

# Vruchtbare betrekkingen

## Over bruikbare concepten van organisatieadvies en ontwikkelingen in de gezondheidszorg

*Frank Leguijt*

### Inleiding

Deze bijdrage gaat in op de relevantie van enkele praktijktheoretische concepten in het werk van Otto voor adviseurs in de gezondheidszorg. Veel deelnemers aan vijftien leergangen PGO-MC (VU, Amsterdam) hebben Otto als mentor gekozen om het schrijven van hun afstudeerartikel te begeleiden. Daarbij zijn opvallend veel onderwerpen over gezondheidszorg, zodat sprake moet zijn van een zekere wederzijdse affiniteit. Waar komt deze aantrekkingskracht vandaan? Otto heeft niet een specifieke adviesachtergrond in de zorg of uitgesproken toewijding aan beleidstrends in de sector. Er is voorts zeker geen sprake van een opzichtige persoonlijke gezondheidsmanie. De verklaring ligt mijns inziens in de actualiteit van een aantal van zijn kernthema's en van zijn bijdragen aan de methodische kanten van het vak van management consultant.

In de volgende paragrafen ga ik in op enkele concepten en noties die Otto zijn collega-consultants heeft aangereikt. Het is een persoonlijke selectie van zes thema's uit zijn praktijktheorie. In een enkel geval is het misschien trouwens meer een *re-invention*<sup>1</sup>, een persoonlijke vertaling naar een andere context. De werkelijkheid is de ware toets, dus volgt daarna een typering van een vijftal cases met actuele problematiek uit de wonderde wereld van de gezondheidszorg. Vervolgens zet ik de cases haaks op de concepten in een zes bij vijf matrix. Ik rond af met enkele conclusies en aanbevelingen.

### Favoriete 'Otto concepten'

De nu volgende selectie zal zeker onevenwichtig zijn. Dekte keuze de diversiteit aan problemen? Daar valt pas iets over te zeggen na de confrontatie met de praktijkcases.

De eerste twee concepten hebben betrekking op de soort organisaties die overwegend voorkomen in de (curatieve) gezondheidszorg en de omgeving hiervan:

- a De omgeving is bij uitstek hybride. Hybriditeit is de permanente beweging tussen het *guardian syndrome* en het *commercial syndrome*<sup>2</sup>; steeds lijkt tijdelijk één richting te domineren. Geaccepteerd gedrag is gedrag dat zich voegt naar het op dat moment bovenliggende waardepatroon. Staan alle seinen op groen voor liberalisering en marktwerking in de zorg, dan lijkt het een eenvoudige opgave een wat in het slop geraakte organisatie weer aan de praat te krijgen met maatregelen die productiviteit, efficiency en standaardisering van processen behelzen. De *guardian* en *commercial*-typologie kristalliseert uit in nieuwe (tussen)vormen. De grenzen tussen staat en privaat schuiven op, de scheiding tussen deelsectoren vervaagt en financieringsregimes wijzigen, waardoor niet altijd duidelijk is wat het dominante waardepatroon nu is.
- b In elke organisatie heeft de adviseur te maken met spanningen tussen de wensen van de organisatieleden en de doelen van de organisatie. Zorginstellingen zijn in het hanteren van die spanningen bij uitstek politieke organisaties.

Bijvoorbeeld in ziekenhuizen als professionele bureaucratieën is deze spanning structureel en onoplosbaar zonder het karakter van de (curatieve) zorg aan te tasten. Medische professionals zijn gewend een krachtige rol te spelen in management en bestuur sinds ruim tien jaar geleden conflicten over het specialisteninkomen werden bezworen in een pakket budgettaire maatregelen (lumpsum voor specialistenhonoraria) én een nieuw bestuurlijk concept: het 'geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf'. De consensus was gestoffeerd met betekenisvolle begrippen als zorgplicht van instellingen en nevenschikking van medische staf en bestuur van de instelling: een machtscentrum is zo niet duidelijk aanwezig. Liberalisering en gereguleerde marktwerking kondigen het einde aan van deze betrekkelijk vreedzame coëxistentie, maar wat volgt hierop?

