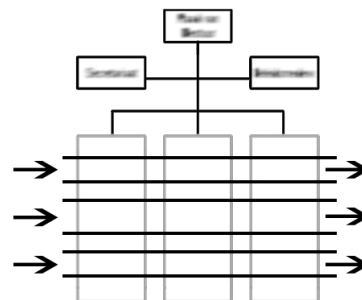


HARKEN OP DE M²

structurering en coördinatie binnen revalidatiecentra
in relatie tot specialisatie op het niveau van patiëntendoelgroepen



Paul Verburg
maart 2007

HARKEN OP DE M²

structurering en coördinatie binnen revalidatiecentra
in relatie tot specialisatie op het niveau van patiëntendoelgroepen

SCRIPTIE

Master of Health Business Administration (MBA-H 4, 2005 - 2007)

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (IBMG)

Erasmus Universiteit Rotterdam

Paul Verburg
maart 2007

INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING	
1.1	Aanleiding	4
1.2	Probleemstelling	4
1.3	Vraagstelling	5
1.4	Afbakening	5
1.5	Opzet	5
1.6	Tenslotte	6
2.	ONTWIKKELING IN DE REVALIDATIEZORG	
2.1	Inleiding	7
2.2	Revalidatie in Nederland	7
2.3	Ontwikkelingen in de revalidatiezorg	8
2.4	Beschouwing	11
3.	THEORETISCHE OPVATTINGEN OVER ORGANISATIESTRUCTURERING	
3.1	Inleiding	12
3.2	Professionele bureaucratie	12
3.3	Structuren van organisaties en verbindingsmiddelen	13
3.4	Problemen in de differentiatiefase	14
3.5	Horizontaal organiseren	15
3.6	Processturing	16
3.7	Afsluiting	19
4.	STRUCTURERINGSMODEL	
4.1	Inleiding	20
4.2	Structuurkenmerken	21
4.3	Procedurele kenmerken	23
4.4	Afsluiting	25
5.	STRUCTURERING EN COÖRDINATIE IN DE REVALIDATIECENTRA IN RELATIE TOT SPECIALISATIE	
5.1	Inleiding	26
5.2	Analysemodel	26
5.3	Resultaten quick-scan	28
5.4	Resultaten interviews	30
	5.4.1 Strategie	30
	5.4.2 Structuur	31
	5.4.3 Cultuur	33
	5.4.4 Systemen	34
5.5	Beschouwing	35
	5.5.1 Algemeen	35
	5.5.2 Processturing	35
	5.5.3 Complicerende factoren	36

6	BEOORDELING STRUCTURERING EN COÖRDINATIE VAN REVALIDATIECENTRA	
6.1	Inleiding	38
6.2	Beoordeling van effectiviteit	38
6.2.1	Flexibiliteit	39
6.2.2	Efficiency	42
6.2.3	Satisfactie	45
6.2.4	Externe behoeftebevrediging	45
6.2.5	Conclusie	46
6.3	Beoordeling op basis van de waardeketen	47
6.4	Afsluiting	47
7	SLOTBESCHOUWING EN AANBEVELINGEN	
7.1	Inleiding	49
7.2	Slotbeschouwing	49
7.3	Aanbevelingen	51
7.4	Tot besluit	54
	GERAADPLEEGDE LITERATUUR	55
	BIJLAGEN	

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding

De opleiding Master of Health Business Administration (MBA-H) van het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (IBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, wordt afgesloten met een scriptie. Dit 'afstudeerproject' heeft tot doel zichtbaar te maken dat in de opleiding verworven inzichten op zinvolle wijze kunnen worden toegepast in het beschrijven, analyseren en aanpakken van vraagstukken uit de praktijk van strategisch management.

1.2 Probleemstelling

In zijn boek *Imaginisatie. De kunst van creatief management*, beschrijft Gareth Morgan (1993) een aantal ontwikkelingsstadia van organisaties. Beginnend bij een rigide bureaucratie, naar een bureaucratie met een managementteam en vervolgens een bureaucratie met projectteams en taakgroepen. Het betreft drie vormen die feitelijk een antwoord geven, in volgorde, op toenemende complexiteit en veelheid aan taken. Morgan stelt terecht dat elke organisatie een model nodig heeft dat past bij de uitdagingen van zijn specifieke omgeving. Het is de vraag of het derde model voor organisaties die lijken op de organisatie waarin ik werkzaam ben, nog voldoet. Morgan pleit in dat geval voor andere, meer hybride, vormen waarbij een matrixachtig model de eerstvolgende is.

In deze scriptie houd ik me bezig met de vraag welke wijzigingen in de structuur en/of aansturing in revalidatiecentra nodig zijn om nadrukkelijker op patiënten-doelgroepen te kunnen inspelen.

Actuele veranderingen binnen de gezondheidszorg zullen voor de revalidatie-branchen ingrijpende gevolgen hebben. De geleidelijke introductie van gereguleerde marktwerking, de mede daardoor toenemende verplichting en noodzaak tot verantwoording, transparantie en zichtbare kwaliteit én de aanstaande introductie van een financieringssysteem op basis van Diagnose Behandel Combinaties, zijn daar belangrijke voorbeelden van. In z'n algemeenheid lijkt een algehele versnelling plaats te vinden in 'de zorgmarkt' met veel behoefte aan (integrale) informatie- en kennisuitwisseling en een steviger positionering in de zorgketen(s). Voor directie en management wordt het steeds moeilijker om voor alle doelgroepen de ontwikkelingen bij te houden en hierop te sturen. Er wordt geschaakt op vele borden tegelijk. Problemen met betrekking tot span of control, gebrek aan overzicht en, mede daardoor, oververhitting bij lijnverantwoordelijken zijn daarvan enkele gevolgen. Dat is niet alleen in mijn eigen instelling zichtbaar, maar blijkt ook uit een snelle benchmark onder managers bij een aantal collega-revalidatiecentra. Het is de vraag of binnen de huidige structuren deze veranderingen en de daarmee gepaard gaande versnelling goed kunnen worden gemanaged. Wellicht zijn andere vormen van structuur en sturing wenselijk. Naast bovengeschetste ontwikkelingen is het sturen op patiëntendoelgroepen vanuit kwaliteitsoverwegingen en concurrentieoverwegingen essentieel. Verder geldt dat op brancheniveau onlangs besloten is om HKZ-certificering voor de revalidatiecentra na te streven. Dat zal onder andere betekenen dat het proces van de patiënt (door de keten en door de organisatie heen) steeds meer uitgangspunt voor de bedrijfsvoering zal worden, waarbij te verwachten is dat deze processen ook toenemend op het niveau van patiënten(diagnose)groepen zullen worden ingericht.

Sturen op patiëntendoelgroepen (product-/marktcombinaties), waarbij processen leidend zijn voor beleidsontwikkeling, betekent dat managen vanuit de traditionele

(functioneel ingerichte) organisatiestructuren niet meer in alle opzichten voldoet. Het gevaar is dat een situatie ontstaat die zich laat kenmerken als: 'stuck in the middle'. De revalidatiegeneeskunde, relatief klein in omvang, is een typisch 'netwerkspecialisme', waarbij de positionering ten aanzien van patiënten-doelgroepen in de keten steeds belangrijker wordt om de onderscheidende meerwaarde ervan overeind te houden en te verstevigen. Sturen op patiënten-doelgroepen vereist ook een wezenlijke inbreng van kundige professionals. Die beschikbare en benodigde kennis bevindt zich veelal onderin de organisatie, op de werkvloer. Langs welke weg kan die kennis gemobiliseerd worden om daarmee de sturing ten aanzien van patiëntendoelgroepen te versterken?

Kortom: welke keuzes ten aanzien van structurering van revalidatiecentra kunnen gemaakt worden om de sturing op patiëntendoelgroepen te versterken in het licht van de uitdagingen waarvoor deze centra zich gesteld zien?

1.3 Vraagstelling

In deze scriptie zal worden gezocht naar antwoorden op de volgende vier deelvragen:

- Wat zijn de omstandigheden in de revalidatiezorg die nopen tot steviger sturen op patiëntendoelgroepen?
- Wat zijn de (theoretische) structuurmodellen die gekozen kunnen worden om sturing op patiëntendoelgroepen mogelijk te maken?
- Op welke wijze hebben revalidatiecentra thans hun 'sturing' op patiëntendoelgroepen geregeld en zijn daaruit 'best practices' te halen in het licht van voornoemde omstandigheden?
- Welke keuzes kunnen revalidatiecentra maken ten aanzien van de structurering van de organisatie om daarmee nadrukkelijker op patiëntendoelgroepen te kunnen sturen?

1.4 Afbakening

De in de probleemstelling genoemde ontwikkelingen zijn uiteraard zichtbaar in de gehele gezondheidszorg. Het is daarom aannemelijk dat probleem- en vraagstelling zoals hier geformuleerd breder aan de orde zijn. Niettemin kies ik ervoor om te focussen op de revalidatiezorg. Belangrijke reden daarvoor betreft uiteraard de reikwijdte van het onderzoek in relatie tot de mij beschikbare tijd. Bovendien kent de revalidatiezorg specifieke kenmerken waarin het zich, naast overeenkomsten, ook onderscheidt van andere gezondheidszorginstellingen. Door te focussen wordt het uiteindelijke resultaat hopelijk krachtiger. Daarnaast betreft het de branche waarin ikzelf werkzaam ben en waardoor het relatief eenvoudig is om de verschillende contacten te leggen die noodzakelijk zijn voor een beantwoording van de onderzoeksvragen.

Er zijn uiteraard meer dimensies die een nadere beschouwing verdienen met betrekking tot het thema van deze scriptie. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de dimensies strategie, cultuur en systemen. Deze dimensies zullen ook aan bod komen, echter in relatie tot de belangrijkste focus van deze scriptie, namelijk het vraagstuk van de structurering.

1.5 Opzet

Hoofdstuk twee schetst een beeld van de revalidatiebranche en diverse actuele ontwikkelingen die nopen tot sturing op patiëntendoelgroepen. Het schetst de

context en bovendien krijgt daarmee de probleem- en vraagstelling een nadere inkleuring.

Hoofdstuk drie verkent verschillende theoretische opvattingen ten aanzien van het structureren van organisaties.

Hoofdstuk vier beschrijft een concreet structureringsmodel waarmee een organisatieontwerp tot stand kan komen en ook kan worden geanalyseerd.

Hoofdstuk vijf geeft de resultaten weer van het onderzoek naar de huidige 'harken' in de revalidatiecentra en de wijze waarop 'sturing op patiënten-doelgroepen' daarin zichtbaar en geregeld is. Het geeft een beeld van keuzes die gemaakt zijn met bijbehorende dilemma's en knelpunten.

Hoofdstuk zes brengt theorie en praktijk bij elkaar. De verschillende organisatie-structuurvariabelen van de revalidatiecentra worden beoordeeld op effectiviteit.

Hoofdstuk zeven bevat een slotbeschouwing en enkele aanbevelingen.

De scriptie wordt afgesloten met *een opgave van geraadpleegde literatuur en enkele bijlagen*.

1.6 Tenslotte

Met het voltooien van deze scriptie komt er ook een einde aan de tweejarige opleiding MBA-Health van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Een goed moment om een aantal mensen te bedanken.

Mijn dank gaat zondermeer uit naar Nelly, Jos, Koen en Vera, van wie ik twee jaar lang ruimte kreeg om deze opleiding te kunnen volgen. Voor hun kennis, kunde en inspiratie gedurende de gehele opleiding dank ik Jan en Aad. Mijn dank betreft ook Hans en Michael, die mij in de gelegenheid stelden deze opleiding te kunnen volgen. Ten behoeve van de totstandkoming van deze scriptie dank ik Marieke voor zeer kundig redigeerwerk, Erica voor de zorgvuldige eindopmaak en Robin voor de mooie illustratie op de voorpagina. Tenslotte spreek ik mijn dank uit aan Monique en Folkert, 'studiemaatjes' de afgelopen twee jaar, voor de bijzondere vriendschap en de steun tijdens het maken van deze scriptie.

2. ONTWIKKELINGEN IN DE REVALIDATIEZORG

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de context waarop probleem- en vraagstelling betrekking hebben en kleurt deze ook verder in. Na een korte typering van de revalidatiebranche in Nederland wordt een aantal concrete ontwikkelingen beschreven die ervoor zorgen dat sturen op patiëntendoelgroepen steeds belangrijker wordt. De beschouwing daarna maakt duidelijk waarom het van belang is om stil te staan bij het structureringsvraagstuk, in het licht van de beschreven ontwikkelingen.

2.2 Revalidatie in Nederland

Uit een algemene informatiefolder en op de website van de branchevereniging is de volgende informatie te vinden:

Revalidatie richt zich op herstel of de verbetering van mogelijkheden van mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functionele beperking. De indicatie wordt gesteld door een medisch specialist, meestal een revalidatiearts. Behandeling vindt plaats in multidisciplinaire teams, onder leiding van een revalidatiearts. Revalidatie is onderdeel van ketenzorg, de zorg vindt plaats in afstemming met andere specialismen in ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, huisartsen en andere eerstelijnsvoorzieningen.

Revalidatie beoogt een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de patiënt waardoor hij of zij minder afhankelijk is van zorg (mantelzorg, thuiszorg, professionele zorg). Met deze zelfstandigheid wordt tevens bedoeld (maatschappelijke) reïntegratie in werk, onderwijs, sport, overige hobby's en sociaal verkeer. Voor de patiënt betekent revalidatie dat hij of zij zo zelfstandig mogelijk kan wonen, werken en sporten.

Revalidatiegeneeskunde is een erkend medisch specialisme sinds 1955.

De belangrijkste doel-/diagnosegroepen zijn:

- aangeboren en verworven hersenletsel;
- dwarslaesie;
- overige neurologische aandoeningen (waaronder spierziekten);
- amputaties;
- chronische pijn;
- orthopedische aandoeningen;
- reumatische aandoeningen;
- hart- en longaandoeningen;
- huidaandoeningen (waaronder brandwonden en decubitus);
- oncologische aandoeningen.

Revalidatie Nederland is de branchevereniging voor de revalidatie in Nederland. Nederland telt 24 revalidatiecentra, die alle lid zijn van de branchevereniging. Deze vertegenwoordigt de revalidatiecentra en revalidatieafdelingen in ziekenhuizen en werkt nauw samen met andere instellingen op het gebied van revalidatie. De revalidatiecentra en revalidatieafdelingen in de ziekenhuizen vormen een landelijk dekkend netwerk, waar jaarlijks revalidatiezorg geboden wordt aan 45.000 poliklinische patiënten en 7.300 klinische patiënten. In de branche werken 7.500 mensen.

2.3 Ontwikkelingen in de revalidatiezorg

- *Behandelprogramma's*

De VRIN (Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland, thans geheten Revalidatie Nederland) schrijft in de Handleiding Behandelprogramma's (2001): "Het expliciteren van ons aanbod in behandelprogramma's is een middel om in de toekomst aan alle eisen en verwachtingen te voldoen. Behandelprogramma's geven inzicht in het aanbod, bieden de instelling de mogelijkheid om het revalidatieproces beter te sturen en af te stemmen op de wensen en verwachtingen van de patiëntendoelgroep en de ketenpartners."

Een behandelprogramma is een beschrijving van een behandelaanbod voor een specifieke patiëntendoelgroep. Het beschrijft 'op hoofdlijnen' wat er gebeurt voor die patiëntendoelgroep. Het programma heeft tot doel de behandeling van een specifieke patiëntendoelgroep binnen een instelling te structureren, te sturen en inzichtelijk te maken voor teamleden, patiënten, verwijzers en andere betrokkenen. Met een patiëntendoelgroep wordt een categorie patiënten bedoeld die een aantal kenmerken gemeen hebben, zodat er een specifiek behandelprogramma voor ontworpen kan worden. Er zijn drie soorten gebruikers van een behandelprogramma:

- behandelteam (eenheid van behandelbeleid);
- management (inzicht mensen/middelen, instrument procesbeheersing, instrument ter externe profilering);
- derden/klanten (transparantie aanbod, verantwoording, afstemming met aanbod ketenpartners).

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat de realisatie en het beheer van het programma om een gezamenlijke inspanning van management en professionals vraagt.

- *Revalidatieonderzoek*

Binnen de revalidatiebranche wordt toenemend het belang van wetenschappelijk onderzoek benadrukt en wordt hiermee daadwerkelijk gestart. Van veel belang zijn de onderzoeken naar behandelinterventies. Dit wordt onderzocht voor specifieke patiëntendoelgroepen. Het gaat vooral om effectmetingen en vergelijkingen tussen soorten van interventies.

- *Prestatie-indicatoren*

Op brancheniveau is besloten om, in navolging van overheidsbeleid, prestatie-indicatoren te gaan definiëren. Op basis van deze indicatoren zou een beeld verkregen moeten worden van de kwaliteit van zorgaanbieders, waarbij toenemend benchmarks mogelijk zijn met andere instellingen. Het is de verwachting dat klanten (patiënten en verzekeraars) daardoor meer onderbouwde keuzes kunnen en zullen gaan maken voor een zorgaanbieder. Prestatie-indicatoren zullen ook op het niveau van diagnosegroepen gedefinieerd gaan worden. Hiermee gaan de indicatoren een rol spelen in de sturing op het niveau van diagnosegroepen.

- *Diagnose Behandel Combinatie (DBC)*

De revalidatiecentra registreren al enige tijd zogenaamde DBC's (DBC = Diagnose Behandeling Combinatie). De DBC-typering is ontwikkeld onder regie van Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen

(VRA). Het is de bedoeling dat de revalidatiebranche per 1 januari 2009 ook gaat declareren met de DBC's.

Een DBC typeert het geheel van de prestaties van een revalidatiecentrum of revalidatieafdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de revalidatiearts in de zorginstelling consulteert. De DBC benoemt elke stap in de behandeling van de patiënt, van het eerste consult of onderzoek, tot en met de laatste controle (het zogenaamde zorgpad). Belangrijke doelstellingen zijn de financiële en de medische herkenbaarheid. Andere doelstellingen die hiermee verband houden zijn: bevorderen medisch management en procesgerichte verbeteringsprojecten. Daarmee is het tevens een kwaliteit- en toetsingsinstrument.

Financiering van de revalidatiecentra middels deze systematiek betekent dat op het niveau van nog nader te bepalen patiëntendoelgroepen prijsafspraken gaan gelden, waarbinnen de inspanningen voor deze patiëntendoelgroepen bekostigd moeten worden. Daarmee zal ook om financiële redenen de sturing op het niveau van deze specifieke doelgroepen toenemen.

- *Certificering*

De branchevereniging heeft besloten om een certificatieschema specifiek voor de revalidatie te realiseren. Het certificatieschema is een norm-/eisenstellend document op basis waarvan certificering mogelijk is. De planning is dat de revalidatiecentra vanaf 2007 daarmee HKZ certificeerbaar zijn (HKZ = Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). De normen en eisen leiden tot een kwaliteitshandboek waarin procesbeschrijvingen van de algehele bedrijfsvoering opgenomen zijn. Hierbij staan de primaire processen (intake, uitvoering, evaluatie) centraal. Wanneer deze primaire procesbeschrijvingen daarmee als uitgangspunten gaan gelden voor kwaliteitsborging en kwaliteitsontwikkeling, en deze procesbeschrijvingen een invulling krijgen op het niveau van diagnosegroepen, gaan processturing en sturing op diagnosegroepen toenemend samenvallen.

- *Gereguleerde marktwerking*

Revalidatie Nederland deed onlangs een eerste verkenning naar de betekenis van marktwerking voor de revalidatie (2005). Aangevuld met een concurrentieanalyse van Verburg (2005) leidt dat tot het navolgende beeld.

Met de introductie van gereguleerde marktwerking beoogt de overheid het centraal stellen van de (vraag van de) cliënt. Dit betekent een zorgstelsel waarin optimaal ingespeeld wordt op de zorgvraag. Marktwerking heeft een effect op prijsmechanismen, in die zin dat er meer aandacht zal zijn voor een efficiënte allocatie van middelen. Zowel ten behoeve van de beoogde vraagsturing als voor een meer efficiënte inzet van de schaarse middelen wordt een financieringsstelsel ingevoerd op basis van DBC's.

Ten behoeve van dit oogmerk wordt momenteel wet- en regelgeving ingrijpend gewijzigd. Deze zich wijzigende wet- en regelgeving maakt actief ruimte voor vraagsturing. Ook biedt het meer ruimte voor innovatie (van zorg). Bovendien leidt gereguleerde marktwerking ook tot de introductie van een zekere mate van concurrentie.

Analyse aan de hand van het model van Porter (1999) laat zien dat de verschillende concurrentiekrachten, voor wat betreft de revalidatiezorg, momenteel nog beperkt zijn. Echter, het nieuwe zorgstelsel zal gaan bijdragen aan een (veel) steviger invloed van alle concurrentiekrachten. Zorgaanbieders die zich toeleggen op meer eenvoudige, enkelvoudige revalidatiezorg zullen hier al

snel mee te maken krijgen. Voor hen die zich vooral richten op het specialistische, topreferente segment zal dat in mindere mate het geval zijn. In z'n algemeenheid kan gesteld worden dat de revalidatie te maken zal krijgen met concurrentie op de volgende manieren:

- concurrentie door vergelijking: benchmarking, maatstafconcurrentie e.d.;
- concurrentie op de markt: met name bij enkelvoudige vraagstellingen;
- concurrentie om de markt: weliswaar nog in beperkte mate, maar er ontstaat toetredingsruimte voor andere aanbieders van revalidatie en/of aanbieders van substituten.

- *Doelmatigheid*

De overheid hanteert maatregelen om zorgaanbieders doelmatiger te laten werken. De consequentie daarvan is dat met dezelfde middelen 'meer geproduceerd moet worden' (wat feitelijk neerkomt op groei) en/of dat met minder middelen 'hetzelfde geproduceerd moet worden' (wat feitelijk neerkomt op efficiënter werken). Voor beide oogmerken is gerichte sturing nodig.

Bij groei zal de instroom moeten toenemen, wat betekent dat actief marketingbeleid gevoerd moet worden, met veelal een specifieke invulling per diagnosegroep. Immers, elke diagnosegroep heeft andere verwijzers, met andere vraagstellingen en andere kenmerken.

Wanneer er efficiënter gewerkt moet worden, zal per diagnosegroep een grondige analyse moeten plaatsvinden op welke wijze het zorgaanbod anders georganiseerd kan worden, met behoud van kwaliteit van de behandeling. Dat betekent onder andere aanpassingen in de logistiek van het zorgproces en blijvende sturing om het resultaat daarvan te behouden en te verbeteren. In beide gevallen, bij groei en bij efficiencyverbeteringen, zal daarom nadrukkelijker sturing nodig zijn op het niveau van afzonderlijke patiëntendoelgroepen.

