en resultaatverantwoordelijkheid. Ook wordt onder deze noemer de introductie van zelfsturende teams genoemd, met vaak een 'verplating' in de hiërarchie en de ombouw van dirigistisch naar coachend leiders- chapsstijl.

I. De weerbarstigheid van de dagelijkse praktijk

Meer en meer worden door zorgmana- gers signalen afgegeven dat ze verande- ringsmoe zijn en door structuurwijzigingen niet meer in staat om hun functie met voldoende functioneel gezag, daadkracht en enthousiasme uit te voeren. Dat slaat over op de 'werkers' in het zorgproces, die het gevoel krijgen dat de leiding het contact met de noden van de werkvloer gaat verliezen. En hoe belangrijk is het niet dat de werkers hun zorgen kunnen venti- leren, weten dat met hun wensen seri- eus/rechtvaardig wordt omgegaan en dat

zij goed op de hoogte zijn van de be- stuurlijke processen.

Omgekeerd dienen de bestuurders goed op de hoogte gesteld te worden van en interesse te hebben voor de operationele processen, om op grond daarvan prioriteiten te kunnen stellen en maatregelen te nemen, die door de werkers kunnen worden begrepen als zijnde gewenst c.q. nodig voor hun toekomstige werksituatie. Voor die schakelfunctie tussen bestuurders en werkers is effectief en slagvaardig management van vitaal belang. Managers dienen te schakelen tussen:

- beleid en uitvoering,
- relevante omgeving en eigen divisie/sector/dienst,
- verandering en verankering,
- capaciteiten en processen,
- autonomie en cohesie,
- vakinhoudelijke en leidinggevende aspecten,
- etcetera.

In de pers, de literatuur en de adviespraktijk worden kritische geluiden ten aanzien van het ziekenhuismanagement meer en meer gehoord.

Vanuit de pers komt al enige jaren de kritiek, dat ziekenhuizen niet in staat zijn om klantvriendelijk te functioneren, wachtlijsten kort te houden, door opleiding en beeldvorming zorg te dragen voor voldoende instroom van dokters en verpleegkundigen, het ziekteverzuim in te perken en het beschikbare budget efficiënt te besteden.

Vanuit de literatuur komen titels op als:

- 'topsporter en coach tegelijk: de middelmanager is moe',
- 'bestaat er een toekomst voor verpleegkundig middelmanagers in het veranderend zorgsysteem?',
- 'zelfsturende teams: autonomie als valkuil',
- 'managers in de zorg: het wegsnijden van tussenlagen',
- 'middenkader: interim-manager pakt chaos aan'.

Vanuit de adviespraktijk wordt steeds vaker de noodkreet gehoord dat er nu eindelijk eens geluisterd moet worden naar wat er daadwerkelijk op de werkvloer aan de hand is:

- door de vele gaten die in de personeelsbezetting vallen, lukt het niet meer om een kwalitatief goed en geheel op elkaar ingespeeld verpleegkundig team 'in de lucht te houden'. Daardoor moet veelvuldig gebruik worden gemaakt van uitzendkrachten en doen herintreders op parttimebasis hun intrede. En dat terwijl de leidinggevende functies en formatie recentelijk zijn teruggebracht vanuit de concepten 'mean & lean' en 'zelfsturing',
- de medisch specialist blijkt nog steeds zijn eigen wetten voor te schrijven als het gaat om opnameplanning, behandelprotocollen en omgangsvormen. De laatste jaren doet een nieuwe generatie medisch specialisten zijn intrede die zich in dat opzicht nog harder wenst op te stellen, zichzelf streng aan werktijden houdt en extra voorzichtig is om zich te overbelasten. En dat terwijl er door het management fors wordt geïnvesteerd om met de medisch manager tot beleidsafspraken en gedragsregels voor de totale maatschap te komen, in het kader van 'managementparticipatie',
- sinds de fusie kan niet meer op de dagelijkse routine worden vertrouwd, zoals op de begeleiding van personeelszaken bij een wervingstraject of op een bestelling uit het magazijn. Uit de ervaring blijkt, dat de aandacht voor routinematige werkprocessen die voorheen zo van nature verliepen, kan verdwijnen. Het is vervolgens uiterst lastig om in een dergelijke desolate werksfeer het basisvertrouwen te hervinden. Vooral het management moet in dat geval de klappen opvangen.