Was ooit – in de woorden van Jan Blokker (2006) – de kern van de zorgwereld: ambtelijk, rechtvaardig, zorgaanbiedend en onschuldig, iets waar de aanbieders zelf in geloven en ons dus laten geloven, sinds de opmars van de marktwerking zijn diezelfde mensen zorgaanbieders geworden. Dat wil zeggen dat ze met zorg langs de deur gaan alsof het garen en band was, maar dan natuurlijk eigentijds en met moderne middelen.<sup>3</sup>

De volgende drie concepten zijn voor mij de kern van het instrumentarium van de adviseur in zijn rol bij de besturing van veranderingsprocessen:

- c Analyses en interventies moeten probleemdekkend zijn en dwingen tot schakelen.  
Niet alleen een hybride omgeving en politieke besturing, maar ook complexiteit dwingt hiertoe. De meervoudigheid en meerduidigheid zorgen voor (gepercipieerde) tegenstellingen tussen organisaties en (door concernvorming) in toenemende mate ook daarbinnen, maar ook voor tempover-

schillen en verschillend gerichte incentives. Interventies moeten daarom, in medisch idioom, zowel sensitief als specifiek zijn.

De complexiteit zal de komende tijd toenemen als de huidige belangstelling voor eigendomsverhoudingen en aandeelhouderschap in de zorg doorzet. Effecten van meer belangstelling voor ondernemen in de zorg kunnen welkom zijn doordat regionale monopolies worden doorbroken, maar marktwerking kan ook eenvoudig doorschieten. Te grote concentraties roepen vraagtekens op uit oogpunt van mededinging.

- d Organisatie, processen, cultuur, strategische ontwikkeling én de dagelijkse werkelijkheid moeten in een samenhangend besturingspatroon en besturingsfilosofie bij elkaar komen. Het besturingspatroon geeft een eerste beeld van de centrale kwesties en van de relevante context. De adviseur zal nu ook iets moeten kunnen zeggen over het vermogen van (sleutelfiguren in) de organisatie om effectief verbeteringen tot stand te brengen. Is het besturingspatroon in staat tot saneren of is het zelf ziekmakend? Waar liggen de ongezonde spanningen en waar moet de samenhang versterkt worden? Het meest interessant maar ook moeilijk precies te doorgronden zijn de bestuurscultuur (en historie) en de feitelijke gang van zaken. Deze laatste kan verrassend afwijken van het beeld dat de adviseur of de manager zich op basis van eerdere informatie had gevormd, vooral in de professionele subculturen.
- e Het 'wik en weeg'-model, de kern van de strategiebepaling door de adviseur. Helaas is dit 'motorblok' van de praktijktheorie tot nu toe voor andere taalgebieden onvertaalbaar gebleken. Om het model als een levende standaard te blijven hanteren, zou een adviseur misschien wel elke keer voor de trits 'kwesties-werkmethoden-beleid-ideologie-identiteit' andere woorden moeten proberen te vinden en voor tenminste twee van de variabelen alternatieven kunnen overwegen.

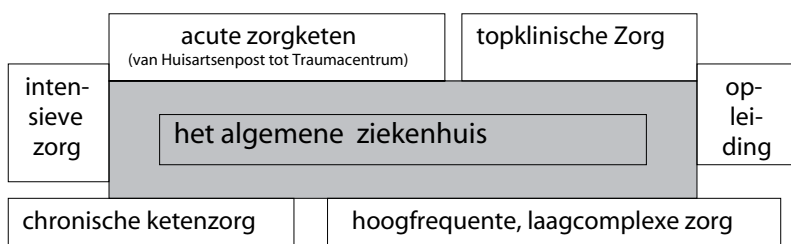
Het laatste concept heeft mijns inziens vooral te maken met ervaring en gerijpt inzicht van de adviseur:

- f 'Het gaat zoals het gaat' is een uiting van de betekenis die betrokkenen geven aan hun organisatie. Voor een adviseur is het meestal lastig om er achter te komen wat er écht speelt. Ervaring speelt mee, maar ook indrukken die vaak pas later goed te duiden zijn én de wil om het ook echt goed te begrijpen. Om te weten wat in *deze* organisatie werkt is kennis nodig van processen en vooral 'feeling' waarom dingen op een bepaalde manier lopen. Een belangrijke overweging vier jaar geleden bij mijn beslissing om als adviseur in de gezondheidszorg te gaan werken was de verwachting mijn 'tacit knowledge' of 'patroonherkenning' juist in deze sfeer goed te kunnen inzetten.