- *Kwaliteitsbeleid*

Kwaliteitsbeleid wordt onder andere gerealiseerd door patiëntssatisfactie-onderzoeken (vragenlijsten, focusgroepen en dergelijke), registratie van incidenten tijdens behandeling (bijvoorbeeld valpartijen, medicatie-incidenten) registratie van klachten van patiënten, follow-up onderzoek naar (blijvende) resultaten van behandeling, periodieke raadpleging van en uitwisseling met patiëntenverenigingen, etc. Dit type onderzoek, dat structureel plaatsvindt, leidt tot verbeterbeleid en behoeft aandacht van zowel de leiding als de uitvoerende professionals. De waarde van het onderzoek is mede afhankelijk van de mate waarin het toegespitst, dat wil zeggen op het niveau van diagnosegroepen, plaatsvindt.

- *Ketenzorg*

Revalidatiegeneeskunde is bij uitstek een 'netwerkspecialisme', waarbij de 'positie in de keten' essentieel is. Revalidanten zijn vaak gelijktijdig met de revalidatiebehandeling ook in behandeling bij andere zorgaanbieders. Een goede samenwerking met andere zorgaanbieders is tevens nodig om patiënten direct na ontslag uit een ziekenhuis op te kunnen nemen, maar ook om de uitstroom naar vervolgzorg elders optimaal te kunnen laten plaatsvinden. Per diagnosegroep verschilt de keten, met andere verwijzers, andere samenwerkingspartners en

andere instellingen waarnaar verwezen wordt na de revalidatiebehandeling. Ook in het licht van de veranderende 'zorgmarkt' zal de vanzelfsprekende monopoliepositie van revalidatiecentra minder vanzelfsprekend worden. Meer inzet om de positie te behouden en te verstevigen is noodzakelijk, bij uitstek op het niveau van de verschillende patiëntendoelgroepen. Van belang hierbij is tevens dat patiënten zonder problemen (wachttijden, ingewikkelde overdracht) kunnen doorstromen van klinische behandeling naar een poliklinisch revalidatietraject. Dit vraagt daarmee ook intern om een goede samenwerking (en daarmee sturing) op het niveau van patiëntendoelgroepen.

2.4 Beschouwing

De veranderende 'zorgmarkt' heeft als belangrijk oogmerk de versterking van de vraagkant (van klanten). Dat in de revalidatiebranche productdifferentiatie de generieke strategie is, moge duidelijk zijn uit voorgaande schets. Kortom, meerwaarde voor klanten wordt nagestreefd door een kwalitatief hoogstaand zorgproduct te leveren, waarbij dat nadrukkelijk en toenemend per patiëntendoelgroep een specifieke invulling dient te krijgen. Daarmee staat elk revalidatiecentrum voor de vraag op welke wijze zij dat structureert en organiseert. Sturing geven aan geschetste ontwikkelingen voor meerdere patiëntendoelgroepen is een hele opgave. Bovendien is duidelijk dat het ontwikkelingen betreft waarbij samen optrekken van management en professionals essentieel is. Op welke manieren kan dat georganiseerd worden, binnen welke structuur is dat het beste mogelijk?

In dit kader is een citaat van Porter (1999) van toepassing: "Bedrijven moeten een verdergaande organisatieontwikkeling ondergaan als ze van plan zijn te reageren op de hedendaagse concurrentie. Door het belang van onderlinge relaties is er een groeiende behoefte aan een nieuwe organisatievorm van de onderneming die zowel de verticale als de horizontale dimensies in acht neemt. In plaats van te zoeken naar autonomie, en commissies en andere gezamenlijke pogingen als tijdverspilling te zien, zullen managers van bedrijfseenheden hun opvattingen over wat er bedoeld wordt met het 'managen van hun eigen zaak' moeten wijzigen. De prijs is minder eenvoud, grotere dubbelzinnigheid en in potentie meer conflicten. Maar wanneer deze overgang met succes wordt gerealiseerd, zal men de vruchten ervan plukken in termen van concurrentievoordeel."

En Mintzberg (1998) schrijft: "Wanneer de dynamische omgeving complex is, moet de organisatie decentraliseren naar managers en specialisten die de verschillende aspecten doorgronden; maar zij moeten de vrijheid hebben om flexibel samen te werken in een organische structuur zodat zij op plotselinge veranderingen kunnen reageren."

Het wordt tijd voor een theoretische verkenning, naar verschillende opvattingen over organisatiestructurering en naar een structuringsmodel waarmee een organisatiestructuur ontworpen kan worden.

3. THEORETISCHE OPVATTINGEN OVER ORGANISATIESTRUCTURERING

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft het resultaat weer van een algemene verkenning in de literatuur ten aanzien van het vraagstuk van organisatiestructurering, in het licht van veranderende eisen uit de omgeving en de probleem- en vraagstelling van deze scriptie. De verschillende zienswijzen zijn deels overlappend, maar bieden ieder ook andere, interessante invalshoeken. Het geheel van de verschillende opvattingen kan beschouwd worden als een algemeen onderliggend referentiekader voor de rest van de scriptie.

Allereerst zal in paragraaf 3.2 een korte theoretische typering gegeven worden van de 'professionele bureaucratie', zoals Mintzberg die heeft beschreven. Aansluitend wordt in paragraaf 3.3 ingegaan op de verschillende coördinatieproblemen die Mintzberg ziet ontstaan in organisaties en welke oplossingen dan denkbaar zijn. Paragraaf 3.4 beschrijft in algemene zin een aantal problemen in de differentiatiefase. In paragraaf 3.5 volgt een uitleg over 'horizontaal organiseren' zoals Porter dat kernachtig heeft weergegeven. Paragraaf 3.6 sluit af met een fundamenteel andere zienswijze op organisatiestructurering, namelijk structurering door middel van processturing. De verschillende theoretische beschouwingen worden telkens afgesloten met een korte conclusie, met een verwijzing naar mogelijke consequenties voor de revalidatiecentra.

3.2 Professionele bureaucratie

Mintzberg (2004) gebruikt verschillende configuraties om organisaties te beschrijven. Hij analyseert deze configuraties op basis van de verdeling van arbeid en de coördinatie van de werkzaamheden. Mintzberg stelt dat beide elementen, verdeling van arbeid en coördinatie, in feite tegenstrijdig aan elkaar zijn. Immers, zodra arbeidsverdeling tot stand komt, ontstaat onmiddellijk het vraagstuk van de coördinatie. De structuur van de organisatie kan eenvoudig gedefinieerd worden: 'het totaal van de manieren waarop arbeid is verdeeld in afzonderlijke eenheden, en van de bereikte coördinatie van deze werkzaamheden'. Mintzberg onderscheidt de volgende coördinatiemechanismen:

- *Onderlinge afstemming*: coördinatie door onderlinge communicatie op de werkvloer.
- *Rechtstreeks toezicht*: coördinatie doordat één persoon orders of aanwijzingen geeft aan anderen.
- *Standaardisatie van werkzaamheden*: coördinatie door specificering van de werkzaamheden van mensen wier arbeid met elkaar te maken heeft.
- *Standaardisatie van resultaten*: coördinatie door specificatie van de resultaten van verschillende werkzaamheden.
- *Standaardisatie van bekwaamheden en kennis*: coördinatie van verschillende werkzaamheden door middel van de daarmee verband houdende opleiding van de uitvoerders (zoals bij medisch specialisten).
- *Standaardisatie van normen*: beheersing van het werk via normen (zoals bij een religieuze orde).

Revalidatiecentra kunnen overwegend gekenmerkt worden door de configuratie *professionele bureaucratie*. Het belangrijkste coördinatiemechanisme is *standaardisatie van bekwaamheden en kennis* en kernelement van de organisatie

betreft de *uitvoerende kern* (de professionals). Mintzberg signaleert dat in een professionele bureaucratie thema's als coördinatie, zeggenschap en innovatie vaak problematisch zijn, gelet op specifieke kenmerken van deze configuratie (veel nadruk op autonomie van de professional, sterke gerichtheid op consensus en weinig direct toezicht en standaardisatie van werkzaamheden en resultaten).

Conclusie

Weliswaar enigszins geabstraheerd, laat Mintzberg zien dat het thema van deze scriptie - in zijn termen: arbeidsverdeling en coördinatie - een complex vraagstuk is voor professionele organisaties (zoals revalidatiecentra).

3.3 Structureren van organisaties en verbindingsmiddelen

Mintzberg stelt dat organisaties grofweg ingedeeld kunnen worden naar functie of naar markt.

- *Indeling naar functie*

Voordeel: ruimte voor specialisatie (op afzonderlijke taakgebieden). Nadeel: nadruk op specialisatie leidt de aandacht af van de output in bredere zin. Individuen richten zich op eigen doelen en niet die van de organisatie in het algemeen. De functionele structuur mist een ingebouwd mechanisme om de werkzaamheden en taken te coördineren. De structuur is onvolledig en er moeten aanvullende methoden voor de coördinatie gevonden worden. Waarbij de natuurlijke neiging bestaat om problemen naar een hoger hiërarchisch niveau te tillen. Nadeel daarvan is dat dit niveau te ver van het probleem af staat.

- *Indeling naar markt*

Voordeel: flexibeler om in te spelen op de markt. Echter: gevaar van minder specialisatie (op deeltaken). Bovendien is een nadeel van de marktstructuur dat schaalvoordelen afnemen.

Zoals in de vorige paragraaf al genoemd, zal elke vorm van arbeidsverdeling leiden tot coördinatievragen. Mintzberg noemt verschillende verbindingsmiddelen ten behoeve van de onderlinge coördinatie en samenhang:

- *Liaisonposities*

Wanneer veel contact nodig is om het werk van twee eenheden te coördineren, kan formeel een liaisonpositie in het leven geroepen worden, zodat de communicatie niet via de verticale kanalen verloopt, maar rechtstreeks.

- *Taakgroepen en vaste commissies*

Een taakgroep is een commissie die gevormd wordt om een speciale taak uit te voeren en vervolgens ontbonden wordt. Een vaste commissie is een inter-departementale groep van meer permanente aard, die regelmatig bijeenkomt om gemeenschappelijk zaken te bespreken.

- *Integratiemanagers*

Integratiemanagers hebben in feite een liaisonpositie met formeel gezag. De formele macht omvat altijd een aantal aspecten van het besluitvormingsproces dat betrekking heeft op meerdere afdelingen, maar de integratiemanager heeft per definitie nooit formeel gezag over het personeel van de afdelingen in kwestie.

- *Matrixstructuren*

Geen enkele structuur kan alle samenhang en relaties tussen eenheden opvangen. Zowel de functionele als de marktindeling hebben ieder voor- en nadelen. Gebruikelijk zijn er drie manieren om daarmee om te gaan: hiërarchische structuur, lijn- en staf-structuur en liaisonstructuur (bijvoorbeeld taakgroep). Een vierde manier is de matrixstructuur, waarbij de organisatie niet hoeft te kiezen tussen de verschillende bases voor groepering; in plaats daarvan wordt voor beide gekozen. Kortom: er wordt 'van twee walletjes gegeten'. Een dubbele gezagsstructuur ontstaat en het principe 'eenheid van leiding' wordt verlaten. Slechts 'volwassen' organisaties zijn in staat deze structuur te hanteren. Overigens zie je deze structuur overal terug, echter niet geformaliseerd. Het is een structuur die geschikt is voor informele onderhandelingen tussen gelijken in plaats van toevlucht te nemen tot formeel gezag. Randvoorwaarden zijn: uitstekende sociale vaardigheden en een hoge tolerantie voor ambiguïteit.

Verbindingsmiddelen worden in het algemeen gebruikt daar waar de werkzaamheden tegelijkertijd horizontaal gespecialiseerd, complex en sterk onderling afhankelijk zijn. De verbindingsmiddelen lijken het meest geschikt voor werk dat op het middenniveau van de organisatie wordt uitgevoerd en waarbij veel lijnmanagers en stafspecialisten betrokken zijn.

Conclusie

De ontwikkelingen zoals in hoofdstuk 2 geschetst, hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat ze een specifieke invulling moeten krijgen op het niveau van patiëntendoelgroepen. Dat zou kunnen betekenen dat de organisatiestructurering een verschuiving dient door te maken in de richting van een 'marktstructuur'. De precieze keuze zal vervolgens bepalend zijn voor de aanvullende 'verbindingsmiddelen', ten behoeve van gewenste coördinatie.

3.4 Problemen in de differentiatiefase

Makin, Cooper en Cox (1997) beschrijven dat elke organisatie die groeit en waarbij de omgeving turbulenter wordt een manier van verdere differentiatie gaat toepassen. Communicatie wordt dan een belangrijk aandachtspunt en tevens knelpunt. Om dat te ondervangen ontstaat bij aanvang van de differentiatiefase veel aandacht voor procedures en protocollen die de noodzaak van persoonlijk toezicht elimineren.

De formele communicatielijnen in de gedifferentieerde organisatie raken al snel overbelast. Geleidelijk wordt de organisatie te log om zich aan omgevingsinvloeden aan te passen. Er wordt wel beweerd dat de dinosaurus zo weinig effectief was dat het dier pas merkte dat zijn staart was afgehakt toen de jager zich al een kilometer verderop bevond. Een manier om de overbelasting aan te pakken is files te vormen, met als gevolg vertraging en toename van fouten. Organisaties gaan in zo'n situatie over op vormen van decentralisatie. Gebruikelijk is dan een hybride vorm, waarin sommige functies worden gedelegeerd en sommige niet.

Door werknemers meer autonomie en verantwoordelijkheid te verlenen en klanten het gevoel te geven dat ze gewaardeerd worden (in casu beter in te spelen op vragen van klanten), wordt getracht de nadelen van decentralisatie (rivaliteit en disfunctionele conflicten) weg te nemen.

Voor een geïntegreerde organisatie gelden twee belangrijke kenmerken: verbindingsschakels en matrix. In geval men kiest voor verbindingsschakels geldt nog altijd als uitgangspunt de traditionele hiërarchie. Echter, een structuur van

verbindingsschakels is toegevoegd. Kortom, de premisse is nog steeds dat autoriteit en verantwoordelijkheid langs de hiërarchie gedelegeerd wordt. De doelen worden derhalve met de niveaus boven en direct onder geformuleerd. In matrixstructuren daarentegen verdwijnen de traditionele ideeën van gezag en verantwoordelijkheid. Niemand heeft permanent de leiding, maar het systeem kan zowel het dagelijkse management als noodsituaties aan. Daarmee is de matrix-structuur een veeleisende, maar ook zeer effectieve structuur.

Conclusie

Later in deze scriptie wordt duidelijk dat het gemiddelde revalidatiecentrum een duidelijk voorbeeld is van wat hierboven als een 'geïntegreerde organisatie' wordt aangeduid. Daarmee kennen zij de opgave om een vorm te zoeken die recht doet aan het spanningsveld tussen 'centraal' en 'decentraal' en ruimte biedt voor een adequate communicatiestructuur.

3.5 Horizontaal organiseren

Porter (1999) beschrijft de zogenaamde 'horizontale organisatie'. Hij stelt daarin dat de horizontale organisatie de bedrijfseenheidstructuur overtrekt en de samenwerking tussen bedrijfseenheden vergemakkelijkt. Elk bedrijf met betekenisvolle onderlinge relaties heeft een horizontale ondernemingsorganisatie nodig om zijn verticale organisatie aan te vullen. De horizontale organisatie overtrekt een verzameling mechanismen in de verticale organisatie om er zeker van te zijn dat onderlinge relaties die een concurrentievoordeel opleveren, geëxploiteerd worden. Het resultaat is niet een matrixorganisatie, maar (onafhankelijke) bedrijfseenheden die door organisatorische middelen en een verzameling gedeelde waarden verbonden zijn. Hoewel de autonomie van de bedrijfseenheden op den duur in het gedrang kan komen, is het echte doel van een horizontale organisatie het herdefiniëren van de autonomie van bedrijfseenheden in termen die voor het algehele succes van het bedrijf bevorderlijker zijn. Door Porter worden vervolgens enkele belemmeringen genoemd om te komen tot 'onderlinge coördinatie':

- *Asymmetrische voordelen*

Onderlinge relaties worden geweerd omdat de voordelen ervan asymmetrisch zijn of lijken.

- *Verlies van autonomie en controle*

Weerstand wordt geboden om vermeend verlies aan autonomie te vermijden. Mogelijke redenen: bewaking van het eigen gebied, angst om opgezadeld te worden met een 'zustereenheid' waar men niet vanaf kan bij tegenvallende prestaties, conflicten over prioriteiten bij gedeelde activiteiten.

- *Bevooroordeelde aansporingsystemen*

Ontstaat bijvoorbeeld bij het bestaan van gebrek aan vertrouwen in de bijdragen aan andere eenheden.

- *Verschillende omstandigheden van bedrijfseenheden*

Het geval bij bijvoorbeeld sterke identiteiten van bedrijfseenheden, verschillende culturen en managementverschillen, verschillende procedures en geografische scheiding.

- *De vrees om zich met decentralisatie in te laten*

Ook het bedrijfsmanagement kan terughoudend zijn om zich in te laten met decentralisatie. Porter noemt o.a. het verlangen naar een consistente organisatie (terwijl onderlinge relaties impliceert dat er verschillen gaan bestaan in organisaties) en de vrees dat onderlinge relaties bijna onvermijdelijk de duidelijke lijnen van autoriteit en verantwoordelijkheid bij bedrijfseenheden verduisterd.

Een zuiver verticale organisatiestructuur van de onderneming is onvoldoende om te waarborgen dat nuttige onderlinge relaties herkend en bereikt zullen worden. In een bedrijf moet er een evenwicht gevonden worden tussen de verticale en horizontale elementen, als het potentieel aan onderlinge relaties ontketend moet worden.

Belangrijke organisatorische middelen om de horizontale organisatie te stimuleren, aldus Porter, zijn commissies en taakgroepen. Constructen die bedrijfseenheden doorkruisen zijn overigens moeilijk te managen. Een zorgvuldig ontwerp van organisaties die bedrijfseenheden doorkruisen, is noodzakelijk. Er moet vanuit het haaks op de bedrijfseenheden staand construct gerapporteerd worden aan de senior leidinggevende van een lijn. De haaks op bedrijfseenheden staande organisatie moet ook geleid worden door een geloofwaardig leidinggevende. Bij een bedrijf met belangrijke onderlinge relaties zal het eenvoudigweg overwinnen van het cynisme jegens commissies die het doorkruisen, een zeer belangrijk concurrentievoordeel opleveren.

Porter pleit er vervolgens voor om ook een vorm van horizontale planning en control te introduceren, waarbij commitment vanuit de bedrijfseenheden essentieel is. Ook is relevant om de horizontale afstemming te bevorderen via het personeel. Bijvoorbeeld via rouleren van personeel, bijeenkomsten die de bedrijfseenheden doorkruisen of scholing op het gebied van concepten van onderlinge relaties.

Tenslotte is een wezenlijk aspect van de horizontale organisatie het vermogen om conflicten op te lossen aangaande de managementprocessen. Elke succesvolle organisatiestructuur combineert formele structuren en systemen met de continue processen waardoor managers met elkaar contact houden. Het realiseren van onderlinge relaties brengt vrijwel altijd het delen van zeggenschap, de behoefte aan regelmatige coördinatie en een subjectieve prestatiebeoordeling met zich mee. Daardoor is het vermogen om conflicten op te lossen van vitaal belang voor het realiseren van onderlinge relaties.

Conclusie

Sturen op patiëntendoelgroepen betekent in feite dat aparte 'eenheden' (product-marktcombinaties) gaan ontstaan en steeds meer versterkt worden. Door middel van deze specialisatie kan beter ingespeeld worden op de specifieke vragen van patiëntendoelgroepen. Het gevaar is dan dat de focus te eenzijdig gericht is op de 'eigen doelgroep', terwijl samenwerking binnen de organisatie om diverse redenen van eminent belang blijft. Het management zal daarom alert moeten blijven op de (kwaliteit van de) 'horizontale dwarsverbindingen'.

3.6 Processturing

De commissie 'Het ziekenhuismanagement van overmorgen' schrijft reeds in 1996 in haar aanbevelingen aan de NVZ: "Het is van belang te komen tot een omzetting van de dienstenstructuur in een procesmatige structuur. De dienstenstructuur, vormgegeven rond bepaalde professionele groeperingen in het

ziekenhuis, leidt ertoe dat de prioriteitenstelling en de beschikbaarstelling van middelen niet zozeer bepaald wordt door de zorgbehoefte en de in het licht van de marktontwikkelingen gekozen strategie, maar op grond van de professionele autonomie gekozen eisen en wensen. Niet de klant, maar de professional is koning. Derhalve is een omzetting nodig van een dienstenstructuur naar een procesgerichte structuur, opgezet vanuit een patiënt-georiënteerd model. Een kanteling richting een patiëntgeoriënteerde structuur bevordert de integratie van professionals in de ziekenhuisorganisatie. Immers, vanuit een zorg-procesmatige opzet zal een adequate afstemming tussen de professionals niet kunnen ontbreken. Zij zijn ook nodig om de gewenste transparantie in de zorgverlening te realiseren. De verantwoordelijkheid die op deze wijze voor professionele eenheden wordt gecreëerd, kan leiden tot een nauwere betrokkenheid bij het organisatiebelang”.

Dorr (2002) schrijft: “De hark zit diep ingesloten in ons denken. Ze maakt onderdeel uit van de machinemetafoor van de organisatie. De organisatie is van tevoren ontworpen in afdelingen, taken en functies. Daarin passen weer mensen. Alle radertjes grijpen op elkaar in en als je het sleuteltje omdraait start de machine en begint te produceren. Organiseren volgens het organisatieschema is echter slechts een deel van de werkelijkheid. We kennen de coördinatie- en samenwerkingsproblemen tussen afdelingen, met een duur woord interfaces binnen de organisatie. We weten ook dat veel fouten in ons werk te maken hebben met slechte communicatie, slechte werkafspraken, langs elkaar heen werken, etc. Bij procesmanagement staat de werkstroom centraal. Procesmanagement stelt de vraag hoe het werk precies verloopt centraal, posities zijn daarvan afgeleid en dus van secundair belang. Waar het organisatieschema in verticale termen en hiërarchie denkt, haalt procesmanagement de horizontale werkstromen naar voren. Procesmanagement is daarom een op zichzelf staande visie op management en organisatie. Hoewel veel organisaties aandacht richten op processen, worden processen nog weinig met elkaar verbonden. Procesmanagement wordt ook nog nauwelijks tot een integrale besturingsfilosofie gemaakt.”