2. Centrale thema's voor dit artikel

Vanuit de geschetste achtergrond doen zich de volgende vragen voor:

- wat ligt ten grondslag aan het feit dat het management in een grote zorgorganisatie bij veranderingsprocessen vaak in een slachtofferrol terechtkomt? Wordt dat veroorzaakt door een klassieke rolopvatting (doorgeefluik voor topdown- en bottom-up-communicatie) of door het feit dat veranderingen te vaak via de structuur tot stand worden gebracht en te weinig

door op de inhoud geconcentreerde, kennisgenererende ontwikkelingen,

- we denken allemaal nog te sterk in hiërarchieën, terwijl we ons realiseren dat die eigenlijk aan betekenis inboeten. Hiërarchieën zijn goed om 'op de winkel te passen', maar kunnen belemmerend werken voor vernieuwing en creatie,
- hoe is het mogelijk om bij ketenmanagement de betrokkenen uit de diverse zorgorganisaties te blijven binden op de inhoud en ervoor zorg te dragen dat de deelnemers niet gevangen blijven zitten in hun eigen structuur? Als die structuren sterk van elkaar afwijken, is dat vaak reden om te fuseren. En fusie leidt weer tot een sterk intern gericht en zeer energievretend proces, waardoor de aandacht van de inhoud wordt afgeleid.

3. Artikelopbouw

In dit artikel worden enkele bestaande concepten onder de loep genomen. Vervolgens wordt gekeken welke lering daaruit te trekken is. Op grond van die analyse wordt een poging gedaan om enkele 'nieuwe concepten' te introduceren als receptuur voor het creëren van vitale spanning op managementniveau. Want juist daar is vitaliteit geboden. Van bestuurders mag verwacht worden, dat zij in ieder geval hun eigen werkomstandigheden, bezien vanuit hun bestuurlijke taakstelling, weten te creëren. Van de 'werkers' mag evenzo worden verwacht, dat zij primair vanuit hun professionele kennis en vaardigheden het werk inrichten. Het management staat voor de opdracht die werelden te verbinden en wel op een inspirerende en doelgerichte wijze. Hier wordt vervolgens ingegaan op 'oude concepten' als zelfsturing, ketenmanagement en het kantelen.

4. Is het zelfsturingconcept wel toepasbaar binnen de gezondheidszorg?

Over zelfsturing is veel managementliteratuur beschikbaar. Het vindt zijn oorsprong in de 'Groepentechnologie', later 'Sociotechniek' genoemd. Het is een antwoord op de slechte arbeidsomstandigheden, het hoge ziekteverzuim en de hoge percentages uitval en afval die in productieorganisaties ontstonden door steeds verdergaande taakverdeling. De 'lopende band', die vooral in het assemblageproces in de zestiger jaren nog erg in zwang was, werd vanuit het sociotechnisch denken omgebouwd tot kleine productieteams. Elk team kreeg tot taak om een bepaald product in zijn geheel te assembleren. Daarmee namen uitval en afval af, nam de kwaliteit van het eindproduct toe en ontstonden betere arbeidsomstandigheden. Taakverruiming en de verantwoordelijkheid van het team voor het eindproduct bleken daarvoor belangrijke ingrediënten. In de literatuur wordt dit sociotechnisch concept in de jaren zeventig en tachtig verder doorontwikkeld. De Sitter e.a. laat zien dat het concept ook toepasbaar is in dienstverlenende organisaties, als er maar sprake is van een concreet en fysiek productieproces. Hij werkt het concept van de teamverantwoordelijkheid verder uit en geeft handreikingen voor de wijze waarop aan die teams leiding dient te worden gegeven. De leidinggevende behoort in die visie niet meer degene te zijn die de primaire verantwoordelijkheid heeft voor en ingrijpt in het werkproces. Hij dient die verantwoordelijkheid aan het team te geven en voor dat team de omstandigheden te creëren om die verantwoordelijkheid zo goed mogelijk te kunnen uitoefenen (coachend leiderschap). Bij het kritisch tegen het licht houden van dit inmiddels klassieke concept van zelfsturing op zijn toepasbaarheid voor de gezondheidszorg (zie Braam in haar voorpublicatie op www.vreelandgroep.nl), zijn de volgende kanttekeningen te plaatsen:

- het sociotechnisch concept is steeds succesvol toegepast in kortcyclische en kennisextensieve werkprocessen. Daar waar de complexiteit, omgevingsvariatie, etc. toenemen, is het nodig om systemen te introduceren die de dynamiek kunnen beheersen en/of het kennisni-

veau van de teamleden te verhogen. Dat kan zo ver gaan, dat de investeringen die nodig zijn voor het zelfsturingconcept, niet meer renderen. In ziekenhuizen kan worden gesteld, dat maar in beperkte mate sprake is van kortcyclische en kennisextensieve werkprocessen. Toch laat het concept zich toepassen op redelijk afgebakende afdelingen met een hoog kennisniveau en een stabiel/ hecht team, zowel medisch als verpleegkundig. Hierbij valt onder meer te denken aan afdelingen als de IC, kinderafdeling, kraam/verlos en andere. Voor afdelingen die minder afgebakend zijn, waar zich een grotere diversiteit aan specialismen en aandoeeningen voordoet, de afhankelijkheid ten opzichte van de directe omgeving groot is en minder sprake is van een hecht team, lijkt het zelfsturingconcept niet houdbaar,

- het sociotechnisch concept gaat impliciet uit van een bepaald mensbeeld. Van mensen die zich willen ontplooiën en daarvoor verantwoordelijkheid willen nemen; die graag de dingen zelf willen doen en geen persoon boven zich hebben die vertelt wat ze moeten doen. Hofstede heeft deze verschillen in mensbeeld en cultuur nader onderzocht. Daarbij concludeert hij, dat in bepaalde culturen van nature sprake is van een geringe en in andere van een hoge machtsafstand. Tevens concludeert hij, dat de machtsafstand binnen een homogene groep afneemt met het opleidingsniveau. Dat mag een verklaring zijn voor de werkbaarheid van het zelfsturingconcept op bijvoorbeeld een IC- en minder op een algemene verpleegafdeling. Daarentegen ontstaat er van nature weer een grotere machtsafstand bij heterogene teams. In de gezondheidszorg is bij uitstek sprake van heterogeniteit. Een ziekenhuis werd wel eens getypeerd als een kastemaatschappij (Boot e.a.). Zo'n extreme karakteristiek mag een illustratie zijn van de klassieke cultuurpatronen en rolopvattingen van de werkers in een algemeen ziekenhuis. Dat laat zich lastig doorbreken met de introductie van zelfsturing en daarbij horend coachend leiderschap,

- Braam beweert op grond van haar afstudeerstudie dat het zelfsturingconcept niet via een structuurwijziging kan en mag worden doorgevoerd, maar de bovenliggende bedrijfsfilosofie behoort te zijn van een langdurig organisatieontwikkelingsproces. Die grondgedachte leeft naar haar inzicht nog onvoldoende in de gezondheidszorg.

Concluderend:

Hoe succesvol het zelfsturingconcept in kennisextensieve productieprocessen ook mag zijn, de vertaalslag naar het ziekenhuis kan niet via een knopomdraai gemaakt worden, gegeven de kennisintensiviteit van zorgprocessen en de werkcultuur.

5. Laat ketenmanagement zich wel structureren?

Vanuit het INK-concept (Hardjono e.a.) wordt gepropageerd om als organisatie een ontwikkelingsproces door te maken om de kwaliteit te verbeteren en wel van een oriëntatie op activiteiten, via processen en ketens naar systemen. De dynamiek van dit kwaliteitsconcept spreekt velen aan. Het is een extra stimulans gebleken om de leiding en organisatie op de werkprocessen te richten. Vervolgens opent het de scope om die processen niet te laten eindigen bij de voor- en achterdeur van de eigen organisatie, maar het werkproces vanuit de optiek van het totale product integraal te bezien. Dat betekent in de gezondheidszorg dat de vraag aan de orde komt of en hoe de kwaliteit van de zorg verbeterd kan worden door de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders in die zorgketen te vergroten. Vaak ontstaan 'ketens' door spontane contacten tussen de werkers zelf.