In beknopte vorm volgt nu een beschrijving van vijf recente cases die mijns inziens illustratief zijn voor actuele ontwikkelingen en dilemma's voor bestuur en management van zorginstellingen. Bij de meeste cases was of ben ik als adviseur betrokken. Twee cases zou ik graag ter hand willen nemen. Na de korte beschrijvingen confronteer ik de cases met de hiervoor behandelde centrale thema's.

### Case 1 Marktanalyse regionale ziekenhuisgroep in kader implementatie fusie

In een recente opdracht van een marktanalyse voor twee gefuseerde ziekenhuizen zijn de ontwikkelingen in de curatieve sector (huisartsen en ziekenhuizen en dergelijke) als volgt samengevat:



Het algemene ziekenhuis moet keuzes maken hoe zich te profileren op verschillende deelmarkten die eerder tot het vanzelfsprekende domein in het eigen verzorgingsgebied konden worden gerekend. De doelstelling is door de opdrachtgever geformuleerd als het beter bedienen van de bevolking in de verzorgingsgebieden van beide ziekenhuizen door samenwerkende vakgroepen.

De strekking van de marktanalyse is dat beide ziekenhuizen er goed aan doen zich te concentreren op het gecoördineerd uitbouwen van de hoogfrequente, weinig complexe zorg waarvoor vrije prijsvorming geldt en in samenwerking met partners in de regio de chronische zorg (en ook de acute zorg) goed te onderhouden. Wat betreft de andere markten is de beoordeling dat ambities voor meer topklinische zorg en meer opleidingen weinig realistisch zijn. In de intensieve zorg kan verbetering van kwaliteit en doelmatigheid worden bereikt door scherpere profilering en onderlinge taakverdeling binnen enkele specialismen.

In enkele gebieden leidt één van beide ziekenhuizen marktverlies en er zijn vooralsnog vage bedreigingen vanuit andere ziekenhuizen en een commercieel diagnostisch centrum. Daar staat echter een beeld tegenover van consolidatie van de marktpositie en nog twee jaar zekerheid over de specialistenhonoraria. De urgentie lijkt daarmee niet groot genoeg voor krachtige implementatie van de fusie, maar evenmin is er in de medische staven steun voor de gedachte van gescheiden profilering en daarmee feitelijk het ongedaan maken van de fusie. Als langs deze lijnen de discussie voluit wordt gevoerd, moeten twee bestuurders die ieder een van beide beleidsrichtingen voorstonden de ziekenhuisgroep verlaten.

### Case 2 Regionale concentratie ziekenhuisbevellingen

In diezelfde marktanalyse komt de vraag aan de orde of het wenselijk is de medisch geïndiceerde ziekenhuisbevellingen te concentreren op een van beide locaties. Argumenten hiervoor zijn deels van economische en organisatorische aard. Het plan wordt op een weinig opportuun moment naar voren gebracht, namelijk wanneer de medische staf van het kleinste van de twee ziekenhuizen meent dat de directie aankoerst op het ontmantelen van dat ziekenhuis ten gunste van het grotere ziekenhuis.

Om de discussie uit deze niet-productieve hoek te halen is het voorstel een onderzoek naar de haalbaarheid uit te voeren aan de hand van de volgende vragen:

- a Wat is de basale informatie over aantallen en soorten geboortes in de regio en demografische en epidemiologische trends, voorkeuren van cliënten ten aanzien van service en comfort?
- b Hoe is de verloskundige zorg in de regio georganiseerd? Hoe zijn de relaties met de eerste lijnsverloskunde, eventueel verloskundig actieve huisartsen, de rol en ambitie van het derde ziekenhuis in de regio. Neigen de patronen naar concurrentie of samenwerking?
- c Wat zijn de professionele aspecten? De wetenschappelijke vereniging voor obstetrie en gynaecologie doet studie naar de uit oogpunt van kwaliteit minimale omvang van klinische bevallingscentra en de daarvoor benodigde verloskundige en kindergeneeskundige expertise. De ziekenhuisgroep zou met de regio de rol van 'pilot' kunnen nastreven.