Visie op procesmanagement

Bij invoering van procesmanagement gaat het om drie principes:

‘klantgerichtheid’, ‘horizontaal organiseren’ en ‘empowerment en delegeren’.

Bij klantgerichtheid gaat het om de vraag aan welke resultaten de klant behoefte heeft. Door bij de klant te beginnen wordt de basis gelegd voor een systematiek van processen die extern gericht is. Op organisatieniveau betekent dit dat primaire processen die resultaten voor klanten opleveren centraal staan. (Ondersteunende processen ontleen hun functie aan het faciliteren van de primaire processen.)

Voor veel organisaties is het werken volgens processen niets anders dan het vastleggen van ‘hoe we werken’. In feite betekent dit dat de oude hiërarchische, functionele organisatie in procesvoorschriften, protocollen en regels wordt bevestigd. Bij procesmanagement is echter de stroom van processen bepalend. Dat betekent een fundamenteel andere inrichting van de organisatie. Processen lopen meestal door meerdere afdelingen heen, zonder bewaking en sturing. Wanneer deze processen op elkaar worden aangesloten, gaan medewerkers zich rond het proces organiseren. Dit zal leiden tot andere ‘structuren’ binnen de staande organisatie. We noemen dit: horizontaal organiseren. Kortom, in dat geval volgt uiteindelijk de structuur het proces.

Voorname processen vormen het fundament voor empowerment en delegeren. Het wordt mogelijk de zeggenschap over deze processen aan medewerkers of teams over te laten, wanneer van een proces klanten, resultaten en procesgetallen bekend zijn. Leidinggevers kunnen dan makkelijker loslaten en medewerkers zullen makkelijker hun verantwoordelijkheid nemen.

Verticaal organiseren	Horizontaal organiseren
'Hark'	Processtromen
De hiërarchie 'heeft gelijk'	Het proces 'heeft gelijk'
Statisch	Dynamisch
Managementlagen	Platte organisatie
Je taak doen	Resultaat boeken
Alleen werken	Teamwork

Tenslotte enkele ordeningsprincipes van procesgerichte structurering (Koning):

- *Ordering naar markt/behoeftecategorie*
Hierbij kan gedacht worden aan patiëntencategorieën, vraagcategorieën (bv. klinische behandeling, kortdurende opname, dagklinische behandeling, poliklinische behandeling), planbaarheidscategorieën, complexiteitscategorieën en dergelijke.
- *Ordering naar operationeel samenhangende functies*
Producten en diensten die een nauwe samenhang vertonen, zoals verpleegafdelingen, apotheek, intensive care en dergelijke.
- *Ordering naar patiëntlogistiek/zorgketen*
De gang van de patiënt door het ziekenhuis. Deze logistiek omvat derhalve zowel klinische als poliklinische activiteiten.

Koning stelt: "Herschikking van de organisatiestructuur ten behoeve van procesverbetering, gebaseerd op clustering rond markten/producten en processen creëert niet alleen betere voorwaarden voor afdelingsoverstijgende samenwerking tussen de verschillende beroepsbeoefenaren, maar het voorziet ook in een betere samenwerking tussen het management en professie."

Conclusie

Processturing zal meer aandacht gaan krijgen binnen revalidatiecentra. De toenemende noodzaak tot positionering in de keten, de noodzakelijke verbeteringen op het gebied van zorglogistiek, de toenemende aandacht voor de kostenkant (met een financiering op basis van DBC's waarbij de werkelijke kosten per patiënt echt gaan tellen, en dus efficiencyoverwegingen meer gewicht gaan krijgen) en de beoogde HKZ-certificering: allemaal ontwikkelingen die processturing z'n intrede laten doen. Het tempo zal verschillen, afhankelijk van het tempo van de geschetste ontwikkelingen danwel de mate waarin een revalidatiecentrum processturing bewust als leidend sturingsmodel zal gaan hanteren.

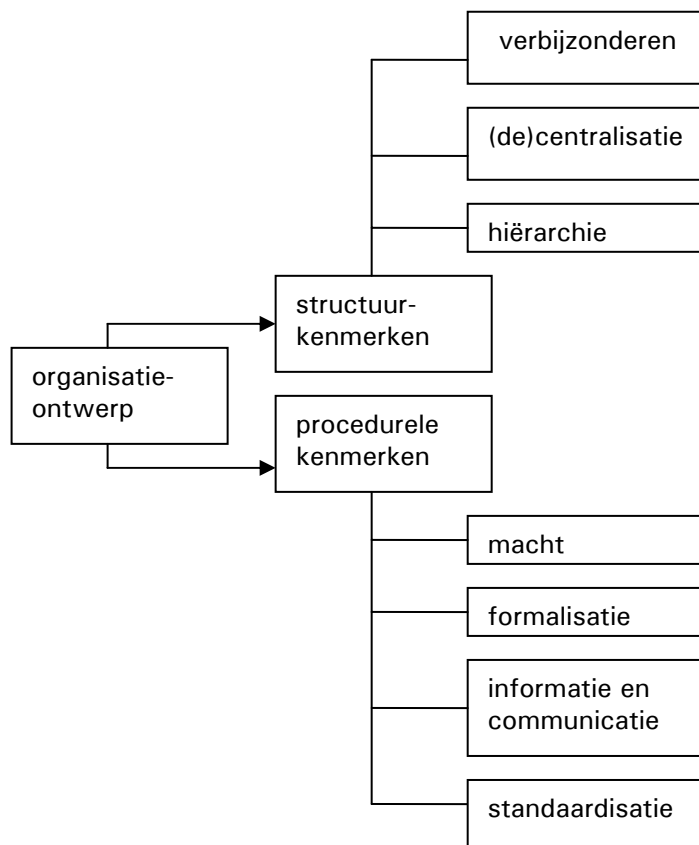
3.7 Afsluiting

De theorie in deze scriptie zal, na voorgaande meer algemene beschouwingen, een meer toegespitst vervolg krijgen in hoofdstuk 4. Daarin zal een model worden geschetst waarmee, aan de hand van de verschillende structuurvariabelen van het model, de structurering van organisaties vorm kan krijgen.

4. STRUCTURERINGSMODEL

4.1 Inleiding

Keuning en Eppink (2004) stellen dat bij het ontwerpen van een organisatie-structuur de vraag centraal staat hoe, gegeven een specifieke Ausgangssituation, de organisatie het beste kan worden opgebouwd. Om activiteiten soepel te laten lopen dienen deze in goede banen te worden geleid. Daarvoor zorgt de organisatiestructuur. De voortgang van werkzaamheden in de verschillende deelprocessen dient zo goed mogelijk te verlopen en mag niet willekeurig of onnodig worden onderbroken. Om dit te bereiken dient vooral aandacht te worden besteed aan de onderlinge samenhang tussen de verschillende activiteiten en deelprocessen. De organisatieontwerper dient dus zowel de *arbeidsverdeling* als de *coördinatie* in het oog te houden. Een goed ontworpen organisatiestructuur is voor de leiding een onmisbaar hulpmiddel om de verschillende bedrijfsprocessen in goede banen te leiden. De noodzaak om over te gaan tot arbeidsverdeling enerzijds en de noodzaak tot afstemming van de verbijzonderde activiteiten anderzijds, vormen één van de belangrijkste vraagstukken van organisaties. Litterer (uit: Jägers en Jansen, 1991) noemt dit vraagstuk één van de hoofdbrekende paradoxen van organisaties. Om succesvol te zijn moeten organisaties op een effectieve wijze verbijzonderen in onderdelen en tegelijkertijd moeten zij een goede integratie tussen die onderdelen realiseren. Voor de beschrijving van een concreet structureringsmodel wordt geput uit het boek van Jägers en Jansen (1991). Jägers en Jansen hanteren bij het ontwerp van de structuur een tweetal kenmerken: structuurkenmerken en procedurele kenmerken. In de volgende twee paragrafen worden beide kenmerken verder uitgewerkt.



Figuur 1: *Structureringsmodel ten behoeve van organisatieontwerp*

4.2 Structuurkenmerken

De volgende structuurkenmerken zijn te onderscheiden:

- verbijzondering
- (de)centralisatie
- hiërarchie

Eén van de belangrijkste keuzes die bij structurering moet worden gemaakt, betreft de wijze waarop men de activiteiten van een organisatie gaat *verbijzonderen*. Bij verbijzondering worden in een afdeling die taken gebundeld, die de grootste onderlinge samenhang vertonen. Taken, mensen en middelen worden volgens bepaalde uitgangspunten in afdelingen geplaatst. Bij *(de)centralisatie* gaat het om de vraag in welke mate taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op een bepaald niveau in de organisatie zijn of moeten worden geplaatst. Het kenmerk *hiërarchie* betreft het aantal hiërarchische lagen in de organisatie en de omvang van de afdeling. De belangrijkste functie van een hiërarchisch niveau is de afstemming van activiteiten van onderliggende afdelingen.

Structurering met behulp van bovengenoemde structuurkenmerken wordt de *primaire structurering* genoemd. Toepassing van deze structuurkenmerken houdt tegelijkertijd ook coördinatie in. We staan nader stil bij de genoemde structuurkenmerken.

Structuurkenmerk: Verbijzondering

- *naar product of dienst (P)*

Alle activiteiten die zich richten op een bepaald product of dienst worden bij elkaar in één afdeling c.q. onderdeel geplaatst. In principe is men niet afhankelijk van andere onderdelen van een organisatie. In feite is er sprake van een ingebouwde interne coördinatie en interactie in de groep, waardoor problemen tamelijk snel kunnen worden opgelost. Een ander belangrijk voordeel kan zijn dat het organisatieonderdeel een goed overzicht kan houden over het voor haar relevante marktsegment. Er kunnen echter ook meer kosten ontstaan. Immers, elk onderdeel heeft z'n eigen (ondersteunende) onderdelen. Dat kan betekenen dat de organisatie als totaal meer (ondersteunende) middelen in z'n bezit heeft dan eigenlijk nodig is.

- *naar functie (F)*

Het gaat hier om het samenvoegen van gelijksoortige activiteiten naar de aard van de te verrichten handelingen, ofwel naar de fasen van de te verrichten bewerkingen. Dit is ongeacht het soort product of dienst (P), de markt (M) of het geografisch gebied (G). Hierdoor ontstaan afdelingen waarin samenhangende functies bij elkaar zijn geplaatst. Voorbeelden zijn: inkoop, personeel, financiën. Een groot voordeel is de concentratie van deskundigheid en kennis op het betreffende vakgebied. Veelal gaat het om deskundigheid die ten dienste staat van andere afdelingen.

- *naar doelgroep (M)*

Hierbij worden alle activiteiten die gericht zijn op één specifieke doelgroep in één afdeling geplaatst. Het grote voordeel ligt in het zich snel en precies kunnen aanpassen aan en inspelen op de eisen van de omgeving. De vraag van de klant staat centraal in deze ordening. Belangrijk nadeel kan zijn dat onderdelen het belang van de specifieke doelgroep belangrijker gaan vinden dan de andere

doeleinden van de organisatie. Samenwerking met andere organisatieonderdelen kan dan ten koste gaan van de sterke gerichtheid op de eigen klantengroep.

- *naar geografische plaats (G)*

Hierbij worden bedrijfsonderdelen geordend naar geografische plaats. Bij een G-indeling kan direct ingespeeld worden op plaatselijke omstandigheden en is sprake van korte communicatielijnen (in betreffende regio).

Structuurkenmerk: (De)centralisatie

Het belangrijkste criterium om te centraliseren is de noodzaak tot het handhaven van de eenheid van leiding. Decentralisatie is de overdracht van taken en het toekennen aan een lager orgaan van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden die voor goed functioneren nodig zijn. Het centrale niveau blijft echter wel een functionele bevoegdheid behouden, die echter niet verder gaat dan het geven van aanwijzingen op een bepaald deskundigheidsgebied over de wijze van uitvoering. (Er is sprake van delegatie wanneer daarnaast ook bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn overgedragen.)

Mintzberg (uit: Jägers en Jansen, 1991) benadrukt dat centralisatie en decentralisatie niet als twee absolute elementen moeten worden gezien, maar als uiteinden op een continuüm. Het gaat in de organisatie dus om een mate van centralisatie én om een mate van decentralisatie. Keuning en Eppink (uit: Jägers en Jansen, 1991) geven een aantal waardevolle richtlijnen:

- Wie beschikt over de informatie benodigd voort het nemen van een bepaalde beslissing, of wie kan daarover snel en gemakkelijk beschikken?
- Wie beschikt over de bekwaamheden en deskundigheden om een goede beslissing te nemen?
- Moeten spoedbeslissingen op de plaats zelf worden genomen om adequaat aan lokale omstandigheden tegemoet te komen?
- Moeten lokaal te verrichten activiteiten gecoördineerd worden met andere, eventueel elders te verrichten handelingen?
- Hoe belangrijk is de beslissing?
- Wordt de bereidheid tot het ontwikkelen van initiatief en het moreel in belangrijke mate verbeterd door decentralisatie?

Centralisatie heeft als voordeel dat het tegemoet komt aan de behoefte aan coördinatie. Het grote voordeel van decentralisatie is dat de top van een organisatie wordt ontlast van het nemen van beslissingen die niet op haar niveau liggen. Men voorkomt hiermee overbelasting van de hiërarchische communicatiekanalen. Voorts geldt dat voor medewerkers decentralisatie motiverend en stimulerend kan werken.

Structuurkenmerk: Hiërarchie

- *lijnorganisatie*

Het betreft de meest klassieke vorm van een hiërarchische opbouw waarin de verdeling van leiding en uitvoering wordt geregeld. De structuur heeft een duidelijke piramidale opbouw. Leiding en bevelvoering gaan van boven naar beneden. Iedere medewerker heeft één chef, van wie hij opdracht ontvangt en aan wie hij verantwoording dient af te leggen. Voordeel is dat de coördinatie via de leiding wordt geregeld. Een nadeel is de overbelasting van de leidinggevende, omdat uiteindelijk alle beslissingen aan hem worden voorgelegd. Het

hiërarchische kanaal kan daardoor verstopt raken en door de lange lijnen kan vertekening van informatie optreden. Een ander nadeel schuilt in het feit dat leidinggevendenden op het terrein van specifieke deskundigheden te kort zullen schieten.

- *lijn- en staforganisatie*

Vooraf bij vraagstukken van strategie en beleid of het uitvoeren hiervan kan een lijnfunctionaris zich laten bijstaan door staffunctionarissen. Het voordeel is dat door de inbreng van de staffunctionaris de leidinggevende meer gefundeerde afgewogen beslissingen kan nemen. De staf heeft een adviserende rol.

- *projectorganisatie en matrixorganisatie*

Vanaf de jaren '50 bleek dat in sommige gevallen de traditionele lijn- en staforganisaties niet meer in staat waren om voor voldoende coördinatie te zorgen bij ingewikkelde problemen. In deze tijd ontstonden de project- en matrixorganisaties. In feite komen deze organisaties voort uit de traditionele organisatie waar men de verbijzondering naar product of functie of klantengroep kent. Een projectorganisatie is zeer resultaatgericht. Een belangrijk voordeel van deze organisatievorm is de mogelijkheid van een betere aanpak van interdisciplinaire vraagstukken. Een ander voordeel is het vergroten van mogelijkheden tot innovatie. Het biedt daarnaast ook kansen en mogelijkheden voor de ontplooiing van medewerkers. Een projectorganisatie is een tijdelijk verband. Wanneer het beoogde resultaat van het project is beëindigd, vervalt het bestaan van het projectteam.

De matrixorganisatie is een permanente projectorganisatie. Dat wil zeggen, een organisatie waarin activiteiten via projecten worden gestuurd en de horizontale bevelslijnen naast de verticale zijn vastgelegd in de structuur. Bij een matrixorganisatie gaat het niet om een eendimensionale hiërarchische structuur, maar om een twee- of meerdimensionale structuur. Het is een ingewikkelde organisatievorm, die echter als voordeel heeft dat op meer dimensies kan worden gestuurd en de organisatie daardoor flexibeler wordt. Het grote nadeel is de complexere structuur en het feit dat mensen in deze structuur snel kunnen 'verdwalen'.

4.3 Procedurele kenmerken

Bij elke primaire structurering blijven echter altijd coördinatieproblemen bestaan. Om deze te kunnen opvangen zijn aanvullende coördinatiemechanismen nodig. Deze worden in het structureringsmodel van Jägers en Janssen de procedurele kenmerken genoemd. De volgende procedurele kenmerken zijn te onderscheiden:

- macht
- formalisatie
- standaardisatie
- communicatie en informatie

De procedurele kenmerken kunnen als het cement van de organisatie opgevat worden. (De eerdergenoemde structuurkenmerken zijn dan de bouwstenen.) De procedurele kenmerken bieden de mogelijkheid het ontwerp af te maken. Ook in de primaire structuur wordt gestreefd naar het zoveel mogelijk oplossen van coördinatieproblemen. Maar de primaire structurering kan dit coördinatieprobleem nooit geheel oplossen. We staan nader stil bij de genoemde procedurele kenmerken.

Procedureel kenmerk: Macht

Het procedurele kenmerk macht is te omschrijven als een systeem van machtsrelaties binnen een gegeven organisatiestructuur en de mate waarin de ene partij invloed kan uitoefenen op de andere partij. De personen met macht kunnen in de organisatie 'de neuzen dezelfde kant op laten wijzen'. Er zijn voor macht verschillende 'bronnen': hiërarchische positie, de beschikbaarheid over bronnen, deskundigheid en toegang tot machtscentra.

Procedureel kenmerk: Formalisatie

Formalisatie kan gedefinieerd worden als het maken van voorschriften en regels om hiermee te zorgen voor duidelijkheid, zekerheid en coördinatie. Tussen formalisatie en doelmatigheid bestaat een positieve samenhang wanneer formalisatie bijdraagt aan duidelijkheid, zekerheid en rust. Echter, wanneer de formalisatie te ver wordt doorgevoerd is de samenhang met doelmatigheid negatief. In dat geval krijgt de organisatie het karakter van een bureaucratie.

Procedureel kenmerk: Standaardisatie

De mate waarin het gedrag van functionarissen of organisatieonderdelen vooraf is 'geprogrammeerd'. Door standaardisatie kunnen medewerkers meer onafhankelijk van elkaar hun taken uitvoeren en hoeft de leiding niet steeds te coördineren en bij te sturen. Standaardisatie vergemakkelijkt de coördinatie en vermindert de kans op onzekerheden en onverwachte gebeurtenissen.

Procedureel kenmerk: Communicatie en informatie

Galbraight (uit: Jägers en Jansen, 1991) heeft zich de vraag gesteld hoe organisaties ontworpen moeten worden. Hij gaat daarbij uit van de taken die de organisatie moet uitvoeren. Hoe groter de onzekerheid over een bepaalde taak, des te groter is de hoeveelheid informatie die door besluitvormers moet worden verwerkt. Een organisatie beschikt vaak over te weinig mogelijkheden om de informatie goed te verwerken. Wanneer informatie langs de hiërarchische kanalen van de organisatie geleid wordt, worden snel de grenzen bereikt van de opname- en verwerkingscapaciteiten van deze kanalen. Dit dwingt organisaties om naar andere mechanismen in de structuur om te zien.

De toenemende dynamiek en complexiteit van de omgeving veroorzaken een grotere onvoorspelbaarheid en onzekerheid voor een organisatie. Het verzamelen en verwerken van informatie over ontwikkelingen in de omgeving is van levensbelang voor een organisatie geworden. Informatie wordt dan een sleutelbegrip.

Op strategisch niveau is informatie ondermeer een bron voor beslissingen op langere termijn, op tactisch niveau geeft zij richting aan te ondernemen activiteiten ter realisatie van specifieke beleidsplannen en op operationeel niveau stuurt informatie werkprocessen aan.

Communicatie verzorgt de afstemming van activiteiten en draagt bij tot de zekerheid over de taakuitvoering. In het oplossen van coördinatieproblemen is communicatie daarom erg belangrijk. Communicatie kan topdown plaatsvinden, of juist binnen een netwerk waarbinnen veel uitwisseling plaatsvindt en beslissingen op verschillende niveaus plaatsvinden.

Bij operationele beslissingen is het effectiever de lagere niveaus in de organisatie een zekere mate van vrijheid te geven, in overeenstemming met de aard van het productieproces. De hiërarchische lijn hoeft dan niet onnodig te worden

ingeschakeld, waardoor overbelasting en blokkeringen worden voorkomen. Tevens kan het tegemoetkomen aan de voldoening van medewerkers. Communicatie kan zowel formeel als informeel zijn. Beide elementen zijn essentieel. Ook de informele communicatiestructuur draagt bij tot de afstemming van activiteiten en tot het verminderen van onzekerheden.

4.4 Afsluiting

Wanneer een verschuiving optreedt in de omgeving met veranderende eisen aan revalidatiecentra, kan het zinvol zijn om de verschillende orderingsvariabelen kritisch onder de loep te nemen. Is de structurering van de organisatie nog adequaat met het oog op de andere eisen die aan de centra worden gesteld? Een standaardrecept is niet voorhanden, elke vorm van verbijzondering houdt tevens in de noodzaak aandacht te geven aan de interne coördinatie. Zoals Keuning en Eppink (2004) ook aangeven: de veronderstelling dat er één beste manier van organiseren en leidinggeven bestaat, berust op een misvatting. Situaties vertonen onderling grote verschillen. Situatiekenmerken zijn dan ook medebepalend welke manier passend is. Dat geldt ook voor het organisatieontwerp. Keuning en Eppink stellen dat een organisatiestructuur in essentie vooral opgevat dient te worden als een (veelal ingewikkeld) afsprakenstelsel dat tot stand moet worden gebracht. De organisatiestructuur is ook niet zomaar hetzelfde als het organisatieschema (organogram).

Hiermee wordt dit hoofdstuk afgesloten. In het volgende hoofdstuk wordt een overstap gemaakt naar de praktijk. Sturen revalidatiecentra op patiënten-doelgroepen en op welke wijze hebben zij dat gestructureerd en gecoördineerd?