Gevormde samenwerkingsverbanden zijn om die reden vaak persoonsafhankelijk en staan of vallen bij de goede verstandhouding tussen werkers uit verschillende organisaties. Die kiemvorming kent een natuurlijk proces van verdergaande regelgeving. Er ontstaan protocollen. De behoefte aan geoomerkte middelen groeit en zo ontstaan eigenstandige instituties ofwel de 'duizend bloemen'. De realisatiemacht in die kiemfase kan vervolgens omslaan in hindermacht (Bijker) als de samenwerkingsverbanden belangrijke peilers gaan vormen in beleidsplannen en strategische initiatieven op bestuurlijk niveau. Op dat moment krijgt het bestuurlijk proces een dominant karakter, wat een rem kan leggen op de 'ruimte' die tot dan toe zo bepalend was voor succes. In het bestuurlijk proces gaat het opeens om het stroomlijnen van de betrokken organisaties op managementniveau, om het vormen van teams per keten, om de structuur- en cultuurverschillen, om het tot stand brengen van beheersingssystemen en dergelijke. Dit alles kan meer en meer problemen opleveren die, vanuit de optiek van de bestuurder, alleen maar bij de wortel kunnen worden opgepakt door te fuseren. En dat kan verlamdend werken op het spontane en creatieve inhoudelijke ontwikkelingsproces zelf waarvoor het bedoeld was. Blijkbaar zijn er andere concepten nodig om ketens te sturen.

Concluderend:

Voor de ontwikkeling van ketens leidt de bemoeienis op bestuurlijk niveau niet altijd tot het gewenste effect. Het komt in de praktijk voor, dat met de door bestuurders noodzakelijk geachte herstructurering het inhoudelijk ontwikkelingsproces wordt verlamd. Blijkbaar zijn andere sturingsconcepten nodig voor ketenmanagement.

6. Is het kantelen wel nodig om de organisatie te vitaliseren?

Kanteling van de organisatiestructuur werd nog niet zo lang geleden alom een essentiële, zo niet noodzakelijke ingreep beschouwd om als organisatie te kunnen voldoen aan de vereisten die momenteel aan het ziekenhuismanagement worden gesteld. Toch blijkt inmid-

dels dat kanteling niet altijd tot het gewenste resultaat leidt. Dat is de mening van diegenen die de dagelijkse leiding in handen hebben van zorgeenheden in gekantelde organisaties. Met de oprichting van de Vereniging Managers Patiëntenzorg (VMP), voortkomend uit de fusie van de beroepsverenigingen van hoofden verplegingsdienst en hoofden paramedische diensten, is op dat kantelproces ingespeeld. De Vereniging komt namelijk voort uit het feit dat functies als hoofd verplegingsdienst en hoofd paramedische dienst steeds minder voorkomen, waarvoor door kanteling divisie-/cluster-/sectormanagers in de plaats komen. Anderzijds wil de VMP dat kantelproces niet kritiekloos volgen, maar constructief lering trekken uit de ervaringen tot nu toe. Daarbij is de vraag gesteld in hoeverre met het kantelen daadwerkelijk de beoogde doeleinden worden gerealiseerd. Die doeleinden betreffen het procesgericht organiseren, het toegankelijk maken van de zorgorganisatie voor participatie in het management van de medisch specialist, maar ook het flink opschudden van de kussens om nieuwe ontwikkelingen een kans te geven.