Onze opdrachtgever besluit in de lijn van dit advies, dat eerst een externe gynaecoloog de professionele aspecten uitwerkt en een verkenning uitvoert bij andere partijen, om zo dreigende obstructie vanuit de medische staven te voorkomen.

### *Case 3 Marktwerking oorzaak opbreken transmurale afdeling*

Ruim tien jaar geleden hebben een thuiszorgorganisatie en een ziekenhuis samen een afdeling voor transmurale zorg opgericht, met als kernactiviteiten: specialistisch-verpleegkundige zorg voor patiënten van huisartsen én medisch specialisten en het faciliteren van transfer van zorg voor patiënten na ontslag uit het ziekenhuis. Ook het Zotel, ooit het eerste zorg-hotel verbonden aan een ziekenhuis, maakt deel uit van de afdeling.

Er ontstaat discussie over het voortbestaan van de afdeling en op verzoek van het gezamenlijke bestuur voer ik een toekomstgerichte SWOT-analyse uit. Conclusie is dat het draagvlak onder deze samenwerking in hoog tempo aan het afbrokkelen is door diverse oorzaken. De thuiszorgorganisatie lijdt gevoelig marktverlies bij de invoering van de WMO (huishoudelijke verzorging), gaat zich meer richten op zijn kerntaken en wil daarbij personeel uit de afdeling anders inzetten. Door het vervallen van de financiering verflauwt de belangstelling van het ziekenhuis. Doordat de afdeling erg op zichzelf is gaan staan, worden geen voordelen voor de bedrijfsvoering van het ziekenhuis meer gezien.

### *Case 4 Fuseren en aandacht houden voor nieuwe markten*

Na een lange voorbereiding zijn twee – ongeveer even grote – ziekenhuizen gefuseerd. Door de weerstand van buiten, zoals een slepende procedure bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), wordt de intern gekweekte consensus gekoesterd. Dit leidt ertoe dat belangrijke keuzes voor de toekomst kunnen worden gemaakt, bijvoorbeeld het vormen van een dagbehandeling-centrum en concentratie van ‘langerverblijfafdelingen’.

De keerzijde is dat er minder aandacht is voor wat buiten de fuserende ziekenhuizen gaande is. Gesteund door een naburig topklinisch ziekenhuis wordt een initiatief genomen een zelfstandig behandelcentrum op te zetten. De regio die de fuserende ziekenhuizen bedienen is een aantrekkelijke markt vanwege de hoge sociaal-economische status van de bevolking en doordat de fuserende ziekenhuizen de markt voor niet-verzekerde zorg slechts op onderdelen bedienen. De bedreiging wordt inmiddels door directie en medische staven wel onderkend, maar een antwoord daarop zal vermoedelijk interfereren met het fusieproces.

*Case 5 Is het niet te druk op de markt voor échte topreferente zorg?*

Topklinische en topreferente zorg nemen een aparte plaats in, doordat deze los van de overige ziekenhuiszorg afzonderlijk worden gepland en gefinancierd. Het regime van de NMa is bijvoorbeeld niet van toepassing.

Zo'n tien soorten topklinische verrichtingen (bijvoorbeeld hartchirurgie en radiotherapie) worden alleen uitgevoerd in centra die daarvoor op grond van een planningsbesluit een vergunning hebben. Topreferente zorg kent ook een heldere definitie: het gaat om verwijzingen van patiënten door specialisten naar andere specialisten op grond van een bijzondere deskundigheid waarover de topreferente specialist/vakgroep beschikt in diagnose of behandeling van meestal vrij zeldzame aandoeningen. Hiervoor wordt wel de uitdrukking ‘hospital of last resort’ gebruikt.

Naar hun aard zijn topreferente functies sterk geconcentreerd in universitaire medische centra (UMCs) en in enkele instellingen die zich op een beperkt aantal aandoeningen richten (categorale ziekenhuizen), maar het is geen afgegrensd begrip. Voor topreferente zorg is trouwens, oneerbiedig gesproken, een zekere ‘werkvoorraad’, een zeker ‘volume’ nodig. Door specialisatie in grotere medische staven zullen algemene ziekenhuizen minder naar topreferente centra worden doorverwezen – de specialisatiegraad van wat wel in die centra terecht komt wordt hoger.