5. STRUCTURERING EN COÖRDINATIE IN DE REVALIDATIECENTRA IN RELATIE TOT SPECIALISATIE

5.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken is volop ruimte gegeven aan de theorie: verschillende theoretische opvattingen over structurering en een structureringsmodel waarmee organisatiestructuren kunnen worden ontworpen en/of geanalyseerd, zijn aan bod geweest. In dit hoofdstuk staat de praktijk centraal. Paragraaf 5.2 beschrijft het analysemodel aan de hand waarvan de informatie uit die praktijk geordend zal worden. Middels een quick scan bij alle revalidatiecentra in Nederland en aansluitend vijf interviews is onderzocht op welke wijze revalidatiecentra zijn gestructureerd en welke zienswijzen daaraan ten grondslag liggen. Ter illustratie en vergelijk is ook een tweetal andere zorgaanbieders bezocht. In de quick scan (paragraaf 5.3) en in de interviews (paragraaf 5.4) stond het structurering- en coördinatievraagstuk, in relatie tot sturing op patiëntendoelgroepen, centraal. Bij elkaar genomen ontstaat een duidelijker beeld van de manier waarop de revalidatiecentra omgaan met het onderhavige thema en welke overwegingen daarbij zoal meespelen. Het hoofdstuk sluit af met enkele beschouwingen ten aanzien van de resultaten van het onderzoek (paragraaf 5.5).

5.2 Analysemodel

Er zijn meerdere dimensies die in onderlinge samenhang de manier weergeven waarop een organisatie is ingericht. Wanneer we dit vertalen naar het onderwerp van deze scriptie gaat het om de vraag op welke wijze de verschillende dimensies een rol spelen wanneer de focus is of wordt gericht op het sturen op patiëntendoelgroepen. Belangrijke dimensies zijn:

- *Strategie*

Strategie vertaalt de missie/visie van een organisatie in concrete doelstellingen die de organisatie wil verwezenlijken.

Later in deze scriptie zullen we zien dat de keuzes die gemaakt worden ten aanzien van de structurering van een organisatie, in sterke mate afhangen (of zou moeten afhangen) van de strategische koers van de organisatie.

- *Systemen*

Systemen zijn onder andere middelen, regels en procedures waarmee het dagelijks functioneren gestuurd wordt.

In een periode waarin vanuit de omgeving andersoortige eisen gesteld worden en waarbij vraagsturing gestimuleerd wordt middels gereguleerde marktwerking, zijn (aanvullende) systemen nodig om als organisatie adequaat te kunnen reageren. Managementinformatie wordt steeds belangrijker, ICT-toepassingen worden onontbeerlijk. Protocollen, richtlijnen en procedures (formalisatie) zullen nodig zijn om de complexere interne organisatie stuurbaar te houden.

- *Cultuur*

Cultuur bevat de gemeenschappelijke waarden en normen van de medewerkers en de daaruit voortvloeiende manieren van doen.

Een sterke nadruk op consensus en democratische besluitvorming binnen professionele organisaties werkt soms vertragend en kost erg veel energie en tijd. De slagvaardigheid neemt daardoor af. Tegelijkertijd is het blijvend streven naar

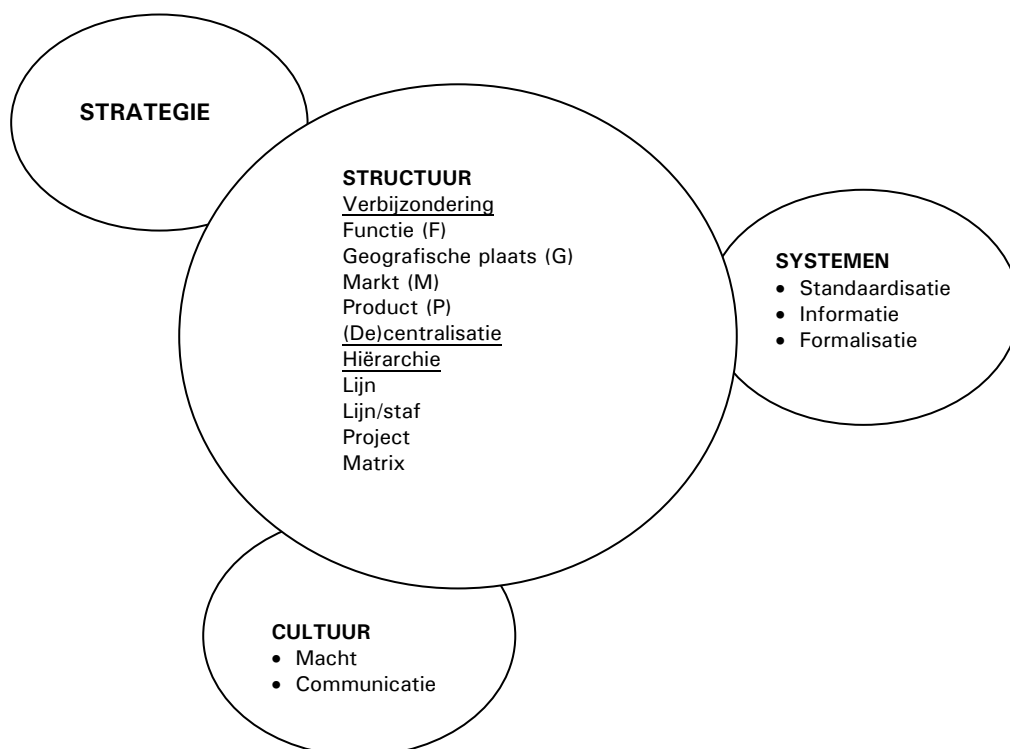
een kwalitatief hoogwaardige zorg een bindend element van en tussen de professionals. Wat moet in de cultuur van een organisatie veranderen om besluitvorming niet te laten verzanden in stroperige trajecten en desondanks de professionals actief en enthousiast te laten meewerken aan verschillende uitdagingen?

- **Structuur**

Structuur is de ordening van activiteiten en functies in een organisatie in organisatieonderdelen, de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden alsmede de coördinatiestructuren.

De geschetste ontwikkelingen uit het vorige hoofdstuk roepen de vraag op binnen welke structuur een en ander het meest adequaat kan worden opgepakt. Het is de vraag of het adagium 'alles via de lijn' is vol te houden. Meer en meer zullen horizontale vormen van organiseren noodzakelijk zijn. Hiermee blijft expertise van professionals tot haar recht komen en wordt oververhitting bij het management voorkomen.

Het is duidelijk dat er meer organisatievariabelen in het geding zijn bij een sterkere focus op patiëntendoelgroepen. Centraal in deze scriptie staat de structuur, met de verschillende kenmerken zoals die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven. Vanwege de invloed van en samenhang met enkele andere belangrijke variabelen komen in dit hoofdstuk strategie, cultuur en systemen ook aan bod. Enkele (procedurele) kenmerken die in het vorige hoofdstuk werden beschreven, zijn ondergebracht bij de twee laatstgenoemde variabelen. Aldus ontstaat een analysemodel aan de hand waarvan in paragraaf 5.4 de resultaten van het onderzoek geordend worden.



Figuur 2: *Analysemodel voor het praktijkonderzoek*

5.3 Resultaten quick-scan

Alle revalidatiecentra (24) in Nederland hebben een vragenlijst met begeleidend schrijven toegestuurd gekregen (bijlagen 1 en 2). De respons was hoog: 20 centra reageerden. Op grond van de reacties uit de quick scan ontstaat het hierna geschetste beeld.

Algemeen

Voor veel revalidatiecentra in Nederland is het thema structurering, in relatie tot sturing op patiëntendoelgroepen, actueel. De meeste centra hebben de afgelopen twee tot vijf jaar hun organogram gewijzigd of hebben aanpassingen gedaan ten aanzien van het 'coördinatievraagstuk'. Ook zijn verschillende centra doende hun organisatiestructuur aan te passen of wijzigingen aan te brengen in de aansturing. Deze wijzigingen hebben meestal betrekking hebben op de vorm van managementparticipatie door revalidatieartsen. De meeste revalidatiecentra menen dat hun huidige en zeker de beoogde organisatiestructuur bevorderlijk is voor het sturen op patiëntendoelgroepen. Een aantal centra denkt na over mogelijke wijzigingen in de nabije toekomst. Vrijwel al deze (voorgenomen) wijzigingen hebben verdere specialisatie, op het niveau van patiëntendoelgroepen, als doel. Tegelijkertijd worden hierbij wel de nodige kanttekeningen geplaatst en ook knelpunten benoemd.

Specifiek

Specialisatie wordt voor de volwassenenrevalidatie over het algemeen gezocht in een organisatiestructurering naar diagnosegroepen. Dat geldt niet voor de kinder-revalidatie. Daar wordt, althans voor de structurering van de organisatie, niet gedifferentieerd op diagnoses. Argumenten die hierbij genoemd worden, zijn de beperkte schaalgrootte en/of het feit dat de differentiatie naar diagnosegroepen niet goed te maken is of niet nodig is. Een tweetal revalidatiecentra hanteert nog een zogenaamde dienstenstructuur (verbijzondering naar Functie). In een soort matrixmodel is in deze organisaties de sturing op patiëntendoelgroepen geregeld. Twee centra geven aan te klein te zijn voor specialisatie. Bij deze centra behandelen de medewerkers meerdere patiëntendoelgroepen. Eén van de grotere revalidatiecentra geeft aan dat specialisatie op patiëntendoelgroepen niet à priori nagestreefd wordt. De ordening van de organisatiestructuur is meer op de locatie (Geografisch gebied) of Product ingericht. Dit revalidatiecentrum deelt slechts ten dele het uitgangspunt van probleem- en vraagstelling van deze scriptie (namelijk dat vraagsturing vraagt om sturing op patiëntendoelgroepen). Aangegeven wordt dat "80 % van de revalidatie 'bulk' c.q. 'garagewerk' is en geen specifieke specialisatie vergt".

De revalidatiecentra hebben over het algemeen drie (en in een enkel geval twee) *hiërarchische niveaus*. Op het niveau onder de directie of raad van bestuur wordt veelal een structurering naar divisies (c.q. clusters of sectoren) gehanteerd. De verbijzondering naar Markt (patiëntendoelgroepen) zit meestal op het laagste niveau in de organisatie, op het derde (of in een enkel geval tweede) niveau. Het gaat dan om een verbijzondering naar teams (c.q. units of afdelingen) in relatie tot diagnosegroepen. In een aantal centra zijn de klinische en poliklinische functies gescheiden ondergebracht in organisatieonderdelen, bij een aantal andere zijn deze geïntegreerd in één organisatieonderdeel. In het laatste geval betekent dit dat de patiënt na ontslag uit de kliniek dezelfde behandelaren behoudt gedurende de poliklinische behandeling.

In de reacties op de vragenlijst geeft één centrum aan de wens te hebben dat de managers in plaats van 'capaciteitsverantwoordelijken' meer 'traject-verantwoordelijken' zouden moeten worden. Dat lijkt op (het begin van) *processturing* zoals in paragraaf 3.6 aan de orde gesteld. Uit alle andere reacties in de vragenlijsten (en uit de interviews) ontstaat het beeld dat binnen de revalidatiecentra 'processturing' als besturingsconcept nog nauwelijks gehanteerd wordt.

De meeste revalidatiecentra geven aan dat specialisatie ten koste gaat, of kan gaan, van *wenselijke flexibiliteit en dus nadelig kan zijn voor de bedrijfsvoering*. Omdat instroom van patiënten fluctueert, komt het voor dat de beschikbare behandelcapaciteit niet aansluit op de vraag. Hiervoor worden verschillende oplossingen aangedragen. Samenvattend komt het erop neer dat een deel van de medewerkers geacht wordt voor meerdere diagnosegroepen inzetbaar te zijn. Daarmee kunnen andere behandelaren zich specialiseren op specifieke doelgroepen. Streven en praktijk blijken hierbij overigens vaak te botsen. In ieder geval blijkt dat gerichte sturing hierop noodzakelijk is, flexibele inzet (flexibel gedrag) van medewerkers blijkt niet vanzelf te gaan. Overigens geeft één respondent aan dat specialisatie ook, of juist, de mogelijkheid biedt tot standaardisatie. En dat biedt juist weer wel kansen voor een goede, efficiënte, bedrijfsvoering.

Tenslotte nog enkele relevante *losse opmerkingen* die in de vragenlijsten zijn gemaakt:

- "Sturen op patiëntendoelgroepen veronderstelt een actieve inzet van de professional, in het bijzonder de revalidatiearts. Helaas ontbreekt het soms aan deze gewenste, proactieve, houding. Je hebt eigenlijk mensen nodig die een bepaalde drive hebben om de beste te willen worden. Zonder die drive wordt het lastig(er)."
- "Uiteindelijk gaat het om cultuur en het concrete gedrag van professionals. Helaas is de cultuur van de revalidatie vaak te stoffig, waardoor actief inspelen op patiëntendoelgroepen maar langzaam op gang komt."
- "Bij specialisatie op patiëntendoelgroepen moet de monodisciplinaire vak-ontwikkeling (via vakgroepen) niet veronachtzaamd worden."
- "Vraaggerichtheid kan tot heel andere dingen leiden dan specialisatie op patiëntendoelgroepen. Klanten willen aandacht, continuïteit, contact met lotgenoten, serieus genomen worden, etc. (Ook) dat is vraaggericht werken."
- "In ons centrum wordt gewerkt met zogenaamde driehoeken: a. de revalidatiearts is verantwoordelijk voor onder andere het patiëntengroepmanagement (contact verwijzers, instroom, etc.); b. de lijnmanager is verantwoordelijk voor de benodigde behandelcapaciteit (omvang en kwaliteit) en c. de directie is eindverantwoordelijk voor financiering van een en ander en verdeling van de middelen."
- "Sommige medewerkers willen liever meerdere doelgroepen behandelen, om eentonigheid te vermijden."

- “Verbijzondering naar Markt kan ook betekenen dat bepaalde activiteiten geclusterd gaan worden op één locatie. Dat heeft als risico dat patiënten afhaken omdat ze dan te ver moeten reizen.”

5.4 Resultaten interviews

Aansluitend op de quick-scan is bij zeven zorginstellingen een aanvullend gesprek gevoerd. Zie hiervoor de bijlagen 3 en 4, waarin tevens een korte typering per organisatie te vinden is. Het betrof vijf revalidatiecentra, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg en een ziekenhuis. Op basis van de reacties van de quick scan zijn vijf revalidatiecentra uitgekozen voor een aanvullend gesprek. Voor één centrum is een verbijzondering naar doelgroep (M) of product (P) niet terug te vinden in het organogram. Eén centrum is recent gefuseerd met een ander revalidatiecentrum. Eén revalidatiecentrum is recent ook gefuseerd, maar met een organisatie met een ander type zorgaanbod. Verder was de organisatiestructuur van één revalidatiecentrum zeer recent gewijzigd via een ordening naar diagnosegroepen, terwijl een ander centrum juist al jarenlang bekend was met een verbijzondering naar diagnosegroepen. Alles bij elkaar een interessante mix voor het onderzoek.

De beide andere zorgaanbieders (GGZ-instelling en een ziekenhuis) zijn bezocht vanwege het gegeven dat zij al langere tijd bekend zijn met nadrukkelijke sturing op patiëntendoelgroepen en de organisatiestructuur daarop hebben aangepast. Verder is interessant dat beide organisaties in een aanzienlijk meer concurrerende omgeving opereren dan de revalidatiecentra.

De verslagen van de interviews zijn ter beoordeling naar de geïnterviewden toegestuurd. Behoudens enkele correcties/toevoegingen hebben allen ingestemd met de inhoud van het verslag. De inhoud van deze verslagen is vervolgens geordend naar de items uit het analysemodel uit paragraaf 5.1 (figuur 2). Dat alles leidt tot het navolgende overzicht.

5.4.1 Strategie

Vier van de vijf revalidatiecentra geven aan specialisatie als belangrijkste strategisch oogmerk te hebben. Zij menen dat verdergaande specialisatie de enige manier is om uiteindelijk te kunnen ‘overleven’. Voor hen staat vast dat klanten uiteindelijk zullen kiezen op basis van ‘het beste product’ (in casu hoogwaardige zorg). Deze vier centra benadrukken dat specialisatie met name op het niveau van diagnosedoelgroepen gerealiseerd moet worden. Het vijfde revalidatiecentrum meent dat de nadruk op specialisatie niet moet worden overdreven. Dit centrum gaat ervan uit dat voor het grootste deel van de verschillende diagnosegroepen geen vergaande specialisatie noodzakelijk is. Dit centrum kiest dan ook niet voor een structurering op basis van diagnosegroepen (Markt), maar locatie (Geografisch gebied) of setting (Product).

In relatie tot bovenstaande wordt in de gesprekken met de revalidatiecentra door de geïnterviewden prominent aandacht gevraagd voor de schaalgrootte. Voor hen geldt verdere groei als nadrukkelijke wens, vooral ook om de beoogde specialisatie te kunnen waarmaken. De huidige schaalgrootte wordt als een obstakel ervaren in de wens om op patiëntendoelgroepen te specialiseren. Dat weerhoudt hen overigens er niet van wel te specialiseren en dat ook te verankeren in de organisatiestructuur. Men maakt zich echter wel zorgen of dat straks, met de huidige omvang en de aanstaande financiering op basis van DBC's, nog wel financieerbaar is. Een aantal geïnterviewden geeft in dat kader aan dat het ieder jaar lastiger wordt om ‘de begroting rond te krijgen’. Toch wordt

geconstateerd dat de 24 revalidatiecentra nog weinig initiatieven vertonen om de schaalgrootte te veranderen. Hoewel, er zijn wel enkele ontwikkelingen gaande. Eén van de centra is onlangs gefuseerd met een andere revalidatiezorgaanbieder, met als belangrijk doel verder te kunnen specialiseren. Verdere uitbreiding wordt om die reden door deze respondent ook gewenst. Deze respondent onderneemt momenteel ook initiatieven om zich steviger te verankeren in het verantwoordelijkheidsgebied (door een afdeling voor poliklinische revalidatie in een ziekenhuis te openen) met onder andere als doel te beletten dat een naburig revalidatiecentrum aan gebiedsuitbreiding gaat doen. Hierdoor moet het voor de collega-instelling aantrekkelijker worden om samen te gaan in plaats van autonoom te blijven.

Ook de andere revalidatiecentra stellen zich voor dat meer schaalgrootte bereikt zou moeten worden, bijvoorbeeld middels verdergaande samenwerking 'op bovenregionaal niveau', met andere revalidatiezorgaanbieders. Tegelijkertijd wordt verschillende malen geconstateerd dat bij de afzonderlijke centra het urgentiebesef om initiatieven op dit vlak te nemen (nog) niet groot lijkt en uiteindelijk het handhaven van het eigen organisatiedomein veelal prevaleert.

Vermeldenswaard is verder dat de vijf centra óf hun bestaande samenwerkingsrelatie met een academisch ziekenhuis (op het vlak van onderzoek en onderwijs) willen uitbreiden danwel graag een samenwerking met een academisch ziekenhuis willen aangaan. Hierbij speelt de overtuiging mee dat verdere academisering een wezenlijke impuls zal geven aan de kwaliteit van revalidatiegeneeskunde en daarmee ook aan de positionering van het vakgebied in bredere zin.

De beide andere instellingen (GGZ instelling en ziekenhuis) die bezocht zijn, kiezen (al jaren) zeer nadrukkelijk voor specialisatie (op het niveau van patiëntendoelgroepen), maar slechts bij voldoende omvang. Beide instellingen benadrukken dat de ordening naar en sturing op patiëntendoelgroepen geen doelen op zichzelf zijn. Door te specialiseren wordt de meerwaarde van 'het product' hoger voor de klant (patiënt). Daardoor zal de instroom toenemen en dus de omvang. Door meer omvang kan er meer gestandaardiseerd worden, waardoor onder andere de kosten omlaag gaan. Kortom: hogere kwaliteit, lagere kosten.

5.4.2 Structuur

Verbijzondering

Bij vier van de vijf centra is voor wat betreft de volwassenenrevalidatie op het laagste (hiërarchische) niveau de organisatiestructuur geordend (c.q. kent een verbijzondering) op basis van diagnosedoelgroepen (Markt), al of niet in combinatie met een verbijzondering naar Product (een diagnosegroep in combinatie met klinische of poliklinische behandeling). Voor wat betreft de kinderrevalidatie is de verbijzondering niet verder op diagnosegroepen ingedeeld. De beperkte omvang speelt daarbij een rol, evenals de opvatting van sommigen dat de revalidatie aan kinderen onvoldoende differentiatie kent om daarmee een verder onderscheid (bv. naar diagnosegroepen) te rechtvaardigen. De geïnterviewden beschrijven allen dat het vraagstuk van verbijzondering recent of langer geleden tot structuurkeuzes heeft geleid, maar dat ook de komende tijd wijzigingen in de structurering en coördinatie op stapel staan om nog meer marktgericht te kunnen opereren.

Drie revalidatiecentra hebben afdelingen voor revalidatiezorg in ziekenhuizen. Voor deze afdelingen is specialisatie niet het leidende principe voor

verbijzondering. De beperkte omvang van deze afdelingen noodzaakt tot generalistisch opererende teams, waarbij de behandelaren zich niet toeleggen op één doelgroep, maar in staat moeten zijn alle behandelvragen op te pakken.

De GGZ-organisatie meldt dat sinds de organisatie gestructureerd is naar patiëntendoelgroepen, er sprake is geweest van zeer forse groei. Wanneer teams zich gaan richten op bepaalde doelgroepen, ontstaat inzicht in de keten, kan beter ingespeeld worden op de vraag van een bepaalde doelgroep en neemt de kwaliteit toe. Dat leidt ook tot enthousiasme en trots bij de professionals. Soms zijn teams tijdelijk, bij wijze van experiment, rondom bepaalde diagnosegroepen georganiseerd. Wanneer er te weinig effect van uitging (te weinig instroom), werd gestopt met dit initiatief.

(De)centralisatie

Vrijwel alle bezochte revalidatiecentra hanteren een divisiestructuur (c.q. sector/cluster). Dat wil zeggen dat onder de directie of raad van bestuur organisatieonderdelen gecreëerd zijn die voor een afgebakende groep activiteiten beleidsverantwoordelijkheid dragen. De verschillende divisies zijn geordend naar locatie (bijvoorbeeld de 'sector revalidatie Eindhoven') of naar Product (bijvoorbeeld de divisie Kinderrevalidatie) al of niet in combinatie met een ordening naar Markt (bijvoorbeeld de divisie Neurorevalidatie). De divisies kennen vervolgens een verdere verbijzondering naar afdelingen (of teams of units). Deze laatstgenoemde eenheden zijn dan weer geordend als een verdere verfijning van Markt (patiëntendoelgroepen) al of niet in combinatie met een verbijzondering naar Product (kliniek of polikliniek).