Bovengenoemde redenen worden alle als wezenlijk en legitiem beschouwd om vernieuwend en veranderend mee aan de slag te gaan. Zo wordt het alert houden van de organisatie van de zorg als een aandachtspunt beschouwd waar elke zorgmanager permanent mee bezig dient te zijn en in de effectiviteit van zijn functie-uitoefening op aangesproken moet worden. Dat vraagt om goede antennes voor nieuwe ontwikkelingen, het creëren van een open werkklimaat, zodat sprake is van een gezonde houding om te veranderen en te vernieuwen en steeds daarvan te leren. Het opschudden van de kussens behoort, bij wijze van spreken, dagelijks te gebeuren. Dat vitaliseert en voorkomt ziektekiemen. Met een te drastisch opschudden dreigt echter het gevaar van een zodanige schok, dat lange tijd nodig is om de scherven op te ruimen alvorens weer verder gewerkt kan worden. Een drastische reorganisatie heeft dat effect. Het korte termijneffect is vaak gigantisch en opzienbarend. Maar na verloop van tijd komen in veel gevallen de negatieve

effecten boven drijven. Zo gaan met de organisatiestructuur ook vaak de informele contacten en de vertrouwensrelaties op de schop. Het ontheemd raken van de leidinggevende laag blijkt een grotere impact te hebben dan menigeen zich bij de start van de reorganisatie realiseert.

Ook het vitaliseren van een organisatie hoeft op zich geen goede reden te zijn om te reorganiseren. 'Reorganiseren, enkel en alleen om te vitaliseren' betekent namelijk dat wordt geherstructureerd vanuit een stilstandpositie. Dat werkt dubbel negatief uit. Beter is het om eerst de organisatie goed op koers te brengen, toewerkend naar een gelijkgerichte visie op de toekomst. Zodra het succes van die koers blijkt en het urgentiegevoel ontstaat, dat met een structuuraanpassing die koers effectiever kan worden gerealiseerd, is het moment daar om te herstructureren.

Managementparticipatie is op zich een prima drijfveer om de communicatie-, overleg- en besluitvormingsprocessen te veranderen. In menig ziekenhuis blijkt dat op bestuursniveau vaak al goede vormen zijn gevonden om de medische staf indringend bij het strategisch beleid van de ziekenhuisorganisatie te betrekken, al dan niet door het geven van bestuurlijke medeverantwoordelijkheid. Ook wordt op afdelingsniveau veel energie gestoken in het, in samenspraak met de desbetreffende specialisten, verbeteren van de werkorganisatie. Het investeren in managementparticipatie op dat operationele niveau is de moeite waard, zo blijkt uit de ervaringen binnen de VMP. Juist op afdelingsniveau, waar een één-op-één-werkrelatie bestaat met een bepaalde maatschap, kunnen voor beide partijen veelbelovende resultaten worden geboekt.

Daarentegen is juist op het tussenniveau, tussen operationeel en strategisch management in, de inbreng van de medisch specialist weinig renderend. Voor veel specialisten is het blijkbaar moeilijk om gesprekspartner te zijn voor meerdere specialismen. Daar komt bij dat de thematiek die op dat structurerende tussenniveau speelt, specialisten niet aanspreekt. En dit terwijl het kantelen nu juist bedoeld is om op het structurerende niveau, daar waar verdelingsvraagstukken aan de orde zijn op het gebied van capaciteiten en budgetten en daar waar beleid in regelgeving dient te worden vertaald, een managementlaag voor professie en management te creëren.

Rest het argument van proces- en ketensturing. De dialoog tussen ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg en verzorgingshuis is noodzakelijk om de overdrachtsmomenten zo vlekkeloos mogelijk te laten verlopen en ervoor te zorgen dat alle zorg die in die keten wordt geboden, op elkaar is afgestemd. Maar het is goed om ons te realiseren, dat een ziekenhuis vanuit een andere ordening redeneert dan een verpleeghuis, wat weer anders is dan de ordening die het verzorgingshuis hanteert (respectievelijk diagnose-, zorgbehoefte- en hulpvraaggeordend). Die verschillen in ordening worden door te kantelen niet opgelost. Verwarring kan ontstaan als door kanteling het ziekenhuis niet meer vanuit één aanspreekpunt acteert naar de andere zorgaanbieders in de regio, maar vanuit meerdere punten, even zoveel als er divisies zijn. Natuurlijk zijn bovengenoemde kwesties oplosbaar. Er wordt hier gesteld dat het met kanteling alleen bepaald nog niet is opgelost. Kan men in de geestelijke gezondheidszorg zorgeenheden onderscheiden met elk hun eigen netwerk (te denken valt aan kinder- & jeugdzorg, die in een totaal ander netwerk functioneert dan de ouderenzorg), in de algemene ziekenhuiszorg is dat onderscheid veel minder groot aanwezig. Ergo: het argument tot kantelen dat in de ene sector om reden van ketenvorming wordt bepleit, hoeft in een andere sector niet automatisch ook zo te gelden.