Met nieuwe fusies en strategische allianties zal het domein van de topreferente zorg als het ware verder ‘inklinken’ en de vraag is hoe vooral UMC's hierop zullen reageren. Gaan zij door met het aan zich binden van een enkel topklinisch ziekenhuis dat de status van ‘teaching hospital’ krijgt? Nemen deze ziekenhuizen hier genoeg mee? Het lijkt erop dat dit niet het geval is. De UMC's kunnen zich ook richten op het behoud van topreferente zorg maar dan in een

model van concentratie en taakverdeling met andere UMC's. Door te erkennen dat niet elke academische afdeling in het segment topreferente zorg voluit vertegenwoordigd is én dat behoud van de 'bovenkant van de markt' vraagt om concentratie, zouden UMC's om praktische redenen bij voorkeur regionaal kunnen samenwerken, zoals nu al op beperkte schaal gebeurt in de vorm van een gezamenlijk benoemd afdelingshoofd. De informatie lijkt voorhanden om concentratie op een transparante manier te laten verlopen. Het is wel de vraag of in het tumult van marktwerking in de reguliere zorg deze problematiek voldoende aandacht zal krijgen en of er bestuurders zijn die het aandurven.

### Confrontatie van concepten en cases

In tabel 1 zijn de cases gekarakteriseerd op de noemer van de zes favoriete concepten.

	Marktanalyse regionale ziekenhuisgroep / implementatie fusie	Regionale concentratie ziekenhuisbevallingen	Marktwerking oorzaak opbreken transmurale afdeling	Fuseren én aandacht houden voor nieuwe markten	Is het niet te druk op de markt voor échte topreferente zorg?
<b>Hybriditeit</b>	Verschillen in richting en tempo incentives voor specialisten en ziekenhuis	Kernpunt: keuze tussen regionale aanbodplanning of status quo	Urgentie en tempo van marktwerking lopen tussen moederorganisaties te ver uit elkaar	Fusie verwerken én antwoord op commercieel initiatief in regio markt afscherming én diversificatie	Concurrentie in typische <i>guardian</i> omgeving; NB relaties algemene marktpositie en topklinische zorg
<b>Bestuurspatroon</b>	Tijdsverloop ná fusie én ontbreken van enig urgentiegevoel dominant	Vanuit strategische ontwikkeling veranderen bestuurscultuur	Discrepancies formele organisatie, beeldvorming en daadwerkelijke prestaties	Besef strategische ontwikkelingen nog niet gevestigd	Feitelijke gang van zaken en strategische ontwikkeling vs. organisatietyologie en cultuur/historie
<b>Wikken en wegen</b>	Zwak: tijdsdruk, reflectievermogen, machtsongelijkheid, regels; Dominant: identificatie eigen ziekenhuis/staf	Aandachtspunten: ideologie/identiteit; reflectievermogen (op externe aspect)	Inzetten op gedeelde probleemstelling door stakeholders; hanteerbaar maken verschillen	[Stadium nog niet bereikt]	Aandachtspunten: ideologie/identiteit; competentie adviseur: ondersteunen reflectievermogen
<b>Probleemdekkend</b>	Diverse toetsingsmomenten gecreëerd bij gebreke formeel klankbord; beperkte bijsturing	Combinatie drie-voudige vraagstelling: markt/regio planning, netwerkbenadering, marktontwikkeling	Aandacht voor focus en breedte in formulering opdracht in interviews stakeholders	[in ontwikkeling:] eenvoudige simulatie op probleemstelling als check relevante factoren	Probleemanalyse in dialoog verdiepen; NB adviseur: expertmatig vragend en relationeel

<b>Politieke organisatie</b>	Illustratie: uiteenlopende opties voor implementeren fusie belichaamd door twee leden RvB (elk exit)	Processyn-chronisatie: RvB<>Interstafraad, staven ziekenhuizen, gynaecoloog <>pediater & regiopartners	Medische stakeholders per se in proces betrokken krijgen	Bewaren consensus over fusieproces lijkt nu hoogste goed	Helpen leren van buiten naar binnen redeneren; proces/doelen/ambities synchroniseren
<b>Betekenisgeving</b>	Tot recent beleefde bestuurscultuur/historie en beperkte onvrede met huidige situatie zijn sterke krachten	Risico's: negatieve context rond fusie, regionaal gevoelig; RvB ziet kansen doorbraak; interventie nodig tegen 'self denying prophecy'	Ideologie ketenzorg is 'gestold' in identiteit van de afdeling; creativiteit nodig om nieuwe wegen in te slaan	Over en weer begrip tussen RvB en Stafbestuur over verminderde alertheid; spijt en verwijten komen later	Wie moet veranderen? Aangrijpingspunt: feitelijke externe trends staan op spanning met interne gang van zaken

Wat valt op in de confrontatiematrix? Wat waren mijn ervaringen bij het schrijven?