Hiërarchie

De bezochte organisaties laten zich kenmerken als een mix van Lijn-/staforganisaties en Projectorganisaties. De sterke focus op kwaliteitsontwikkeling veronderstelt dat specifieke kennis noodzakelijk is die in staffuncties of stafafdelingen zijn ondergebracht. De schaalgrootte van de centra is dusdanig dat deze stafafdeling of afzonderlijke staffunctionarissen centraal in de organisatie gepositioneerd zijn. (Een verbijzondering naar Functie). Zij werken derhalve voor meerdere hiërarchische niveaus. In de revalidatiecentra hebben de staffunctionarissen (veelal enkele medewerkers per centrum) een belangrijke rol als het gaat om het kwaliteitsbeleid van de instelling. Kwaliteitsbeleid wordt veelal geïnitieerd vanuit deze medewerkers. Ook als het gaat om de divisie- of afdelingsoverstijgende kwaliteitsprojecten hebben deze functionarissen een toenemend invloedrijke rol. De ontwikkelingen zoals in hoofdstuk 2 geschetst, worden veelal door staffunctionarissen opgepakt en ingevuld, in nauwe samenspraak met het management, de revalidatieartsen en andere professionals. De verbijzondering zoals die door de meeste centra is aangebracht (zie hiervoor), noopt tegelijkertijd tot aanvullende coördinatiemaatregelen, juist ook ten behoeve van onderwerpen op het vlak van kwaliteitsontwikkeling, onderzoek en onderwijs. Veranderbeleid wordt veelal via een projectstructuur opgepakt en uitgewerkt. Alles overziend ontstaat het beeld van centra met fijnmazige netwerken van projectteams en horizontale, verticale en laterale overleg- en communicatielijnen. De keuze om nadrukkelijker op diagnosegroepen te sturen draagt eraan bij dat die complexe en fijnmazige coördinatiestructuur verder toeneemt.

Aansturing vindt plaats door managers en deels door revalidatieartsen. Veelal is een manager (of teamleider) hiërarchisch leidinggevende met naast zich een

revalidatiearts die tevens een bepaalde mate van managementverantwoordelijkheid draagt. Er zijn verschillen per hiërarchisch niveau. Bij het centrum waar sprake is van éénhoofdige leiding aan de top, vindt structureel een periodiek overleg plaats tussen de directeur en alle revalidatieartsen. In de meeste gevallen 'managen' de artsen niet vanuit een formeel hiërarchische positie. De positie laat zich veelal typeren als 'functioneel leidinggevend'. De reden om revalidatieartsen te belasten met managementtaken, zo geven de geïnterviewden aan, betreft de noodzaak ook vanuit de inhoud te kunnen (mee)sturen, zeker ook gelet op de wens om op patiëntendoelgroepen te specialiseren. Tegelijkertijd geven de geïnterviewden aan dat een revalidatiearts te duur en te schaars is om té nadrukkelijk te belasten met managementtaken. Wat betreft het vraagstuk van managementparticipatie van revalidatieartsen worden nog enkele andere observaties gedeeld. Een deel van de revalidatieartsen heeft weinig affiniteit met, en is ook niet bedreven in, managementtaken. Verder geldt dat revalidatieartsen over het algemeen terughoudend zijn om leiding te geven aan collega-artsen. De mores in de beroepsgroep is gebaseerd op consensus en gelijkwaardigheid (zie typologie van Mintzberg in paragraaf 3.2), wat haaks staat op formele verschillen in hiërarchie.

Bij de interviews in twee revalidatiecentra werd de wens geuit om de managers meer op kwaliteit te laten managen (bijvoorbeeld met behulp van prestatie-indicatoren). Daarmee worden het de 'bewakers' van de kwaliteitsnormen waarover onder de professionals overeenstemming is bereikt. Deze managers worden dan in feite 'productmanagers' in plaats van 'beheersmanagers'. Dat betekent dat de teams meer zelfsturend moeten worden (wat ook inhoudt minder 'pamperen' en meer aanspreken op eigen verantwoordelijkheid).

5.4.3 Cultuur

Macht

De 'macht' binnen de revalidatiecentra ligt bij het management en de revalidatieartsen. Dit is deels geformaliseerd, via hiërarchische posities. Elk centrum heeft constructies bedacht om de beleidsverantwoordelijkheid van revalidatieartsen te verankeren. In dat kader spreekt één van de geïnterviewden over de noodzakelijke 'balance of power', waarbij bedoeld wordt op een goede machtsbalans tussen het management en de artsen. Randvoorwaarde hiervoor is onderling vertrouwen. In alle centra wordt benadrukt dat het beleid om verder te specialiseren betekent dat de revalidatiearts meer en meer z'n aandeel moet nemen in beleidsontwikkeling. In dit kader meldt één revalidatiecentrum de wens om, aanvullend op de staande organisatiestructuur met een indeling op patiëntendoelgroepen, te gaan werken met zogenaamde focusgroepen. Deze focusgroepen zijn dan de hoofddiagnosegroepen (elf in totaal) waarbij voor elke focusgroep een arts met kennis en kunde als trekker fungeert. Het doel hiervan is de ontwikkeling van het behandelbeleid nog steviger te verankeren in de organisatie. Het gaat hier om een aanvullende structuur waarbinnen verdere ontwikkeling geborgd wordt.

'Macht' ligt ook toenemend bij andere functionarissen in revalidatiecentra. Hierbij kan met name gedacht worden aan eerdergenoemde staf(kwaliteits)-functionarissen. In de omslag naar een vraaggestuurde organisatie met als oogmerk hoogwaardige zorg is continue kwaliteitsontwikkeling onontbeerlijk en neemt de invloed van deze functionarissen toe.

Communicatie

De geïnterviewden in de revalidatiecentra geven zonder uitzondering aan dat communicatie essentieel en soms ook een knelpunt is. De complexiteit ervan heeft te maken met het feit dat communicatie niet alleen plaatsvindt in afzonderlijke organisatieonderdelen (die veelal op patiëntendoelgroepen zijn ingedeeld), of tussen de verschillende organisatieonderdelen (die zich richten op dezelfde patiëntendoelgroepen), maar deels ook dwars door alle organisatieonderdelen heen loopt, ook als het organisatieonderdelen betreft die zich richten op verschillende patiëntendoelgroepen. Immers, niet alle aan revalidatiezorg gerelateerde activiteiten zijn specifiek bestemd voor één bepaalde patiëntendoelgroep; een deel is van belang voor meerdere doelgroepen. Bovendien laten de patiëntendoelgroepen zich ook niet allemaal scherp onderscheiden. En tenslotte heeft een aantal centra revalidatieafdelingen in ziekenhuizen, waarbinnen alle diagnosegroepen behandeld worden. Daarmee lopen er door de centra vele communicatielijnen. Een aantal geïnterviewden meldt dat ook de heersende cultuur veel overlegmomenten met zich mee brengt, hetgeen slagvaardigheid niet altijd ten goede komt. "We moeten minder gaan vergaderen en overleggen, het moet zakelijker worden", zo is de verzuchting.

Bij alle respondenten van de revalidatiecentra wordt gewag gemaakt van een bestaande cultuur met veel onderlinge betrokkenheid, streven naar algehele consensus, een sterk wij-gevoel en gemoedelijkheid. Hierbij valt tevens het scala aan overlegmomenten op waarbinnen de consensus voortdurend met elkaar wordt gezocht. Deze cultuur staat op gespannen voet met directe sturing op patiëntendoelgroepen waarin juist differentiatie (niet iedereen hoeft meer met alles bezig te zijn) en vraagsturing (direct inspelen op vragen uit de omgeving) beoogd worden. De respondenten wensen zich een organisatie die wat zakelijker en professioneler gaat functioneren. Minder consensus, meer consent.

5.4.4 Systemen

Formalisatie

De veranderende eisen vanuit de omgeving, de toenemende interne organisatiecomplexiteit en de noodzaak om steeds transparanter te worden, noopt tot ver(der)gaande formalisatie. Sturen op patiëntendoelgroepen vraagt om beleid dat ten aanzien van specifieke doelgroepen eenduidig is, en niet meer afhankelijk van individuele inkleuring per professional. Dat betekent ook dat overeenstemming bereikt moet worden, bij voorkeur 'state of the art', over de manier waarop de behandeling wordt ingericht. De geïnterviewden maken daar allen duidelijk melding van. Er gaat veel (meer) aandacht uit naar protocollen, procedures en richtlijnen. Verschillende centra hebben daartoe inmiddels ook een zogenaamd documentenbeheersysteem ingericht.

Standaardisatie

Standaardisatie van de werkzaamheden van de behandelteams wordt in de gesprekken als gewenste richting genoemd, als oplossing voor het spanningsveld tussen specialisatie (doelgroepgericht) en doelmatigheid. In de praktijk blijkt dit niet eenvoudig. Professionals hebben de neiging per patiënt individueel maatwerk te leveren. De respondenten geven aan dat er wat dat betreft nog veel te winnen is in de revalidatiecentra.

Zowel in de GGZ instelling als in het ziekenhuis blijken zorgpaden al in behoorlijke mate te zijn gedefinieerd en ook gestandaardiseerd. Zij noemen twee effecten: efficiëntere bedrijfsvoering en betere kwaliteit.

Informatie

Wanneer sturing plaatsvindt op patiëntendoelgroepen, met als oogmerk specialisatie, is informatie (over doorlooptijden, capaciteitsbenutting, patiëntkarakteristieken, etc.) essentieel. Alle centra besteden daar steeds meer aandacht aan, waarbij ICT meer en meer van belang wordt. Eén van de revalidatiecentra meldt dat de kleinschaligheid van het centrum dwingt tot uiterst efficiënt werken. Om die reden heeft dit centrum een zeer doorwrocht registratiesysteem opgezet om gedetailleerde managementinformatie te kunnen genereren. Op basis van deze informatie wordt continu gestuurd op productietargets, tot op individueel medewerkerniveau. Het ziekenhuis waarmee gesproken werd, meldt dat de aanstaande verhuizing in 2008 naar een nieuw gebouw gepaard zal gaan met volledige digitale ondersteuning van alle processen, zodanig dat in principe papierwerk geheel tot het verleden gaat behoren. Belangrijke oogmerken: efficiencywinst en reductie van fouten.

5.5 Beschouwing

5.5.1 Algemeen

De resultaten van de quick-scan en de gesprekken met de vijf revalidatiecentra geven een duidelijk beeld van de manier waarop de centra omgaan met het vraagstuk van 'verbijzondering en coördinatie' in relatie tot het sturen op patiëntendoelgroepen. De meeste revalidatiecentra onderschrijven het uitgangspunt van deze scriptie, namelijk dat sturing op patiëntendoelgroepen noodzakelijk is. En vrijwel elk centrum heeft een organisatiestructuur gecreëerd die daaraan probeert tegemoet te komen. De meeste centra overwegen ook aanvullende maatregelen om verdergaande specialisatie mogelijk te maken. De gewenste richting (strategie) vertoont dus redelijk veel overeenstemming. Tegelijkertijd geven alle centra er blijk van dat de vertaling daarvan naar de praktijk ingewikkeld is, onder andere als het gaat om de vraag binnen welke organisatiestructuur dat het beste gestalte kan krijgen.

5.5.2 Processturing

Zowel uit de quick-scan als uit de interviews blijkt dat de revalidatiecentra nog maar zeer beperkt bezig zijn met (vormen van) processturing. Het is geenszins het leidende besturingsmodel, in tegenstelling tot de beide andere organisaties waarmee gesproken werd. Deze hebben enkele jaren geleden zwaar ingezet op doelgroepgerichte sturing en daarop de organisatiestructuur ingericht. Maar daar is het niet bij gebleven. Processen krijgen thans veel meer aandacht. Het ziekenhuis waarmee gesproken werd, heeft een zevental hoofdprocessen gedefinieerd waarin alle patiënten instromen. Elk 'hoofdproces' heeft een procesmanager, welke bij de (vier) capaciteitsmanagers (Spreekuur, Behandeling, Verpleging en Herstel) capaciteit 'inkoopt'. De proces-managers zijn ervoor verantwoordelijk dat de patiënt zo optimaal mogelijk (efficiënt en kwalitatief) het traject binnen het ziekenhuis doorloopt. Ook bij de GGZ instelling begint de aandacht te verschuiven naar de karakteristieken van het proces. Dat heeft al geleid tot samenvoegen van verschillende doelgroepen, juist omdat de proceskenmerken van die verschillende groepen aan elkaar gelijk zijn. Qua structuur levert dat het beeld op van een organisatiestructuur waar dwars doorheen processtromen lopen (ziekenhuis) of waarbij organisatieonderdelen en processen ineen gaan schuiven (GGZ).

5.5.3 Complicerende factoren

Wanneer we iets meer afstand nemen van de concrete en gedetailleerde informatie uit de interviews kunnen we een aantal factoren noemen die een rol lijken te spelen bij de complexiteit van het structureringsvraagstuk van revalidatiecentra.

- De omvang van de verschillende patiëntendoelgroepen verschilt sterk. Patiënten met neurologische problemen maken bijna de helft uit van de patiëntenpopulatie van de meeste centra. Andere doelgroepen zijn veel minder groot. Dat leidt tot de vraag op welke evenwichtige wijze dat desondanks kan worden ondergebracht in een organisatiestructuur. Een aantal organisatieonderdelen kan zich daarom uitsluitend op één patiëntendoelgroep richten en daarmee de sturing op deze doelgroep concentreren. In andere organisatieonderdelen zijn, vanwege de gewenste omvang, meerdere patiëntendoelgroepen ondergebracht, waardoor de sturing ook op meerdere doelgroepen gericht zal zijn.
- De mate van benodigde specialisatie per patiëntendoelgroep verschilt. Sommige patiëntendoelgroepen vergen een deskundigheids- en ervaringsniveau dat zeer specifiek is. Voor andere patiëntendoelgroepen geldt een benodigde deskundigheid die minder specifiek is en daardoor door meer behandelaren kan worden uitgevoerd. Voorgaande betekent dat voor specifieke patiëntendoelgroepen het meer van belang zal zijn om de deskundigheid te clusteren en onder te brengen in één organisatieonderdeel, dan voor enkele andere patiëntendoelgroepen. Hierbij speelt tevens de schaalgrootte een rol. Specialisatie en doelmatigheid kunnen op gespannen voet met elkaar staan, bij een te geringe omvang.
- De concentratiegraad van de patiënten in het verantwoordelijkheidsgebied is relatief gering. Dat verschilt weliswaar per diagnosegroep, maar in vergelijking met de beide andere zorgaanbieders met wie in het kader van het onderzoek gesproken is, geldt dat voor de gehele revalidatie het adherentiegebied (zeer) groot is in relatie tot de omvang van de verschillende patiëntendoelgroepen. Zowel de GGZ instelling als het ziekenhuis hebben een aanzienlijk kleiner adherentiegebied, maar veel grotere klantengroepen en, navenant, ook veel meer medewerkers in dienst. De lage concentratiegraad in het algemeen, en de verschillen in concentratiegraad per diagnosegroep in het bijzonder, roept specifieke vragen op ten aanzien van de wijze waarop revalidatiecentra gestructureerd moeten worden.
- De concurrentiekrachten verschillen per patiëntendoelgroep. Voor sommige diagnosegroepen valt vooralsnog weinig concurrentie te verwachten. Dat betekent onder andere dat patiënten in dat geval geen keuze hebben en aangewezen zijn op het revalidatiecentrum met dat specifieke zorgaanbod (ondanks langere reistijden) waarvoor zij hulp zoeken. Voor andere diagnosegroepen zijn substituten denkbaar. Dat kan betekenen dat deze patiënten ervoor kiezen om elders behandeling te zoeken. Voorgaande houdt in dat revalidatiecentra zich moeten afvragen 'hoe nabij' ze willen zijn bij de klant. Concentratie van revalidatiezorg op een centrumlocatie of juist zoveel mogelijk 'steunpunten' in het grote

verantwoordelijkheidsgebied? Dat zal vervolgens ook consequenties hebben voor keuzes ten aanzien van de organisatiestructurering.

- Sommige revalidatiecentra hanteren (in hun denken of ook daadwerkelijk) verschillen in niveaus van specialisatie. Zo wordt gesproken over een niveau waarop specialisatie beperkt is, dit is bijvoorbeeld deels van toepassing op de afdelingen voor ziekenhuisrevalidatie. Daarnaast geldt het specialistische revalidatieaanbod zoals doorgaans elk centrum dat aanbiedt. Verder zijn er bepaalde patiëntendoelgroepen die een zeer specifieke specialisatiegraad vragen en ook bovenregionaal worden verzorgd. Ook hierbij kan de vraag gesteld worden op welke wijze deze verschillende 'specialisatieniveaus' een vertaling zouden moeten of kunnen krijgen in de structurering van revalidatiecentra.

Alles overziend leidt 'verbijzondering' en 'coördinatie' binnen de revalidatiecentra tot redelijk complexe organisatiestructuren waarin allerlei soorten 'bevels- en coördinatielijnen' door elkaar heen lopen. Zoals de titel van deze scriptie aangeeft: er wordt intensief 'geharkt' binnen de verschillende centra!

6. BEOORDELING STRUCTURERING EN COÖRDINATIE VAN REVALIDATIECENTRA

6.1. Inleiding

In de vorige hoofdstukken is aandacht besteed aan de ontwikkelingen in de revalidatiezorg die aanleiding zijn om meer op patiëntendoelgroepen te gaan sturen, aan theoretische structureringsmodellen en aan de manier waarop revalidatiecentra hun organisatiestructuur hebben opgezet en in welke mate daarin zichtbaar is dat op patiëntendoelgroepen wordt gestuurd. Bij dit laatste is tevens een aantal dilemma's en knelpunten benoemd die van toepassing zijn voor de revalidatiecentra bij het vraagstuk van organisatiestructurering in relatie tot specialisatie. Daarmee zijn de context, de theorie en de praktijk voor het voetlicht gebracht. Wat resteert, is de toetsing van de praktijk aan de theorie. Hoe beoordelen we op grond van de theorie de organisatie-structurering van de revalidatiecentra in de praktijk en in het licht van de actuele context?

In dit hoofdstuk worden de verschillende structuur- en coördinatievariabelen met het oog op sturing op patiëntendoelgroepen (als resultante van vraagsturing) beoordeeld.

Deze beoordeling zal plaatsvinden in paragraaf 6.2. Hierbij wordt opnieuw gebruik gemaakt van de theorie van Jägers en Jansen (1991). De structuurkenmerken en procedurele kenmerken zoals die in de paragrafen 4.2 en 4.3 zijn beschreven (zie ook figuur 1: paragraaf 4.1) worden ieder afzonderlijk geanalyseerd aan de hand van vier beoordelingscriteria van *effectiviteit*. Bij elk kenmerk volgt een beoordeling, waarbij gebruik gemaakt wordt van de onderzoeksresultaten zoals die in hoofdstuk 5 zijn weergegeven. In paragraaf 6.3 zal uiteengezet worden dat de beoordeling van de organisatiestructuur ook gedaan kan worden middels de analyse van de waarde-keten(s). Een korte casus illustreert dat.

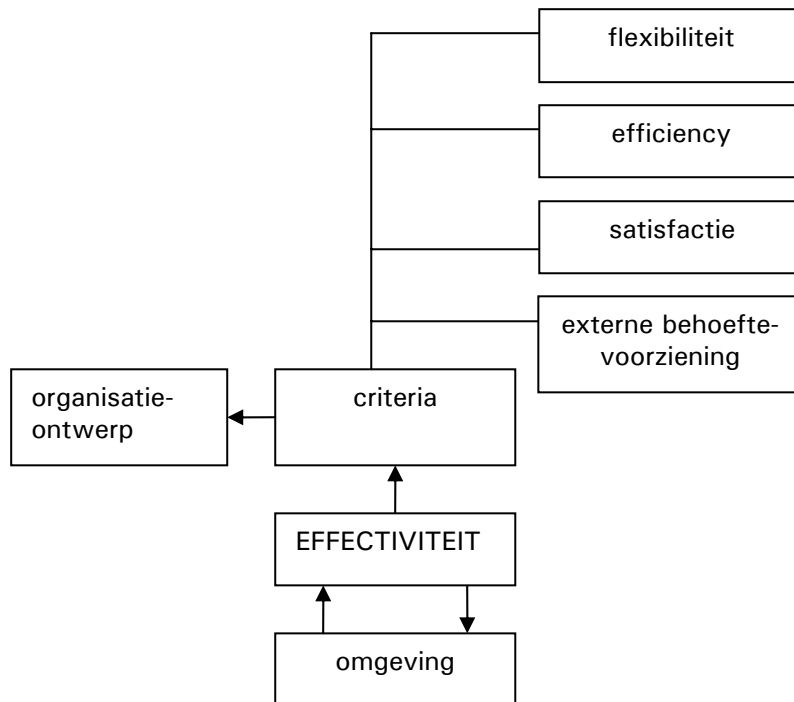
6.2 Beoordeling van effectiviteit

De algemene en overkoepelende maatstaf ter beoordeling van organisatie-structuren is de *effectiviteit*. Effectiviteit heeft betrekking op 'de mate waarin gestelde doeleinden worden bereikt', of 'de mate waarin de organisatie in staat is zichzelf te handhaven'. Effectiviteit kan met deze globale definitie niet getoetst worden. Een vertaling ervan in concrete criteria is wenselijk. Jägers en Jansen kiezen voor de criteria: flexibiliteit, efficiency, satisfactie en externe behoeftevoorziening.

Flexibiliteit wordt als beoordelingscriterium opgevat als de mate waarin een organisatie zich aanpast aan en slagvaardig reageert op zijn omgeving.

Efficiency heeft betrekking op het gebruik van middelen, dat efficiënter is naarmate de gebruiker er meer in slaagt met gegeven kosten grotere baten of gegeven baten met lagere kosten te bereiken.

De begrippen *satisfactie* en *externe behoeftevoorziening* hebben betrekking op de wijze waarop de behoeften van medewerkers worden bevredigd (satisfactie), respectievelijk op de mate waarin voorzien wordt in de eisen en behoeften van belanghebbende partijen in de omgeving van de organisatie (externe behoeftevoorziening).



Figuur 3: *Beoordelingsmodel t.a.v. effectiviteit van het organisatieontwerp*

6.2.1 Flexibiliteit

- *flexibiliteit en verbijzondering*

Wanneer gekozen wordt de organisatie te verbijzonderen naar doelgroep (M), dienst (P), of geografische plaats (G) kan een betere afstemming met de omgeving en een beter overzicht van het specifieke marktsegment of de doelgroep bereikt worden. Hierdoor wordt de flexibiliteit bevorderd. Wel is van belang om aandacht te besteden aan manieren om de verkokering die uit de gekozen verbijzondering kan voortkomen, te ondervangen.