Processturing is daarentegen wel een wezenlijk thema dat voor kanteling kan plei-

ten. Het bijeenbrengen van verschillende disciplines rondom dat primaire zorgproces kan via herstructurering, via kanteling, tot stand worden gebracht. Daarbij doet zich echter een aantal lastige ordeningsvragen voor. Zo zijn afdelingen en specialismen veelal te kleine eenheden om daaraan andere disciplines (bijvoorbeeld fysiotherapeuten) toe te wijzen. Door grotere eenheden te creëren, zodat die toewijzing makkelijker kan geschieden, ontstaat een schijnoptimalisatie. Menige toegewezen discipline zal immers erkennen, dat een wezenlijk stuk werk wel binnen die eenheid ligt, maar dat er wel degelijk een taakverdelingsvraagstuk voor de desbetreffende discipline blijft, los van de behoefte aan vakinhoudelijke afstemming. Zo wordt er wel gekanteld, maar ontstaat dwars op de nieuwe hoofdstructuur een nieuwe ordening, die verdacht veel lijkt op wat ooit was. Los van dat beeld laat een drastisch doorgevoerde kantelingsoperatie vaak heel wat teleurgestelde, gedemotiveerde zorgverleners achter, vooral in de paramedische sector. Blijkbaar is een structuurinterventie voor processturing weinig vruchtbaar als die niet gepaard gaat met fundamentele veranderingen op andere gebieden. Zo wordt tegenwoordig wel gesproken over het kantelen van de 'bedrijfscultuur', als een betere koers om de gewenste veranderingen tot stand te brengen. Dat vraagt niet om grootse ontwerpen en mooie plannen, maar om een visie die goed wordt gecommuniceerd en om een stapsgewijze aanpak, waarin het mogelijk is om de wensen van vandaag morgen in te voeren. Het ontwikkelen van een coherent optrekken van verschillende disciplines rondom dat zorgproces leent zich bij uitstek voor een dergelijke coachende benadering. Een aanpak die ook onderweg kan leiden tot stapsgewijze aanpassingen van de structuur als de praktijk aangeeft, dat daarmee een verknoping van verantwoordelijkheden kan worden ontward.

Concluderend:

De drijfveren om te kantelen behoren een permanente taakstelling te zijn voor het management. Daar waar de condities ontbreken, is het beter om daar probleemgericht wat aan te doen dan een

algehele kantelingsoperatie door te voeren.

7. Op weg naar nieuwe concepten

1. Structuurfixatie loslaten

Eigenlijk komen in de bovenstaande beschouwing al nieuwe concepten boven drijven. Het uitbannen van de fixatie op herstructurering (waarvan een organisatorische fusie de meest drastische vorm is) is zo'n nieuw concept:

- de structuur hoeft niet altijd de strategie te volgen,
- het is best boeiend om in een organisatie verschillende werkvormen en structuren naast elkaar te zien functioneren,
- mensen die elkaar in het werk nodig hebben, weten elkaar wel te vinden en zelf te ontdekken in hoeverre hun taken en bevoegdheden matchen. Dat hoeft niet meteen te blijken uit hun organisatorische positie en hun functienaam,
- opgeruimd staat niet altijd netjes. Juist in enige rommel en chaos kunnen mensen tot goede prestaties komen (studentenkamereffect).