Ten eerste: het was niet moeilijk op de noemers van de concepten tekstjes te bedenken die de case karakteriseren, slechts in een enkel geval laat het stadium waarin de case zich bevindt dit niet toe. Ten tweede: bij het typeren van kernpunten herken ik veel overwegingen rond keuzes in analyses of interventies – kennelijk zijn de concepten in zekere mate geïnternaliseerd en deel geworden van mijn repertoire als adviseur. Ten derde: de combinatie van de concepten, inhoudelijke kennis en op de probleemstelling toegespitste modellen voldoet om in deze cases als adviseur zinvolle bijdragen te leveren. In mijn persoonlijke stijl past het beste de concepten meestal impliciet te hanteren en deze slechts op indicatie aan opdrachtgever of bijvoorbeeld sleutelinformanten expliciet voor te leggen. Ten vierde: de concepten staan niet los van elkaar, maar vertonen samenhang en vullen elkaar aan, zoals zal opvallen bij verticale lezing van de tabel.

Ter afsluiting nog een observatie over het concept 'hybride organisatie'. De cases laten mijns inziens de toenemende complexiteit zien die met dit begrip verbonden is, waarbij de vraag is of dit lineaire concept nog volstaat om recente ontwikkelingen mee te duiden. Hogere graden van hybriditeit leiden tot onnavolgbare mixtures van markt en zorg. Het lijkt de opdracht van de nieuwe Zorgautoriteit om deze bij voorkeur richting markt te stuwen.

Enkele illustraties van de complexiteit:

- Invoering van 'beheerste marktwerking' heeft effecten ver buiten het domein waar de marktwerking wordt ingevoerd. Concernvorming door de grenzen van de deelsectoren heen versterkt deze dynamiek en stelt hoge eisen aan de besturing van 'gemengde' organisaties.



- Eenvoudige keuzes – concurreren of samenwerken – zijn vervangen door de vragen op welke terreinen samen te werken (en met wie dan?) Op welke formule? Op welke gebieden de concurrentie aan te gaan en uit welke gebieden zich terug te trekken? De laatste optie blijkt moeilijk in praktijk te brengen doordat het besturingspatroon daar veelal niet op is ingesteld.
- Competitie beperkt zich niet tot de puur economische sfeer (mededinging), maar heeft vanuit R&D-omgevingen directe betekenis voor toekomstige concurrentie. Hiervan zijn vele illustraties te vinden in de topklinische zorg en de uitstraling die de status van topklinisch ziekenhuis geeft.

### Aanbevelingen

Tot slot ontikom ik niet aan de hebbelijkheid van veel adviseurs om een beschouwing af te sluiten met enkele aanbevelingen:

- Om nieuwe ontwikkelingen in de hybride sectoren zoals de gezondheidszorg goed te kunnen analyseren, moet het lineaire model van hybriditeit verder worden verbreed.
- Desnoods door middel van een prijsvraag moet een te autoriseren vertaling in het Engels worden bedacht voor Miel Otto's 'wik en weeg-model'. Gelet op de matige verkrijgbaarheid van de afzonderlijke publicaties en in navolging van boekuitgaven van onder andere Nietzsche, Ter Braak, Wesseling en Hofland, verdient het aanbeveling een 'draagbare Otto' uit te brengen.

### Noten

- 1 Re-invention: the degree to which an innovation is changed or modified by a user in the process of adoption and implementation; Rogers, Everett M. (2003 [1962]), *Diffusion of Innovations* – New York: Free Press, p. 17
- 2 Jane Jacobs (1992), *Systems of Survival, a Dialogue on the Moral Foundations of Commerce and Politics* – New York: Vintage books
- 3 Jan Blokker (2006), *De wereld is een schouwtoneel*; gepubliceerd op [www.nrc.nl](http://www.nrc.nl) op 13 december 2006