Beoordeling

Gebleken is dat de meeste revalidatiecentra een verbijzondering hebben gekozen naar diagnosegroepen (bijvoorbeeld: neurorevalidatie). Soms ook naar product (bijvoorbeeld klinische revalidatie) of een combinatie van beiden (klinische neurorevalidatie) of naar gebied (bijvoorbeeld een afdeling voor revalidatie in een ziekenhuis). Sommige revalidatiecentra hebben hun klinische functies gescheiden van de poliklinische functies. Dat betekent dat aanvullende coördinatie nodig is om 'continuïteit van zorg' te bewerkstelligen. Immers, veel patiënten worden na een klinische opname poliklinisch doorbehandeld. Bij andere centra zijn deze beide functies, naar tevredenheid, geïntegreerd in eenzelfde organisatieonderdeel, rondom specifieke diagnosegroepen. Dat betekent onder andere dat de patiënt na ontslag uit de kliniek gedurende de poliklinische behandeling dezelfde behandelaren blijft houden.

- *flexibiliteit en decentralisatie (en laterale besluitvormingsrelaties)*

Het inbouwen van laterale besluitvormingsprocedures is een strategie die moet worden toegepast wanneer men de knooppunten van informatiestromen, waarop de beslissingsbevoegdheden moeten liggen, op een zo laag mogelijk niveau in de organisatie wil leggen. Dit vergroot de flexibiliteit omdat de afstand korter wordt tussen de plaatsen waar de verandering wordt gesignaleerd, besluiten worden genomen, de noodzakelijke informatie aanwezig is en evaluatie plaatsvindt.

Beoordeling

Beleidsvoorbereiding en beleidsuitvoering vinden veelal gedecentraliseerd plaats in revalidatiecentra. Voor de besluitvorming daarentegen geldt dat niet zondermeer. Dat heeft verschillende oorzaken:

- organisatieonderdelen zijn niet strak af te bakenen, waardoor besluiten meerdere afdelingen raken en dus op een hoger (overstijgend) niveau het besluit moet worden genomen;
- een cultuur die gericht is op maximale consensus;
- de gecentraliseerde positie van de stafondersteuning;
- de positie van de medische staf (die tenminste een adviserende rol heeft ten aanzien van aan de medische inhoud rakende beleidsonderwerpen).

Al met al zijn de centra redelijk flexibel in besluitvormingsprocedures dankzij de gedecentraliseerde organisatiestructuur en een structuur waarin op het niveau van patiëntendoelgroepen met elkaar wordt samengewerkt in één organisatieonderdeel (afdeling of unit of team). Doordat een deel van de besluitvorming niet zelden op een hoger niveau plaatsvindt, wordt voornoemde flexibiliteit tegelijkertijd beperkt.

De revalidatiecentra hebben niet voldoende omvang om alle middelen te decentraliseren. Vrijwel alle centra hebben een gedecentraliseerde (divisie)-structuur. Echter, de staf- en facilitaire functies zijn veelal gecentraliseerd. Met de veranderende eisen vanuit de omgeving (zie hoofdstuk 2) leidt dat tot veel 'laterale' communicatielijnen, oftewel veel coördinatiebehoefte. Door de toenemende specialisatie zal, binnen de huidige organisatiestructuren, deze coördinatiebehoefte uitsluitend toenemen.

- *flexibiliteit en hiërarchie*

De hiërarchische opbouw van een organisatie en met name het aantal hiërarchische niveaus is van grote invloed op de flexibiliteit van de organisatie. Een groot aantal lagen leidt immers tot vertraagde reacties op gebeurtenissen uit de omgeving. In de organisatieliteratuur heerst grote overeenstemming over het feit dat een projectorganisatie de flexibiliteit bevordert.

Beoordeling

De revalidatiecentra kennen een gering aantal hiërarchische niveaus. Beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering komen veelvuldig tot stand via een (interdisciplinair) samengestelde projectstructuur. In die zin zijn de revalidatiecentra flexibel ingericht. Knelpunt hierbij is het spanningsveld tussen productiedruk en 'ontwikkeltijd'. Hoe meer tijd ingezet moet worden in beleidsontwikkeling via een projectopzet, hoe minder tijd overblijft voor productie.

- *flexibiliteit en macht*

In het kader van flexibiliteit is het van belang de coördinatiebehoefte zoveel mogelijk te reduceren. Machtsrelaties waarbij een dwingende consultatie of instemming van anderen vereist is of waarbij een zwaar stelsel van permanente werkgroepen bestaat, zijn niet bevorderlijk voor de flexibiliteit van de organisatie. Het werken in (tijdelijke) projectgroepen bevordert de flexibiliteit wel.

Beoordeling

Revalidatiecentra kennen beide voornoemde kenmerken. Er wordt veelvuldig gewerkt in tijdelijke projectgroepen, wat de coördinatiebehoefte in belangrijke mate reduceert. Anderzijds, zoals hiervoor beschreven, vindt een (flink) deel van uiteindelijke besluitvorming centraal plaats al of niet na 'consultatie' van de medische staf (en andere gremia zoals cliëntenraad en ondernemingsraad). Wat afbreuk doet aan de flexibiliteit.

- *flexibiliteit en formalisatie*

In het algemeen geldt dat een hoge mate van formalisatie een flexibele organisatie in de weg staat. Echter, algemene voorschriften kunnen de flexibiliteit wel bevorderen. Hierdoor wordt namelijk de coördinatiebehoefte gereduceerd, omdat niet telkens de hogere hiërarchische lagen hoeven te worden geraadpleegd. Men moet echter wel kritisch blijven naar de noodzaak, in casu toegevoegde waarde, van het opstellen van procedures.

Beoordeling

Voor revalidatiecentra kan verdere formalisatie tot op zekere hoogte zinvol zijn. Het zijn relatief kleine instellingen, waarbinnen een intensieve overleg- en communicatiestructuur en -cultuur zichtbaar is. Dat alles kost veel tijd en energie. Wanneer algemeen geldende voorschriften geformaliseerd worden, hoeft daarover niet telkens weer de discussie geopend te worden. Tegelijkertijd, te ver doorgeschoten formalisatie is voor deze centra een gevaar. De kleinschaligheid en specialisatie op doelgroepen waarbij actief inspelen op (nieuwe) vragen geboden is, verdraagt zich niet goed met overdreven formele structuren en een overvloed aan voorschriften. Teveel formalisatie beperkt dan de benodigde flexibiliteit.

- *flexibiliteit en standaardisatie*

Het is de vraag in hoeverre standaardisatie kan bijdragen aan vergroting van flexibiliteit. Een te hoge standaardisatiegraad binnen een organisatie kan de mogelijkheid om niet-geprogrammeerde taken op te pakken, belemmeren. Anderzijds, wanneer terugkerende activiteiten in een organisatie gestandaardiseerd worden, kan energie en tijd vrijkomen voor innovatie en ontwikkeling.

Beoordeling

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat de geringe omvang per patiënten-doelgroep standaardisatie in de weg staat. Immers, voor standaardisatie zijn groepen van enige omvang nodig. Toch zou dat wel wenselijk zijn, om ruimte te creëren om sturing op doelgroepen (zie hoofdstuk 2) vol te houden en waar mogelijk te intensiveren.

- *flexibiliteit en informatie en communicatie*
Flexibiliteit vraagt om een grote alertheid van de organisatie voor ontwikkelingen in de omgeving. Het bevorderen van deze alertheid is vooral een informatie-probleem. Vandaar dat het procedurele kenmerk 'informatie en communicatie' van groot belang is. Bij de beoordeling van (geautomatiseerde) informatie-systemen wordt het steeds belangrijker dat op de verschillende niveaus in de organisatie men de beschikking heeft over actuele en relevante informatie (over doelgroepen, capaciteitsbeslag, productie, satisfactieonderzoek, etc.).

Beoordeling

De 24 revalidatiecentra gebruiken vrijwel allemaal hetzelfde registratie- en planningssysteem. De centra zijn aandeelhouder van de leverancier van dit product en dragen financieel naar rato van de productieomvang bij aan dit bedrijf. Het systeem genereert veel informatie die op de verschillende hiërarchische niveaus bruikbaar is. Toenemend wordt het systeem ook ingezet voor rapportagedoeleinden van behandelteams, tijdschrijven, DBC-registratie etc. Om gebruik te kunnen maken van alle applicaties, voor een juist gebruik en beheer van alle registratieprocedures en voor het onderhoud van het systeem is veel massa (ICT-expertise, scholing, medewerkerstijd, help-desk, etc.) benodigd. Dat laatste is toenemend een knelpunt in de centra, vanwege de geringe omvang van dit soort expertise per centrum. Verdere specialisatie (zonder substantiële groei) zal dat knelpunt eerder vergroten dan verminderen.

Professionals zijn gewend aan 'onderlinge afstemming' als manier om de werkzaamheden op elkaar af te stemmen. Het interdisciplinaire overleg is een gebruikelijke manier waarmee problemen worden besproken en opgelost. Als zodanig kan deze vorm van communicatie bijdragen aan een flexibel functionerende organisatie.

6.2.2 Efficiency

- *Efficiency en verbijzondering*

Bij een verbijzondering naar doelgroep (M) bestaat de kans dat dit leidt tot minder doelmatigheid. Behalve dat dit kan leiden tot extra coördinatieprocessen met bijbehorende lasten, heeft elke op zichzelf gerichte afdeling zijn eigen productiemiddelen. Dat kan overcapaciteit voor de organisatie als geheel betekenen, tenzij de omvang van de elke afdeling zodanig is dat alle productiemiddelen toch volledig benut kunnen worden.

De verbijzondering naar geografische plaats (G) is over het algemeen minder doelmatig door de toename van de coördinatiebehoefte. Deze verbijzondering kan echter wel kostenverlagend werken, omdat bijvoorbeeld wordt aangesloten bij de plaats waar de grondstoffen (in ziekenhuizen: patiënten) vandaan komen of de afzet van de producten of diensten plaatsvindt.

De verbijzondering naar product of dienst (P) is in het algemeen een doelmatige structurering. Een goede afstemming van de middelen op de dienst, de snelle doorstroming en de lage coördinatie- en communicatielasten zijn belangrijke voordelen.

De verbijzondering naar functie (F) zal altijd een afweging moeten inhouden van enerzijds de mate waarin de communicatie- en besluitvormingskanalen worden belast en anderzijds de mate waarin 'economy of scale' kan worden bereikt.

Beoordeling

Uit het onderzoek blijkt duidelijk dat de verbijzondering naar doelgroep (M) ten koste gaat van flexibiliteit en daarmee een reëel gevaar is voor een efficiënte bedrijfsvoering. Aanvullende afspraken zijn nodig (flexibel inzetten van personeel) zolang de schaalgrootte gering is en instroom kan fluctueren.

Afdelingen voor ziekenhuisrevalidatie (G) 'zitten verder weg' van de centrumlocatie hetgeen aanvullende coördinatiemaatregelen vergt (langere communicatielijnen, lastige ICT-koppelingen etc.) Anderzijds, de instroom vanuit het betreffende ziekenhuis is niet alleen gegarandeerd maar verloopt over het algemeen zeer soepel. Wanneer de 'koppelingen' tussen de zogenaamde buitenlocaties met de centrumlocatie eenmaal goed zijn gemaakt, kan de betreffende locatie behoorlijk efficiënt functioneren.

Wanneer de klinische (of poliklinische) functies op zichzelf zouden staan, is een verbijzondering naar product (P) waarschijnlijk het meest efficiënt. De praktijk is echter anders. De patiënt stroomt immers vaak door van kliniek naar polikliniek. Er zijn daarom goede redenen om beide onderdelen te integreren, hetgeen de efficiency in dat geval ten goede kan komen. (zie ook hierna: paragraaf 6.3). Een verbijzondering naar functie (F) is in de revalidatiecentra, helaas, noodzakelijk voor bijvoorbeeld personeelsbeleid en kwaliteitsbeleid. De omvang noodzaakt tot centralisatie. Wanneer ook deze functies (met name kwaliteitsbeleid) gedecentraliseerd konden worden, eveneens op geleide van verbijzondering naar doelgroepen, zou dat een zeer sterke impuls kunnen geven aan verdere specialisatie. Vanuit het perspectief van de afzonderlijke patiëntendoelgroep zou dat efficiencywinst opleveren. Nu wordt de stafcapaciteit ingezet voor alle afzonderlijke patiëntendoelgroepen. (De gecentraliseerde kwaliteitsmedewerkers zijn daarmee 'leverancier' van meerdere 'klantengroepen' en voor meerdere hiërarchische niveaus.)

- *Efficiency en (de)centralisatie*

Decentralisatie is in principe efficiënter dan centralisatie omdat de besluitvormingskanalen worden ontlast. Op de lagere niveaus kan snel en adequaat worden ingespeeld op plaatselijke omstandigheden.

Beoordeling

De revalidatiecentra kiezen over het algemeen voor een gedecentraliseerde organisatiestructuur, geordend naar doelgroepen (M) of product (P). Dat komt de afstemming ten aanzien van de betreffende doelgroep of het product, onderling en met ketenpartners, ten goede. Wanneer er tegelijkertijd de nodige centrale lijnen blijven bestaan, hetgeen bij revalidatiecentra het geval is, wordt de efficiencywinst door het sturen op doelgroepen zo laag mogelijk in de organisatie, (deels) teniet gedaan door aanvullende communicatielijnen die juist om centrale coördinatie vragen.

- *Efficiency en hiërarchie*

In het algemeen kan gesteld worden dat de lijn- en staforganisatie en de projectorganisatie het meest doelmatig zijn. Door de lijn- en staforganisatie wordt onder meer de leiding ontlast en de voorbereiding van de besluitvorming in het algemeen bevorderd. De matrixorganisatie kan meer kosten met zich meebrengen

door de grotere behoefte aan leidinggevend en aan communicatie binnen de organisatie.

Beoordeling

In revalidatiecentra is men gewend om beleidsontwikkeling te laten plaatsvinden via de 'lijn-/staforganisatie' of de 'projectorganisatie'. Wanneer je met enige afstand naar revalidatiecentra kijkt zie je een matrixachtige kluwen. De verticale (bevels)lijnen worden permanent doorkruist door horizontale vormen van organiseren. Dat alles vereist veel communicatie en afstemming. Gegeven de schaalgrootte van revalidatiecentra en ook gegeven de keuze voor verdergaande specialisatie, kan gesteld worden dat de matrixachtige structuren efficiënt zijn, in die zin dat op deze wijze de centra in staat zijn hun strategie (specialisatie) 'vol te houden'. Tegelijkertijd kan ook gesteld worden dat dat alles veel communicatie-inspanningen vergt. Zo beschouwd, is dat juist niet efficiënt.

- *Efficiency en macht, formalisatie en standaardisatie*

Formalisatie en standaardisatie zijn de minst kostbare coördinatiemechanismen. De reden hiervoor is dat het geen of weinig beslag legt op de communicatiekanalen en de leidinggevend van de organisatie. De meeste kosten worden veroorzaakt door coördinatie via geformaliseerde machtsrelaties, zoals het aantrekken van extra managers, verplichte consultatie en een zware structuur van (permanente) werk- en adviesgroepen.

Beoordeling

Revalidatiecentra kenden tot voor kort relatief weinig formalisatie. Formalisatie neemt toe de laatste tijd, onder andere onder druk van wet- en regelgeving en de externe behoefte aan transparantie. Coördinatie wordt veelvuldig gezocht via inzet van revalidatieartsen en door middel van een indrukwekkende hoeveelheid overlegmomenten. Zo beschouwd zijn dat dure 'middelen' en daarmee weinig efficiënt. Standaardisatie van behandelprocessen is relatief weinig terug te vinden in de centra. Daarmee zijn de 'productieprocessen' weinig efficiënt ingericht.

- *Efficiency en informatie en communicatie*

Coördinatie via een uitgebreid communicatie- en informatiesysteem is een kostbare aangelegenheid. Automatisering kan in een aantal gevallen de kosten verlagen.

Beoordeling

De uitgaven aan ICT in de revalidatiecentra zijn de laatste paar jaar enorm toegenomen. Het lijkt erop dat de behoefte aan ICT toepassingen groter is (en blijft) dan wat feitelijk ingezet kan worden. De toenemende behoefte aan informatie- en communicatiesystemen komt mede voort uit de verdergaande specialisatie in revalidatiecentra. Hier doet zich een paradox voor. Juist vanwege de geringe schaalgrootte van revalidatiecentra en de grote verantwoordelijkheidsgebieden waarvoor zij werkzaam zijn (oppervlakte), bestaat grote behoefte aan ICT toepassingen, ter ondersteuning van communicatie en informatie. Niet alleen is het nodig voor afstemming tussen de medewerkers onderling, maar ook voor de verbinding met patiënten (bijvoorbeeld vormen van e-health zouden mogelijk een deel van het probleem van de lange reistijden kunnen ondervangen). Met andere woorden, ICT kan bijdragen aan een efficiencyslag in de revalidatiecentra. Het probleem is dat de omvang (ook in budget) van revalidatiecentra hen belet die

investeringen voluit te doen. Dit heeft als gevaar dat de gewenste efficiency niet in voldoende mate behaald kan worden.

De sterke behoefte aan consensus (cultuur) binnen revalidatiecentra leidt tot veel overlegmomenten waarin veel tijd en energie gaat zitten. De wijze waarop professionals 'leren' en samenwerken verloopt voor een belangrijk deel via 'onderlinge afstemming' (zie paragraaf 3.2). Zo beschouwd is dat een efficiënte manier waarop de 'productie' tot stand kan komen. Tegelijkertijd, de grote hoeveelheid overlegmomenten, kan per saldo als weinig efficiënt worden aangemerkt.

6.2.3 Satisfactie

Bij het bespreken van de menselijke component in het kader van het structureren van organisaties, is er behoefte van medewerkers aan zekerheid enerzijds en de behoefte aan zelfstandigheid anderzijds. De behoefte aan zekerheid kan gezien worden als reductie van angst of ongerustheid. Dit kan gerealiseerd worden door maatregelen in de organisatiestructuur die gericht zijn op het afschermen van mensen tegen onzekerheden. Deze maatregelen betreffen met name de wijze waarop aan de coördinatie gestalte wordt gegeven, namelijk door formalisatie, standaardisatie en centralisatie. Meer formalisatie, standaardisatie en centralisatie geeft de organisatie daarentegen minder ruimte voor de behoefte om zelfstandig te kunnen handelen. Er zal tussen beide tegenstrijdige behoeften een adequaat evenwicht gevonden moeten worden.

Beoordeling

Uit het onderzoek onder de revalidatiecentra ontstaat de indruk dat er toenemend een spanningsveld ontstaat tussen de behoefte aan zekerheid enerzijds en de behoefte aan zelfstandigheid anderzijds. De dominante cultuur in de centra is die van de 'professionele organisatie' zoals Mintzberg die beschrijft (zie paragraaf 3.2). Oftewel: er is veel behoefte aan (professionele) autonomie. Daarbij komt een sterk wij-gevoel waarbij een vriendelijke, informele (gemoedelijke) omgang de boventoon voert. Als gevolg van veranderende eisen uit de omgeving (hoofdstuk 2) ontstaat echter steeds meer behoefte aan formalisatie, standaardisatie en op onderdelen ook centralisatie. Dat alles betekent dat managers meer en meer met het spanningsveld tussen beide behoeften geconfronteerd zullen worden en daar met de professionals het juiste evenwicht in moeten vinden.

6.2.4 Externe behoeftebevrediging

Elke organisatie is voor essentiële hulpmiddelen, zoals grondstoffen, arbeidskrachten, geld en (politieke) steun afhankelijk van individuen, groeperingen of organisaties in de omgeving. Ook is een organisatie voor het afnemen van de geleverde diensten afhankelijk van externen. Om te kunnen blijven voortbestaan moet een organisatie dan ook voorzien in de behoeften en voldoen aan de eisen van die groeperingen die voor hem van belang zijn. Daarom is externe behoeftebevrediging een belangrijk criterium voor de beoordeling van de effectiviteit.

Beoordeling

In principe beschikken alle centra over een cliëntenraad, waardoor een zekere mate van cliëntenparticipatie is gegarandeerd. Met het oogmerk een steviger positionering in de keten, bij uitstek op het niveau van patiëntendoelgroepen, is dat onvoldoende. Hoewel dit niet specifiek is onderzocht in het kader van de scriptie bestaat de indruk dat de centra meer zouden moeten investeren in de

samenwerking met patiëntenverenigingen. In een zorgstelsel waarin de vraag van de klant meer gewicht krijgt, zal dat de 'concurrentiepositie' kunnen vergroten. De samenwerking met andere ketenpartners lijkt steeds meer aandacht te krijgen. Hier speelt het probleem dat revalidatiecentra relatief klein zijn, in relatie tot de omvang van de patiëntendoelgroepen en/of in relatie tot de omvang van het verantwoordelijkheidsgebied (oppervlakte). Een actieve regierol en zichtbaarheid in de verschillende 'zorgketens' is daarom lastig vanwege het gebrek aan menskracht in relatie tot de omvang van het gebied.

6.2.5 Conclusie

Als de verschillende beoordelingen per kenmerk op een rijtje worden gezet (zie tabel) en beoordeeld door het toekennen van 'plussen' en 'minnen', dan levert het 'eindoordeel' (nog) een redelijk positief beeld op.

Beoordeling 'structurering en coördinatie' samengevat		
FLEXIBILITEIT		
verbijzondering	+ +	M-ordering, waardoor inspelen op doelgroepen
(de)centraal	+ + -	specialisatie decentraal, maar stafondersteuning centraal
hiërarchie	+ +	staf/lijn-organisatie en projectorganisatie
macht	+ -	projectstructuur, veel 'centrale consultatie'
formalisatie	+	formalisatie creëert ruimte, weinig bureaucratie
standaardisatie	+ -	weinig gestandaardiseerd, lijkt moeilijk te realiseren
informatie/ communicatie	+ - +	ICT revalidatie adequaat, beperkt budget problemen interdisciplinair oplossen
beoordeling	ruim voldoende	
EFFICIENCY		
verbijzondering	+ -	M-ordering, gaat ten koste van flexibele inzet
(de)centraal	+ -	centraal en decentraal, veel communicatielijnen
hiërarchie	+ -	projectorganisatie efficiënt, echter veel 'verbindingen'
macht	+ -	onderlinge aanpassing professionals/ artsen 'in de lijn'
formalisatie	- - +	weinig formalisatie, neemt laatste tijd wel toe
standaardisatie	- -	zeer weinig standaardisatie
informatie/ communicatie	+ - -	ICT revalidatie adequaat, beperkt budget veel overleg, nadruk op consensus
beoordeling	matig	
SATISFACTIE		
	+ + /-	tevreden medewerkers, druk neemt toe.
beoordeling	ruim voldoende (met risico's)	
EXTERNE SATISFACTIE		
	+ + /-	tevreden omgeving, meerwaarde voldoende zichtbaar?
beoordeling	ruim voldoende (met risico's)	

Het criterium *efficiency* valt negatief uit de toon. Op dat vlak hebben revalidatiecentra problemen. Met een overheid die toenemend op doelmatigheid (aan)stuurt en een financieringsstelsel waarin de kostenkant steeds nadrukkelijker een rol gaat spelen bij beleidskeuzes, zal de efficiency meer en meer een knelpunt worden, zolang revalidatiecentra met de huidige schaalgrootte blijven kiezen voor specialisatie. Efficiencymaatregelen liggen dan voor de hand. Wanneer dat leidt tot extra productiedruk, kan ook de *satisfactie* van medewerkers gaan afnemen. Tevens bestaat het risico dat dit ten koste gaat van de kwaliteit (en daarmee de *externe satisfactie* omlaag gaat).