2. Laat bedrijfsleven en gezondheidszorg van elkaar leren

Een ander nieuw concept kan het verlaten van de volgende houding zijn voor vernieuwende managementideeën die in het bedrijfsleven zijn ontwikkeld. Daartegenover kan de idee worden geplaatst, dat het bedrijfsleven kan leren van datgene wat in de gezondheidszorg en andere professionele organisaties is ontwikkeld. De grondgedachte dat beide sectoren van elkaar kunnen leren, is afkomstig van een managementgoeroe bij uitstek, te weten Peter Drucker. Hij maakt het onderscheid tussen 'craft- & knowledge workers'. Veel managementtheorieën komen in oorsprong voort uit het omzetten van ambachtswerk naar productietechnologie.

Drucker maakt duidelijk, dat de lijnorganisatie en taakverdelingsprincipes voor knowlegde workers niet werken. Daar gelden de wetten van de lijnorganisatie niet. Menige ziekenhuisbestuurder c.q. – manager heeft inmiddels een hele toolset ontwikkeld voor het aansturen van professionals (niet via touwtjes, maar elastiekjes). Dat komt neer op het periodiek bespreken of de condities verbeterd kunnen worden om kwalitatief goed werk te leveren en elkaar aan te spreken op de professionele kwaliteit en efficiënt handelen. In het bedrijfsleven hebben de laatste decennia vele knowlegde workers hun intrede gedaan, terwijl aldaar nog steeds de klassieke managementprincipes worden voortgezet. Hier is veel te leren van de gezondheidszorg.

3. Meerdimensioneel (be)sturen

Een ander nieuw concept is om een organisatie niet eendimensionaal te bezien, maar vanuit meerdere, zo niet vele dimensies. Het is aan het bestuur om al die dimensies in onderlinge samenhang te bezien en daarop te sturen, zonder degenen daarmee te belasten die binnen één dimensie werkzaam zijn. Ter toelichting het volgende. Elke professionele organisatie kent:

- een formele dimensie waarin taken en bevoegdheden zijn geregeld en vanuit welke budgetten worden toebedeeld en beheerd, personeelsbeleid wordt uitgevoerd,
- een functionele dimensie, waarbinnen beroepsbeoefenaren met een soortgelijke achtergrond zijn georganiseerd (maatschappen, vakgroepen e.a.),
- een procesgerichte dimensie, waarin werkprocessen worden gestuurd vanuit een kwaliteits- en/of logistieke optiek. Die dimensie kan verbindingen hebben met de formele en/of functionele dimensie, maar dat hoeft niet,
- een strategische, ontwikkelingsgerichte dimensie, waarin aan vernieuwing, ontwikkeling, sanering en verbetering wordt gewerkt. Ook dat kan in de lijn zijn verankerd, maar het is ook mogelijk die dimensie via commissies en werkgroepen te organiseren.

We zijn erg gauw geneigd om die dimensies allemaal in hetzelfde platte vlak een plek te geven. Voor een bepaald deel van

Voorbeeld 1: shared service center

We zien heel wat organisaties, die enkele jaren geleden gekanteld zijn, een volgende veranderingsslag maken, die 'doorkantelen' wordt genoemd. Hieronder wordt het creëren van een 'shared service center' verstaan, waarin alle bedrijfsondersteunende diensten worden ondergebracht. Vanuit het 'mean & lean' denken worden die diensten in een aparte werkmaatschappij ondergebracht, die contractrelaties heeft met de divisies/clusters. Doorkantelen betekent in dat geval een reorganisatie van de staf- en bedrijfsondersteunende diensten als P&O, financiën, ICT en facilitaire dienst. Ons inziens kunnen de doeleinden van het doorkantelen wel zo effectief worden opgepakt via de P&C-cyclus. Met behoud van de organisatorische positie en structuur van de staf- en bedrijfsondersteunende diensten kunnen deze de jaarlijkse begrotings-besprekingen met een nulbudget starten. De divisies/clusters kopen in de begrotingscyclus hun diensten bij hen in en zo ontstaat het budget met de bijbehorende taakstellingen voor het virtuele shared service center. Maar waar het bovenal om gaat is dat de betreffende managers zelf de leiding nemen, zelf op ontdekking gaan en zelf nieuwe werkvormen introduceren. Natuurlijk is het aan de bestuurders om daarvoor het juiste klimaat te creëren (urgentiegraad, kaders en competenties).