Kortom: de effectiviteit van de organisatiestructuren van revalidatiecentra is momenteel nog redelijk goed. Bij ongewijzigd beleid kunnen deze structuren echter toenemend knellende keurslijven gaan worden.

6.3 Beoordeling op basis van de waardeketen

Porter (1999) beschrijft de waardeketen als basisinstrument voor het diagnosticeren van concurrentievoordeel en het vinden van wegen om concurrentievoordeel te creëren en te behouden. De waardeketen kan echter ook een waardevolle rol spelen bij het ontwikkelen van de organisatiestructuur. De waardeketen verschaft een systematische manier om een bedrijf te verdelen in zijn onderscheiden activiteiten en kan dus worden gebruikt om te onderzoeken hoe de activiteiten in een bedrijf zijn en worden gegroepeerd. Er zijn vaak veel verbindingen binnen de waardeketen. Porter beschrijft dat de organisatiestructuur er vaak niet in slaagt om te voorzien in mechanismen voor het coördineren of optimaliseren van deze verbindingen. De informatie, noodzakelijk voor de coördinatie en optimalisatie van verbindingen, wordt ook zelden door heel de waardeketen verzameld. Een organisatiestructuur die correspondeert met de waardeketen, zal het vermogen van een bedrijf om concurrentievoordeel te creëren en te behouden, verbeteren.

Verburg (2006) maakt in een uitvoerige analyse van de waardeketen 'Revalidatiebehandeling van patiënten met een dwarslaesie' in een revalidatiecentrum, duidelijk dat de structuur van de organisatie eraan bijdraagt dat deze waardeketen diverse knelpunten kent die om een oplossing vragen (om daarmee meerwaarde voor de klant te creëren en/of meer kosteneffectief te kunnen zijn). Een belangrijke oorzaak voor enkele wezenlijke knelpunten bleek gelegen in het feit dat de klinische functie voor deze groep patiënten organisatorisch gescheiden is van de poliklinische functie. Enkele daaraan gerelateerde knelpunten bleken te zijn: gescheiden optrekken van behandelteams, niet op elkaar afgestemde opleidingsplannen, stagnatie bij start van poliklinische behandeling, gebrekkige continuïteit van zorg, moeizame uitwisseling van personeel bij bijvoorbeeld extra werkdruk of benodigde expertise op één van beide behandelplekken, verschillende rapportagesystemen, etc.

De analyse maakt duidelijk dat aanpassingen nodig zijn in de verbijzondering (bijvoorbeeld door de beide afdelingen te integreren) of door aanvullende coördinatiemaatregelen toe te passen.

6.4 Afsluiting

In dit hoofdstuk is aan de hand van een tweetal beoordelingscriteria (effectiviteit en waardeketen) uiteengezet dat de 'organisatieontwerper' het structuurontwerp kan bekijken en analyseren. Daarmee kan nagegaan worden welke maatregelen eventueel ontbreken, elkaar tegenwerken of de organisatie in een niet gewenste richting zullen sturen.

De structurering van revalidatiecentra is daadwerkelijk beoordeeld op het criterium 'effectiviteit'. Aansluitend is kort geïntroduceerd, en concreet geïllustreerd, de 'waardeketen', als betekenisvol instrument om de organisatiestructuur te beoordelen.

In de vorige drie hoofdstukken zijn de eerste drie deelvragen van de vraagstelling van deze scriptie beantwoord. In dit hoofdstuk zijn belangrijke voorzetten gedaan voor beantwoording van de laatste (vierde) deelvraag. Finale beantwoording zal plaatsvinden in het volgende en tevens laatste hoofdstuk, waarin een slotbeschouwing en enkele aanbevelingen te vinden zijn.

7. SLOTBESCHOUWING EN AANBEVELINGEN

7.1 Inleiding

Van de vier vragen die in de inleiding van deze scriptie zijn gesteld, zijn in de vorige hoofdstukken de eerste drie geheel en de vierde deels beantwoord. De aanbevelingen in dit hoofdstuk hebben betrekking op enkele keuzes die revalidatiecentra zouden kunnen maken ten aanzien van de structurering. Daarmee wordt ook de beantwoording van de vierde vraag afgerond. Maar allereerst wordt gestart met een slotbeschouwing over het onderwerp van deze scriptie.

7.2 Slotbeschouwing

Binnen de revalidatiecentra is het streven naar hoogwaardige zorg de belangrijkste doelstelling. De laatste jaren krijgt de ontwikkeling van het revalidatiegeneeskundig zorgaanbod toenemend invulling op het niveau van patiëntendoelgroepen. Deze specialisatie beantwoordt aan vraagsturing, één van de belangrijkste drijfveren achter het actuele zorgstelsel. De strategische koers van de centra (productdifferentiatie) en de veranderende eisen uit de omgeving doen de vraag ontstaan binnen welke organisatiestructuur revalidatiecentra een en ander het beste kunnen realiseren. Anders gesteld: wat betekent dit alles voor de 'verbijzondering' en voor de 'coördinatie'?

Om succesvol te zijn moeten organisaties op een effectieve wijze verbijzonderen in onderdelen en tegelijkertijd een goede integratie realiseren tussen die onderdelen. De organisatiebouwer heeft dus zowel oog voor de arbeidsverdeling als voor de coördinatie. In deze scriptie wordt een model uitgewerkt dat uitgaat van een tweetal kenmerken: structuurkenmerken en procedurele kenmerken. Door systematisch de afzonderlijke kenmerken van dit model langs te lopen, kan de effectiviteit van de structurering beoordeeld worden. Uit het onderzoek onder de revalidatiecentra blijkt duidelijk waaruit de complexiteit bestaat waarover Mintzberg spreekt wanneer hij de 'professionele bureaucratie' beschrijft. Een revalidatiecentrum is te karakteriseren als een 'professionele bureaucratie'. Door vergaande specialisatie en veranderende eisen vanuit de omgeving ontstaan complexe structuren waarin horizontale, verticale en laterale communicatielijnen door elkaar heen lopen.

De structurering van revalidatiecentra wordt bemoeilijkt door de relatief geringe schaalgrootte en grote verantwoordelijkheidsgebieden in relatie tot specialisatie op doel(diagnose)groepen. Daarbij komt dat per doelgroep de concurrentiekrachten tussen aanbieders verschillen en ook de benodigde specialisatiegraad verschilt. Anders gesteld: per patiëntendoelgroep zijn er verschillende 'leveranciers', verschillende 'productkenmerken', verschillende 'afzetmarkten', verschillen in omvang en verschillen in mate van concurrentie. De pogingen om aan al die verschillen recht te doen, is zichtbaar in de wijze waarop structurering en coördinatie in de centra gestalte krijgt. Zo beschouwd is het een prestatie dat de centra effectief functioneren. Ze zijn redelijk flexibel en bovendien is de satisfactie van medewerkers en externe omgeving overwegend positief. De efficiency daarentegen is onder de maat. In een omgeving waarin op doelmatigheid gestuurd wordt en een financiering op basis van Diagnose Behandel Combinaties aanstaande is, zal dat meer en meer een probleem gaan vormen voor de relatief kleine centra, waarin standaardisatie van werkzaamheden moeilijk te realiseren is en specialisatie de belangrijkste strategische koers is.

Er wordt 'intensief geharkt' in revalidatiecentra, hetgeen toenemend een opgave wordt. De vraag is wanneer de structuren te complex zullen worden en de curve van de effectiviteit een dalende lijn gaat vertonen. Nu reeds valt het oordeel ten aanzien van het criterium efficiency negatief uit. Medewerkers van de centra tonen zich in satisfactiemetingen over het algemeen tevreden. Maar zal dat zo blijven met de aanhoudende druk op doelmatigheid en hoe verhoudt zich dat ten opzichte van de onverminderde ambities van professionals om te blijven specialiseren op afzonderlijke patiëntendoelgroepen? Het zal in ieder geval de structurering van de centra, met de vele coördinatiemaatregelen, niet overzichtelijker maken. En wat zal het effect op de 'externe behoeftebevrediging' zijn wanneer blijkt dat de centra niet meer adequaat (tijdigheid, kwaliteit, maatwerk, goed georganiseerd) op vragen van de omgeving kunnen ingaan of wanneer andere aanbieders zich op een efficiënt georganiseerde wijze richten op dezelfde patiëntendoelgroepen?

Voorgaande vragen zijn niet te beantwoorden vanuit een eenzijdige focus op 'verbijzondering en coördinatie'. Structuur als zodanig geeft dat antwoord niet. In feite zijn de huidige structuren van revalidatiecentra, zoals die in deze scriptie tegen het licht zijn gehouden, een antwoord op uitdagingen waarvoor de centra gesteld worden, passend bij de strategische koers en tegelijkertijd het resultaat van de gangbare cultuur van een 'professionele bureaucratie'. Al eerder in deze scriptie is aangegeven dat er meer factoren zijn die in onderlinge samenhang bepalen welke interventies denkbaar zijn om de dilemma's van revalidatiecentra op te lossen.

Toch heeft deze scriptie wel tot inzichten geleid die onder andere een vertaling krijgen in enkele aanbevelingen ten aanzien van de structurering van revalidatiecentra. Voor een belangrijk deel, zo bleek uit het onderzoek, worden de meeste aanbevelingen (zoals die in paragraaf 7.3 genoemd worden) toegepast. Maar zelfs wanneer ze nieuw zijn, bieden ze geen garantie voor succes. Bovendien zijn de aanbevelingen dusdanig algemeen en zijn de verschillen tussen de centra en hun context zo groot, dat een 'best practice' niet bestaat en ook niet gevonden zal worden. Sterker, de in de inleiding gesignaleerde 'oververhitting' zal er niet door weggenomen kunnen worden en ook de efficiency zal onder druk blijven staan, wanneer slechts op de structuur zou worden ingegrepen aan de hand van onderstaande aanbevelingen.

Wanneer in de staande structuur de coördinatiebehoefte niet substantieel kan worden verlaagd, en daardoor 'oververhitting' blijft bestaan zolang specialisatie het uitgangspunt is, zijn er andere oplossingen nodig. Processturing biedt wat dat betreft kansen. Bij invoering van procesmanagement gaat het om drie principes: 'klantgerichtheid', 'horizontaal organiseren' en 'empowerment en delegeren'. Door bij de klant te beginnen, wordt de basis gelegd voor een systematiek van processen die extern gericht is. Dat betekent een fundamenteel andere inrichting van de organisatie. Processen lopen meestal door meerdere afdelingen heen, zonder bewaking en sturing. Wanneer deze processen op elkaar worden aangesloten, gaan medewerkers zich rond het proces organiseren. Dit zal leiden tot andere 'structuren' binnen de staande organisatie. We noemen dit: horizontaal organiseren. In dat geval volgt uiteindelijk de structuur het proces. Voornoemde processen vormen het fundament voor empowerment en delegeren. Het wordt mogelijk de zeggenschap over deze processen aan medewerkers of teams over te laten, wanneer van een proces klanten, resultaten en proceskengetallen bekend

zijn. Leidinggevers kunnen dan makkelijker loslaten en medewerkers zullen makkelijker hun verantwoordelijkheid nemen.

Revalidatiecentra zullen zich moeten (her)bezinnen op de strategische koers die is uitgezet. Verdere specialisatie kent een prijs en zal betaalbaar moeten blijven. Welke strategie is denkbaar om dat te realiseren? Het is maar de vraag of de leuze 'big is beautiful' in alle opzichten het nieuwe denken in de revalidatiezorg moet gaan domineren. Anderzijds, méér schaalgrootte ten aanzien van verschillende patiëntendoelgroepen is zeker gewenst, waardoor standaardisatie makkelijker zal zijn en desondanks de kwaliteit intact blijft of zelfs kan toenemen. Een sterkere focus op processturing is eveneens aan te bevelen, hetgeen ook kan bijdragen aan een gewenste cultuuromslag in de centra. Het gaat dan om 'horizontaal organiseren' waarbij het meer en meer aankomt op samenwerking uitgaande van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het proces van de klant.

Kortom, structuur als zodanig kan moeilijk 'begrepen worden' zonder deze in samenhang te zien met andere variabelen. Pogingen om de effectiviteit te verbeteren zullen breder ingezet moeten worden dan louter traditionele structuurwijzigingen. Dat alles wordt hierna nog eens in afzonderlijke aanbevelingen op een rijtje gezet.

7.3 Aanbevelingen

Ten aanzien van de structuur:

- Revalidatiecentra doen er in z'n algemeenheid verstandig aan om activiteiten die zich richten op eenzelfde patiëntendoelgroep, ook in eenzelfde organisatieonderdeel onder te brengen. Dit betekent dat de coördinatiebehoefte, die toch al aanzienlijk is, afneemt en dat zo laag mogelijk in de organisatie het management in samenspraak met de professionals zaken kan doen.
- Aangezien bij verbijzondering die taken in een afdeling worden geplaatst die de grootste onderlinge samenhang vertonen, en de strategie van revalidatiecentra gericht is op specialisatie op specifieke patiëntendoelgroepen, ligt het in de rede dat revalidatiecentra een verbijzondering naar Markt hanteren (al of niet in combinatie met een verbijzondering naar Product).
- Aangezien patiënten na ontslag uit de kliniek poliklinisch verder behandeld worden, is het raadzaam deze beide functies onder te brengen in eenzelfde organisatieonderdeel, vanzelfsprekend geordend naar diagnosegroepen. Hierdoor wordt niet alleen continuïteit van zorg gegarandeerd, maar wordt expertise niet nodeloos versnipperd en ligt de regie voor de interne keten van de specifieke doelgroepen in één hand. Wanneer dit niet mogelijk is, zal een aanvullende vorm van 'coördinatie' ingebouwd moeten worden zodat de hiervoor genoemde voordelen alsnog bereikt kunnen worden. (Concreet houdt dat in een vorm van afdelingsoverstijgende sturing.)
- Gezien de strategie (specialisatie op patiëntendoelgroepen) doen revalidatiecentra er verstandig aan een gedecentraliseerde organisatiestructuur te hanteren (d.w.z. een divisiestructuur). De motieven

voor decentralisatie zijn onder andere: voorkomen van oververhitting aan de top, het kunnen inzetten van benodigde kennis en kunde van professionals bij beleidsontwikkeling (bij sturing op patiëntendoelgroepen) en de notie dat de 'cultuur' van revalidatiecentra ('professionele bureaucratie') zich niet goed laat verenigen met een centralistisch sturingsmodel.

- Revalidatiecentra doen er verstandig aan alert te zijn op mogelijkheden om de coördinatiebehoefte te reduceren. Hierbij kan gedacht worden aan: verdere delegatie van bevoegdheden, het beperken van 'dwingende consultatie' (bijvoorbeeld beperken van de rol van de medische staf in besluitvormingstrajecten) en bevorderen van zelfsturend vermogen van teams.
- Specialisatie gaat ten koste van flexibele inzet van behandelaren en kan daarmee de bedrijfsvoering negatief beïnvloeden. Gelet op de beperkte omvang van (een aantal) doelgroepen, is het daarom noodzakelijk dat een deel van de behandelaren voor meerdere doelgroepen ingezet blijft worden.
- De omvang van de revalidatiecentra noodzaakt tot stafondersteuning op centraal niveau (verbijzondering naar Functie). Gezien alle ontwikkelingen in de externe omgeving en de eisen die op revalidatiecentra afkomen, zal dat betekenen dat de stafondersteuning in staat moet zijn 'meerdere heren' te dienen, op verschillende hiërarchische niveaus te acteren en maximaal te ondersteunen bij de ontwikkeling van één van de belangrijkste doelen van de revalidatiecentra, namelijk het leveren van hoogwaardige revalidatiegeneeskundige zorg, die is afgestemd op specifieke patiëntendoelgroepen.

Ten aanzien van de strategie

- Wanneer specialisatie de belangrijkste strategie van de revalidatiecentra blijft, is meer omvang, bij een deel van de patiëntendoelgroepen, noodzakelijk. In dat kader zou, mogelijk op brancheniveau, een oriëntatie moeten volgen hoe dat gerealiseerd kan worden. Denkbaar is bijvoorbeeld dat er afspraken gemaakt worden, op medisch-inhoudelijke gronden, over een aantal zogenaamde 'specialisatieniveaus'. Wanneer deze niveaus gekoppeld worden aan specifieke patiëntendoelgroepen en er overeenstemming bestaat over de gewenste omvang per doelgroep (om daarmee voldoende expertise te kunnen opbouwen) zou dat als uitgangspunt kunnen dienen voor verdere bovenregionale samenwerking. Dat zou betekenen dat niet meer iedereen 'alles doet' maar dat er duidelijke keuzes gemaakt worden wat waar aangeboden zal worden. Enerzijds zal dat betekenen dat centra bestaand aanbod 'af moeten staan', anderzijds zal de concurrentiedruk afnemen, wat op langere termijn ieder centrum meer zekerheid biedt voor bestaansrecht. Bovendien wordt meer schaalgrootte per doelgroep bereikt, waardoor de zorg meer gestandaardiseerd kan worden met als gevolgen lagere kosten en stijgende kwaliteit. In een dergelijk 'masterplan' zouden de centra stevige verbindingen moeten maken met alle ziekenhuizen, tenminste door detachering van revalidatieartsen. Deze ziekenhuizen fungeren dan als

belangrijke vindplaatsen en zorgen er tevens voor dat revalidatiezorg voor iedere patiënt relatief goed bereikbaar is (1^{ste} specialisatiegraad). De gespecialiseerde revalidatiezorg (2^{de} specialisatiegraad) wordt dan aangeboden in (boven)regionale centra. Supergespecialiseerd revalidatieaanbod (3^{de} specialisatiegraad) bevindt zich dan op een aantal plaatsen in Nederland.

Wanneer het niet zou lukken om op brancheniveau tot een dergelijke ordening te komen, kunnen revalidatiecentra op (boven)regionaal niveau uiteraard ook het initiatief nemen om met elkaar tot een dergelijke 'herschikking' te komen.

- Revalidatiecentra moeten zich gaan bezighouden met (aanzetten tot) processturing. Niet alleen de wens tot HKZ certificering dwingt tot procesmanagement, maar het centraal stellen van de klant in de keten, waarbij efficiency (doorlooptijd, kosten e.d.) en effectiviteit (van behandeling) steeds meer onderscheidend worden, nodigt uit tot een omslag naar een meer procesgestuurde manier van organiseren. Bovendien doet processturing de coördinatiebehoefte binnen de centra op termijn afnemen.

Ten aanzien van de cultuur

- De cultuur van de organisatie (consensus, grote betrokkenheid, wij-gevoel) biedt kansen (veel inzet, flexibel, betrokkenheid) maar ook risico's (stroperige besluitvormingstrajecten en trage reactie op de omgeving). De introductie van de 'markt' en de sturing op afzonderlijke doelgroepen (specialisatie) vraagt om een cultuuromslag, waarbij een verschuiving dient plaats te vinden van 'consensus' naar 'consent' en van 'familie' naar meer 'professioneel/zakelijk handelen'.
- Revalidatieartsen zijn schaars en duur. Daarnaast zijn zij de experts bij uitstek als het gaat om de ontwikkeling van het revalidatiegeneeskundig zorgaanbod. Revalidatiecentra doen er daarom verstandig aan terughoudend te zijn de artsen te belasten met managementtaken, behoudens die taken die in het verlengde liggen van hun toegevoegde waarde. Hierbij kan vooral gedacht worden aan ontwikkeling, borging en onderhoud van behandelbeleid en samenwerking met andere specialismen in de keten. Juist op deze aandachtsgebieden mogen artsen nadrukkelijk ingezet en aangesproken worden. In dat kader is het plan interessant dat in het onderzoek gepresenteerd werd door één van de centra, namelijk om de revalidatieartsen verantwoordelijk te maken voor divisie- of afdelingsoverstijgende ontwikkeling en borging van behandelbeleid per diagnosegroep. Dat kan in een matrixachtig model waarbij duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de lijn ten opzichte van de 'diagnosegroep-verantwoordelijken' en vice versa.
- Managers, artsen, andere behandelaren, beleidsmedewerkers en ICT-deskundigen zullen elkaar meer en meer nodig hebben om gezamenlijk tot gewenste eindresultaten te komen. Daarmee wordt de besturing van de organisatie als geheel complexer en zal het succes meer en meer afhangen van intermenselijke vaardigheden om met elkaar in 'horizontale

verbanden' samen te werken in plaats van te vertrouwen op de (hiërarchische) posities en de formele organisatiestructuur. Anders gezegd: informatie, communicatie en overleg moeten steeds meer de beperkingen en tekortkomingen van de traditionele 'bevelslijnen' compenseren. Het zelfsturend vermogen van de afzonderlijke medewerkers zal medebepalend worden voor het welslagen van de strategie die gericht is op specialisatie. Training en selectie van deze vaardigheden dient derhalve prioriteit te krijgen.

Ten aanzien van de systemen

- De revalidatiecentra kunnen veel belang hebben bij ICT toepassingen. Het grote verantwoordelijkheidsgebied maakt het lastig om 'contact te onderhouden' met de afzonderlijke ketenpartners en met de patiënten. Via internet kunnen samenwerkingspartners geïnformeerd blijven en kan er uitwisseling plaatsvinden. Diverse toepassingen van e-health kunnen eraan bijdragen dat patiënten niet elders hulp zoeken als gevolg van lange reistijden. Controlebezoeken aan de revalidatiearts kunnen beperkt worden of beter voorbereid. Ook kunnen patiënten via de mail vragen stellen en adviezen krijgen. Dit alles biedt meerwaarde voor de patiënt maar draagt ook bij aan efficiënte inzet van beschikbare capaciteit. Ook voor de bedrijfsvoering kunnen de centra veel hebben aan ICT-toepassingen. Managementinformatie, specifiek op het niveau van patiëntendoelgroepen te raadplegen, een elektronisch patiëntendossier, digitale ondersteuning van het interdisciplinaire overleg van behandelteams etc, kunnen overleg- en afstemmingsdruk weghalen bij de medewerkers. Kortom, revalidatiecentra dienen blijvend te investeren in ICT toepassingen. Investeringsen zullen zich terugbetalen.
- Voorschriften, procedures en richtlijnen kunnen, mits op verstandige wijze gehanteerd, relatief goedkope manieren zijn om tegemoet te komen aan de coördinatiebehoefte. Revalidatiecentra doen er daarom verstandig aan om na te gaan op welke wijze verdere formalisatie (en waar mogelijk standaardisatie) kan bijdragen aan vermindering van 'oververhitting' en de omvangrijke overlegstructuur en -cultuur.

7.4 Tot besluit

Met bovenstaande slotbeschouwing en de aanbevelingen is nu ook de laatste vraag uit de vraagstelling geheel beantwoord. Daarmee wordt deze scriptie afgesloten. Een allerlaatste aanbeveling luidt als volgt:

- In de tweejarige MBA-Health van de Erasmus Universiteit Rotterdam wordt aandacht besteed aan vrijwel alle variabelen uit het bekende 7-S Model van McKinsey. Behoudens de variabele: Structuur! Het zal de lezer niet verwonderen dat ik dit als een omissie ervaar. De aanbeveling luidt dan ook dat in het vervolg de opleiding ook aan deze variabele de aandacht zou moeten geven die het verdient.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Dorr, C.C. (2002). *Presteren met processen. Procesmanagement voor dienstverlenende organisaties*. Deventer: Kluwer.

Jägers, H.P.M. en Jansen, W. (1991). *Het ontwerpen van effectieve organisaties*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese Uitgevers.

Keuning, D. en Eppink, D.J. (2004). *Management en organisatie. Theorie en toepassing*. Groningen: Stenfert Kroese.

Koning, P.C.J. de (zonder jaartal). *Gezondheidszorg; van functiegerichte naar procesgerichte structurering*. Zonder plaats.

Makin, P., Cooper, C. en Cox, C. (1997). *Het Psychologisch Contract in Organisaties*. Schoonhoven: Academic Service Economie en Bedrijfskunde.

McKinsey. *7S-model*. Internet: <http://www.fractal.org/bewustzijns-besturings-model/Pres-BBM-A/sld034.htm>.

Morgan, M. (1993). *Imaginisatie. De kunst van creatief management*. Schiedam: Scriptum.

Mintzberg, H. (2004). *Mintzberg over management. De wereld van onze organisaties*. Amsterdam: Business Contact.

Mintzberg, H. (1998). *Organisatiestructuren*. Schoonhoven: Academic Service Economie en Bedrijfskunde.

Porter, M. (1999). *Concurrentievoordeel. De beste bedrijfsresultaten behalen en behouden*. Amsterdam/Antwerpen: Contact.

Revalidatie Nederland (2004). *Algemene brochure*. Interne publicatie.

Revalidatie Nederland. *Algemene informatie*. Website: www.revalidatie.nl.

Revalidatie Nederland (2005). *'Stelselherziening & marktwerking in de revalidatie'*. Interne publicatie.

Verburg, P. (2005). *Bedrijfstakanalyse*. Studieopdracht voor CMDZ / MBA Health, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verburg, P. (2006). *Waardeketenanalyse*. Studieopdracht voor CMDZ / MBA Health, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Visser, G.R. e.a. (1996). *Ondernemend besturen. Ziekenhuismanagement van overmorgen*. Rapport van de commissie 'Het ziekenhuismanagement van Overmorgen', ingesteld door de NVZ. Assen: Van Gorcum.

VRIN (2001). *Handleiding behandelprogramma's*. Utrecht: VRIN-publicatie, www.revalidatie.nl.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: begeleidend schrijven

(Naam/plaats revalidatiecentrum)
8 januari 2007, Rotterdam

Betreft: **vragenlijst scriptie MBA-Health**

Geachte,

Mijn naam is Paul Verburg, ik ben als divisiemanager Kliniek en Polikliniek Volwassenen werkzaam in Rijndam revalidatiecentrum. Graag vraag ik uw aandacht voor het volgende:

In het kader van mijn studie MBA-Health (Erasmus Universiteit Rotterdam, cursusleiders: prof. dr Jan Moen, prof. dr Aad A. de Roo, prof. dr Pauline Meurs) ben ik bezig met mijn afstudeerscriptie. Hierin staat de volgende vraag centraal: moet het sturen op doel-/diagnosegroepen (als gevolg van vraagsturing) tot veranderingen leiden in de sturing en/of structurering van revalidatiecentra. En zo ja: hoe? Sommige revalidatie-instellingen hebben in hun 'primaire organisatiestructuur' (organogram) expliciete keuzes hierin gemaakt (organisatieonderdeel en diagnosegroep vallen samen). Bij andere instellingen is dat niet het geval, maar zijn andersoortige keuzes gemaakt om desondanks doel-/diagnosegericht te kunnen sturen.

Na een verkenning in de literatuur ben ik thans toe aan een onderzoek in de praktijk waarbij theoretische concepten getoetst kunnen worden. Het onderzoek wil ik in twee delen uitvoeren. In de eerste plaats wil ik een globaal beeld krijgen van de formele organisatiestructuren (de organogrammen) van alle revalidatiecentra in Nederland en de mate waarin daarin het structureren van de organisatie naar doel-/diagnosegroepen reeds zichtbaar is. Daarnaast wil ik weten in welke mate revalidatiecentra doel-/diagnosegericht (aan)sturen. Daartoe heb ik bijgaande vragen opgesteld (zie bijlage). Mede op basis van de uitkomsten wil ik een vijftal revalidatiecentra benaderen voor een aanvullend gesprek (het tweede deel van het onderzoek), waarin dieper wordt ingegaan op de probleem- en vraagstelling van mijn scriptie.

Ik zou u zeer erkentelijk zijn wanneer u de vragen wilt beantwoorden en per mail aan onderstaand adres verzendt. Verzending per post is ook mogelijk. Antwoorden worden uiteraard vertrouwelijk behandeld. Indien u belangstelling heeft voor een exemplaar van de scriptie kunt u dat op de vragenlijst aangeven.

Bij voorbaat hartelijk dank voor de genomen moeite. Uw reactie zie ik met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groeten,

Paul Verburg,
divisiemanager Kliniek en Polikliniek Volwassenen Rijndam revalidatiecentrum
Email: p.verburg@rijndam.nl
p/a Rijndam revalidatiecentrum
Westersingel 300
3001 KD Rotterdam

BIJLAGE 2: quick-scan

QUICK-SCAN T.A.V. 'DOEL-/DIAGNOSEGROEPGERICHT STUREN' IN DE REVALIDATIECENTRA IN NEDERLAND

(t.b.v. scriptie Paul Verburg, MBA-Health Erasmus Universiteit)

januari 2007

Toelichting

Het zorgstelsel is/wordt drastisch gewijzigd waarbij één van de belangrijkste oogmerken van de overheid het versterken van de vraagkant van klanten is. De omslag naar vraaggestuurde revalidatiezorg veronderstelt dat meer op specifieke doel-/diagnosegroepen gestuurd wordt. Dit kan betekenen dat ook aanpassingen in aansturing en/of structurering ván, of ín de organisatie, nodig zijn om dit (nadrukkelijker) mogelijk te maken. Deze aanpassingen kunnen gedaan worden binnen de bestaande organisatiestructuur (bv. door het instellen van een projectteam die als opdracht krijgt ten aanzien van een specifieke doel-/diagnosegroep beleid te maken). Maar aanpassingen kunnen ook gedaan worden in de formele organisatiestructuur zelf, bv. door de introductie van een matrixstructuur (dwars door de bestaande structuur worden een of meer eenheden 'gevlochten' met een bepaalde beleidsverantwoordelijkheid ten aanzien van één of meer doel-/diagnosegroepen) of door daadwerkelijk te 'kantelen' waardoor organisatieonderdeel en doel-/diagnosegroep feitelijk samenvallen.

Let wel: doelgroepen en diagnosegroepen hoeven niet hetzelfde te zijn. Kinderen en volwassenen zijn verschillende doelgroepen, maar kunnen tot dezelfde diagnosegroep behoren. En ook verschillende diagnosegroepen kunnen tot dezelfde doelgroep behoren, bv. patiënten met een spasme. Deze quick scan gaat niet zozeer over de vraag wélke doelgroepen en/of wélke diagnosegroepen gekozen worden, maar over de vraag of en op welke wijze revalidatiecentra ingericht zijn of worden, zodanig dat op doel-/of diagnosegroepen sturing mogelijk is!

- | | |
|----|---|
| 1. | Beschikt uw revalidatieinstelling over een organogram en een beschrijving van het besturingsmodel daarbij? Zo ja, wilt u mij dat toesturen? Zo nee, kunt u het organogram weergeven en kort toelichten? |
|----|---|

Antwoord:

- | | |
|----|--|
| 2. | Bent u van mening dat de organisatiestructuur van uw instelling 'sturen op doel-/diagnosegroepen' belemmert of bevordert? Of bent u van mening dat de organisatiestructuur ten aanzien van het sturen op doel-/diagnosegroepen niet van belang is (bv. omdat binnen de formele structuur andere manieren zijn gevonden om desondanks toe te komen aan sturing op doel-/diagnosegroepen)? Kunt u uw antwoorden kort toelichten? |
|----|--|

Antwoord:

- | | |
|----|--|
| 3. | Heeft u (recent) wijzigingen doorgevoerd in de aansturing en/of structurering van uw organisatie met als specifiek oogmerk het versterken van 'sturen op doel-/diagnosegroepen'? Welke wijzigingen zijn dat? Overweegt u wijzigingen in aansturing en/of structurering om sturen op doel-/diagnosegroepen meer mogelijk te maken? Welke wijzigingen overweegt u? |
|----|--|

Antwoord:

- | | |
|----|---|
| 4. | Sturen op doel-/diagnosegroepen biedt de mogelijkheid tot verdergaande specialisatie, met als risico het verlies van flexibiliteit. In hoeverre herkent u dit spanningsveld binnen uw organisatie en hoe gaat u hiermee om? |
|----|---|

Antwoord:

- | | |
|----|---|
| 5. | Heeft u met betrekking tot het genoemde onderwerp nog aanvullende opmerkingen en/of overwegingen? |
|----|---|

Antwoord:

- | | |
|----|---|
| 6. | Zou ik u eventueel mogen benaderen voor een aanvullend, mondeling, gesprek? |
|----|---|

Antwoord:

- | | |
|----|---|
| 7. | Deze vragen zijn beantwoord door:
van het revalidatiecentrum:..... |
|----|---|

- | | |
|----|--|
| 8. | Bent u geïnteresseerd t.z.t. een exemplaar van de scriptie te krijgen? |
|----|--|

Antwoord:

Hartelijk dank voor uw reactie. Antwoorden worden vertrouwelijk behandeld en niet herleidbaar verwerkt in de scriptie.

Graag mailen of per post toesturen aan onderstaand (email)adres.

Paul Verburg,
divisiemanager Kliniek en Polikliniek Volwassenen Rijndam revalidatiecentrum
p.verburg@rijndam.nl

p/a Rijndam revalidatiecentrum
Westersingel 300
3015 LJ Rotterdam

BIJLAGE 3: voorbereiding interview

Januari 2007, Geldermalsen

Betreft: interview scriptie over: structurering revalidatiecentra in relatie tot sturing op het niveau van patiëntendoelgroepen

Geachte ,

Allereerst hartelijk dank voor de mogelijkheid om met u in een persoonlijk gesprek nader te kunnen ingaan op probleem- en vraagstelling van mijn scriptie. Ter voorbereiding op het gesprek stuur ik u een korte inleiding op het thema en enkele vragen. De vragen dienen als opening voor een gesprek waarin informatie, dilemma's en standpunten met betrekking tot het thema kunnen worden uitgewisseld.

Inleiding

In mijn scriptie houd ik me bezig met de vraag welke wijzigingen in de structurering of organisatie van revalidatiecentra nodig zijn om nadrukkelijker te kunnen inspelen op patiëntendoelgroepen.

Actuele veranderingen binnen de gezondheidszorg zullen voor de revalidatiebranche ingrijpende gevolgen hebben. De geleidelijke introductie van gereguleerde marktwerking, de mede daardoor toenemende verplichting en noodzaak tot verantwoording, transparantie en zichtbare kwaliteit én de aanstaande introductie van een financieringssysteem op basis van Diagnose Behandel Combinaties zijn daar belangrijke voorbeelden van. In z'n algemeenheid lijkt een algehele versnelling plaats te vinden in 'de zorgmarkt' met veel behoefte aan (integrale) informatie- en kennisuitwisseling en een stevigere positionering in de zorgketen. Voor directie en management wordt het steeds moeilijker om voor alle doelgroepen ontwikkelingen bij te houden en hierop te sturen. Er wordt geschaakt op vele borden tegelijk. Problemen met betrekking tot span of control, gebrek aan overzicht en, mede daardoor, oververhitting bij lijnverantwoordelijken zijn daarvan enkele gevolgen. Dat is niet alleen in mijn eigen instelling merkbaar, maar blijkt ook uit een snelle benchmark onder managers bij een vijftal collega-revalidatiecentra. Het is de vraag of binnen de huidige structuren deze veranderingen en de daarmee gepaard gaande versnelling goed kunnen worden gemanaged. Wellicht zijn andere vormen van structuur en sturing wenselijk.

Naast bovengeschetste ontwikkelingen is het sturen op patiëntendoelgroepen vanuit kwaliteitsoverwegingen en concurrentieoverwegingen essentieel. Verder geldt dat op brancheniveau onlangs besloten is om HKZ-certificering voor de revalidatiecentra na te streven. Dat zal o.a. betekenen dat het proces van de patiënt (door de keten en door de organisatie heen) steeds meer uitgangspunt voor de bedrijfsvoering zal worden, waarbij te verwachten is dat deze processen toenemend op het niveau van patiënten-(diagnose) groepen zullen worden ingericht.

Sturen op patiëntendoelgroepen (product-/marktcombinaties), waarbij processen leidend zijn voor beleidsontwikkeling, betekent dat managen vanuit de traditionele (functioneel ingerichte) organisatiestructuren niet meer in alle opzichten voldoet. Het gevaar is dat een situatie ontstaat die zich laat kenmerken als: 'stuck in the middle'. De revalidatiegeneeskunde, relatief klein in omvang, is een typisch 'netwerkspecialisme', waarbij de positionering op patiëntendoelgroepen in de keten steeds belangrijker wordt om de onderscheidende meerwaarde ervan overeind te houden en te verstevigen. Sturen op patiëntendoelgroepen vereist ook een wezenlijke inbreng van kundige professionals. Die beschikbare en benodigde kennis bevindt zich veelal onderin de organisatie, op de

werkvloer. Langs welke weg kan die kennis gemobiliseerd worden om daarmee de sturing ten aanzien van patiëntendoelgroepen te versterken?

Kortom: welke keuzes ten aanzien van structurering van revalidatiecentra kunnen gemaakt worden om de sturing op patiëntendoelgroepen te versterken in het licht van de uitdagingen waarvoor deze centra zich gesteld zien?

Vragen/bespreekpunten

- Ter inleiding enige informatie over omvang/reikwijdte instelling en de belangrijkste samenwerkende partners van het revalidatiecentrum.
- Hoe kijkt men binnen het revalidatiecentrum aan tegen 'sturen op patiëntendoelgroepen'? Anders gesteld: wordt de voorgaande 'probleemstelling' herkend?
- Zijn ten aanzien van de (formele) organisatiestructuur (resultierend in een zgn. 'organogram') van het revalidatiecentrum keuzes gemaakt die expliciet tot doel hebben om op patiëntendoelgroepen te sturen? Voldoet deze structuur? Zijn binnen het revalidatiecentrum andere manieren gevonden om op patiëntendoelgroepen te sturen (aandachtsfunctionarissen, commissies, permanente taakgroepen e.d.)?
- Wat zijn belemmeringen om op patiëntendoelgroepen te sturen?
- In mijn scriptie focus ik met name op het structureringsvraagstuk in relatie tot de patiëntendoelgroepen. Er zijn echter ook andere dimensies die een rol kunnen spelen, zoals: cultuur, leiderschap, personeel, strategie en systemen. Wat valt hierover op te merken in relatie tot het thema zoals verwoord in de inleiding?

Tot zover deze voorbereiding. Ik zie uit naar ons onderhoud.

Met vriendelijke groeten,

Paul Verburg
telefoon: 06 51668839

BIJLAGE 4: lijst van geïnterviewden en korte typering instellingen

Revalidatiecentra

- **Libra Zorggroep** (revalidatiecentrum Blixembosch, Eindhoven)
Dhr. V.O.M. Buitendijk, lid Raad van Bestuur

Als gevolg van een recente fusie tussen de revalidatiecentra in Eindhoven (Blixembosch) en Tilburg (Leypark) is dit thans één van de grotere revalidatiecentra. Totaal 100 bedden, 180.000 revalidatiebehandeluren (polikliniek), adherentiegebied: ongeveer 1,25 miljoen inwoners. Twee centrumlocaties (Eindhoven en Tilburg) en enkele perifere revalidatiepoliklinieken. Structurele samenwerking met 5 (Eindhoven) en 3 (Tilburg) ziekenhuizen.

- **Revalidatiecentrum De Hoogstraat** (Utrecht)
Dhr. E. van Amerongen, algemeen directeur
Dhr. S.H. Berdenis van Berlekom, manager Kenniscentrum

Eén van de grotere revalidatiecentra met een erkenning voor 149 bedden. Voor 2007: 43.000 verpleegdagen, 94.000 revalidatiebehandeluren (polikliniek), 68.000 revalidatiebehandeluren (kliniek). Adherentiegebied: 1,4 miljoen inwoners (kliniek) en 860.000 inwoners (polikliniek). Een centrumlocatie (Utrecht) met revalidatieartsen gedetacheerd in alle omliggende ziekenhuizen. Samenwerking met het UMC Utrecht, met een hoogleraar revalidatiegeneeskunde die een dienstverband bij De Hoogstraat heeft en net als de stafleden is gedetacheerd naar het UMC Utrecht.

- **Revalidatiecentrum De Trappenberg** (Hilversum)
Dhr. S.J. Vegter, lid Raad van Bestuur

Middelgroot revalidatiecentrum, 55 bedden, 85.000 revalidatiebehandeluren (polikliniek en kliniek). Adherentiegebied: ± 700.000 inwoners. Onlangs gefuseerd met KBCZ (een tweetal categorale ziekenhuizen voor astma, obesitas en andere chronische aandoeningen). Een centrumlocatie (Huizen) en een nevenlocatie in Almere. Samenwerking met een drietal ziekenhuizen in de omliggende regio. Daarnaast samenwerking met academisch ziekenhuizen: AMC en VUMC (beide Amsterdam).

- **Rijnlands revalidatiecentrum** (Leiden)
Dhr. F.A. van den Broek, voorzitter Raad van Bestuur

Middelgroot revalidatiecentrum, 40 bedden, 61.000 revalidatiebehandeluren (polikliniek). Adherentiegebied: ongeveer 550.000 inwoners. Een centrumlocatie (Leiden) en een perifere polikliniek in een ziekenhuis in Alphen aan de Rijn. Structurele samenwerking met een drietal ziekenhuizen, één daarvan betreft een academisch ziekenhuis (waarin tevens een hoogleraar revalidatiegeneeskunde werkzaam is). In 2003 verhuisd vanuit Katwijk naar nieuw gebouw in Leiden. Sindsdien hard gewerkt aan imago, positionering en inhoudelijke kwaliteit. Totale productie is in drie jaar tijd verdubbeld.

- **Sophia Revalidatie** (Den Haag)
Dhr. J.W.M. Borgsteede, lid Raad van Bestuur

Een van de grotere revalidatiecentra in Nederland, 82 bedden, 49.000 revalidatiebehandelingen (kliniek) en 127.500 revalidatiebehandelingen (polikliniek), adherentie-gebied: ongeveer 1 miljoen inwoners. Lange historie, ontstaan uit een tweetal revalidatiecentra in Den Haag en Delft. Thans: een centrumlocatie (Den Haag) met klinische revalidatie voor volwassenen en poliklinische revalidatie voor volwassenen en kinderen, en verder poliklinische units in Den Haag, Delft en Gouda en een aantal units op een Tytlyschool voor kinderen in Den Haag. Structurele samenwerking met alle zes ziekenhuizen in het werkgebied. Gezien de omvang van het verantwoordelijkheidsgebied productieafspraken met een drietal zorgverzekeraars.

GGZ

- **Groep Parnassia** (Den Haag)
Dhr. A. Zoetewij, hoofd bedrijfsbureau

GGZ instelling. Momenteel ongeveer 4000 medewerkers. Belangrijkste 'afzetgebied': Den Haag/Haagrand. Acht jaar geleden is Parnassia ontstaan vanuit fusie van drie GGZ-instellingen. Vanaf start gestructureerd naar patiënten-doelgroepen. Onlangs gefuseerd met instelling voor verslavingszorg in (noord-) Noord Holland, daarmee ook in dat gebied een belangrijke rol op gebied van verslavingszorg.

Ziekenhuis

- **Maaslandziekenhuis** (onderdeel van Orbis concern, Sittard)
Dhr. R. Goffin, adjunct directeur

Het Maaslandziekenhuis is onderdeel van Orbis medisch en zorgconcern (9 verpleeghuizen, een hospice, thuiszorg en het ziekenhuis). Verzorgingsgebied van het ziekenhuis: 200.000 mensen. Competitieve omgeving, verschillende ziekenhuizen aan 'de randen' van het verzorgingsgebied, waaronder een academisch ziekenhuis (Maastricht) en een topklinisch ziekenhuis (Heerlen). Bovendien een ziekenhuis net over de grens (België) met een overcapaciteit (en dus geen of nauwelijks wachttijden). Vergrijzende omgeving, sterker dan in de rest van Nederland. Dat wil zeggen: een groei van zorgconsumptie van 3 à 4 % per jaar. Het Maaslandziekenhuis zit momenteel in een nieuwbouwtraject, in 2008 wordt het nieuwe gebouw in gebruik genomen. Opvallende kenmerken van dat nieuwe gebouw: uitsluitend 1-persoons-kamers, geen 'klassieke' poli-indeling (daarvoor in de plaats een model waarbij de arts een patiënt in een kamer bezoekt en na het consult de kamer weer verlaat), volledig gedigitaliseerd (geen papier meer!).