Voorbeeld 2: personele unie

Bij het bestuurlijk verbinden van twee organisaties kan een personele unie een goed alternatief zijn voor een fusie in juridische zin. Door beide Raden van Toezicht en Raden van Bestuur dezelfde samenstelling te geven is feitelijk sprake van eenheid van bestuur. Beide rechtspersonen blijven in tact; werknemers houden formeel dezelfde werkgever. Vervolgens kunnen met zorgverzekeraars en overheden afspraken worden gemaakt over de regie ten aanzien van budgetten, erkenningen en dergelijke.

de organisatie kan dat aantrekkelijk zijn. Het leidt evenwel snel tot een sjabloon dat leidt tot 'restgroepen', waarvoor die ordening eigenlijk in het geheel niet toepasbaar is. En daarmee wordt de eigenheid van die onderdelen van de organisatie onrecht aangedaan.

Er zijn nog wel meer van dergelijke dimensies te bedenken. Zo kunnen de samenwerkingsrelaties ook in een aparte dimensie per partner gestalte krijgen. Op zich is dat een logische benaderwijze, aangezien er vele relaties tegelijk onderhouden dienen te worden, met elk hun eigen dynamiek en bindingsintensiteit. Fusie is vanuit die optiek niet direct een optie, aangezien deze maar met één of enkele partners plaats kan vinden en veelal ten koste gaat van de andere relaties.

4. 'Structureren' via planning & control

Naast de positestructuur kennen we ook de procedurestructuur (Van Aken). In de procedurestructuur gaat het om het stroomlijnen van werkprocessen (via protocollen, richtlijnen en dergelijke) en van informatie-, overleg- en besluitvormingsprocessen. Die procedurestructuur kan een sterk verbindende functie vervullen

tussen bestuur en uitvoering, zonder dat de positestructuur veranderd hoeft te worden. Informatie- en communicatietechnologie kunnen 'verbindingen' mogelijk maken die het inzicht in elkaars werkteurterrein en de betrokkenheid bij elkaars dilemma's over en weer vergroot. Het ondersteunt daarmee het management in haar functioneren.

Ter toelichting zijn een tweetal praktijkvoorbeelden toegevoegd.

8. Afsluitend

In dit artikel is een poging gewaagd om bestaande concepten, die vaak aanleiding geven tot grootscheepse reorganisaties, kritisch tegen het licht te houden. Daarbij is vooral gekeken naar het management, aangezien zij de verbinding vormt tussen het bestuurlijk en het uitvoerend proces. Dat vraagt om inspiratie, betrokkenheid en doelgerichtheid. Het management komt bij veranderingsprocessen vaak in een slachtofferrol terecht, als gevolg van het feit dat deze te vaak via de structuur tot stand worden gebracht en te weinig door op de inhoud geconcentreerde, kennisgenererende ontwikkelingen. Blijkbaar denken we allemaal nog te sterk in hiërarchieën, terwijl we ons realiseren dat die eigenlijk qua betekenis inboeten. Vanuit die gedachte worden enkele concepten gepresenteerd, bedoeld om de genoemde valkuilen te omzeilen.

Literatuur

Aken, dr ir J.E. van: strategievorming en organisatiestructurering; organisatiekunde vanuit ontwerpperspectief; Kluwer Bedrijfswetenschappen; Deventer, 1994.

Bijker, dr H.G.: Elke verandering is een..., oratie leerstoel veranderingsmanagement in de gezondheidszorg, uitgesproken 2 december 1999 te Enschede.

Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M.: de Nederlandse gezondheidszorg; Het Spectrum; Utrecht, 1996.

Braam, C.J.C.: Zelfsturende teams in een algemeen ziekenhuis; op zoek naar de voorwaarden en succesfactoren (voorpublicatie).

Drucker, P.F.: management uitdagingen in de 21e eeuw; Business Contact; Amsterdam, 2000.

Hardjono, dr T.W.: Management van processen, Kluwer, 2003.

Sitter, dr L.U. de: Synergetisch produceren, Van Gorcum, 1998.



Over de auteur

Jan Willem Hoom (1950) is medeoprichter en partner van de Vreelandgroep. 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