



# WAT DE CORONACRISIS ONS LEERT: DE ORGANISATIE VAN ZIEKENHUIZEN HERBEZIEN

Op weg naar een nieuwe coalitie tussen de top van de organisatie en de werkvloer

*Frits van Merode; 7 juli 2020*

*De coronacrisis heeft laten zien dat onder druk de zorg heel anders georganiseerd kan worden en ook in de praktijk heel anders kan uitwerken. Wat waren de meest opvallende veranderingen en hoe kunnen we ze vasthouden. Dat is de uitdaging voor de komende periode. Wat hierbij centraal staat is het creëren van een nieuwe coalitie tussen de top van de organisatie en de werkvloer! Dat zal veel energie en doorzettingsvermogen gaan kosten. Meer dan een traditionele verandering in de organisatiestructuur. Als men daarnaast veranderingen wil aanbrengen in organisatiestructuren, kijk dan in eerste instantie naar alle commissies, echelon-overleggen et cetera en de (in)formele macht van de stafafdelingen.*

*Sense of urgency leidt tot dynamische besluitvorming*

Tijdens de coronacrisis hebben we in veel zorginstellingen een enorme sense of urgency gezien. Veel ziekenhuizen kozen voor een crisisorganisatie, waarbij zowel de besluitvormingsprocedures als de bemensing daarvan anders was dan in de reguliere organisatie. Het bleek mogelijk om besluitvormingsprocessen die normaal wellicht maanden (of nog langer) in beslag zouden nemen, binnen een dag te doorlopen. Ziekenhuizen blijken in staat een grote beslissingskracht te hebben als de noodzaak zo sterk wordt gevoeld. Daarnaast bleken artsen en verpleegkundigen over een enorme vaardigheid, bereidheid en energie te beschikken om deze crisis aan te pakken: pathos en professionalisme maken leiderschap. Dat maakte het ook mogelijk dat zorgfuncties op een ongekende manier konden worden opgeschaald. De combinatie van leiderschap van zorgprofessionals en gezond regulier management heeft dat mogelijk gemaakt. Wellicht was hun



betrokkenheid bij het beleid van ziekenhuis nog nooit zo groot. Daaruit blijkt nog maar weer eens hoe belangrijk het is hen een grote rol in de leiding te geven.

*De besluitvormingscultuur, die veel zorgorganisaties kenmerkt, lijkt vaak bureaucratisch, maar is in wezen anarchistisch. Deze besluitvormingscultuur is destructief voor zowel de effectiviteit als de moraal van de organisatie.*

Ziekenhuizen veranderden van organisaties met een 'vuilnisbak' besluitvormingscultuur naar organisaties die dagelijks doorpakten en iedereen met elkaar verbonden. Een 'vuilnisbak' besluitvormingscultuur levert versloemde organisaties op waarbinnen besluiten nooit genomen, en/of uitgevoerd worden en projecten verwaaien. In een vuilnisbakbesluitvormingscultuur zoals beschreven door Cohen *et al.* [1] 'worden sommige doelstellingen vertaald als een verzameling keuzen die naar werk solliciteren, issues en gevoelens zoeken naar besluitvormingssituaties waarin die kunnen worden geuit, oplossingen zoeken naar vraagstukken en besluitvormers zoeken werk' [1]. Vaak treffen we in dergelijke organisaties tal van werkgroepen, stuurgroepen, projectgroepen en commissies aan waarbij men onderwerpen kan droppen die vervolgens jarenlang onbeantwoord blijven. Op afstand gezien lijkt er sprake van bureaucratie, maar feitelijk is er sprake van *anarchie* waar niet door besluitvormers wordt 'doorgepakt', maar willekeur, toeval, samenloop van omstandigheden of persoonlijke voorkeuren het besluitvormingsproces regeren. Zo'n *anarchistische besluitvormingscultuur* is destructief voor zowel de effectiviteit als de moraal van de organisatie. Veel organisaties in de publieke sector, waaronder de zorg, kenmerken zich door een dergelijke cultuur.

De coronacrisis veranderde alles. De vraag is of we de goede kanten van de coronacrisis gaan behouden of terugvallen in onze oude houding. Veel zorgorganisaties worstelen met deze vraag en daar is een aantal verklaringen voor te geven:

1. Het opstarten van het zorgproces in een ziekenhuis is 'technisch' complex: er zijn in een zorginstellingen heel veel processen die met elkaar verband houden en in harmonie moeten worden opgestart.
2. Er moet achterstallige zorg worden weggewerkt.



3. Er komen nog corona-uitbraken. De vraag is hoe we dat gaan organiseren.
4. Veel personeel is enorm belast geweest.
5. Velen die bij de besluitvorming in de crisisperiode betrokken waren vonden deze wijze van werken heel fijn, het heeft hun een perspectief gegeven hoe het anders kan.
6. Tegelijkertijd hebben andere medewerkers en managers hun invloed gereduceerd zien worden. Zij voelen zich bedreigd en hebben geen belang bij een 'nieuwe normaal', wat bij voorkeur zo weinig mogelijk verschilt van het oude normaal. Het gaat hier dus om positie- en machtsdenken dat ook onderdeel van de werkelijkheid is.
7. Wellicht gaat een aantal ziekenhuizen nu echt hun organisatiestructuur veranderen. De crisis en hun ervaringen daarmee hebben hen een 'positief zetje' gegeven. Het punt is dat de structuur zelf niet het probleem is bij vuilnisbakbesluitvorming, maar zoals het woord al zegt, het is de besluitvormingscultuur.

Laten we bij de organisatiestructuur beginnen. Wat is de organisatiestructuur? Deze bestaat uit de volgende elementen:

1. De organisatie-'hark' inclusief de daarbij behorende beslissingsbevoegdheden zoals die formeel zijn vastgelegd.
2. De 'de facto' regelmogelijkheden van stafafdelingen: we hebben het hier over de informele macht van stafafdelingen.
3. De vuilnisbakken waarbinnen de pseudobesluitvorming plaatsvindt
4. De inbedding van het logistieke netwerk van het ziekenhuis in dat van de regio.

Iedere poging om tot een reorganisatie te komen om het functioneren van de zorgorganisatie te verbeteren zal moeten beginnen met het aanpakken met de vuilnisbakbesluitvorming en het opruimen van de vuilnisbakken.

### **Geconstateerde problemen**

#### *Geen zicht op real-time beschikbare capaciteit*

Het ontbreekt in ziekenhuizen aan real-time transparantie waardoor niemand het overzicht heeft over de primaire processen, maar ook niet over het apparaatbeheer en het materials management. Ze kunnen dan ook niet real-time bijsturen omdat ze geen real-time informatie



hebben en ook een sterk bureaucratische besluitvormingsstructuur en -cultuur hebben, waarbij de wielen van de tijd langzaam draaien. Men is 'normaal' gezien voortdurend bezig met het 'sorteren' van patiënten: acuut, electief, subacuut, 'uitgestelde' .... Ziekenhuizen kunnen zich dat permitteren omdat zij bepalen wie wanneer aan de beurt is. Deze instroom wordt geregeld door het capaciteitsmanagement. Ziekenhuizen die in het episch centrum lagen werden geconfronteerd met de noodzaak heel veel aandacht te besteden aan patiëntendoorstrommanagement van plannen op termijn naar real-time managen. Deze stap leidde tot een geheel andere inzet van capaciteitsmanagement. Zoals we gezien hebben, voeren de meeste ziekenhuizen al tientallen jaren vooral een capaciteitsmanagementbeleid om patiëntenstromen te 'sorteren'. We zien de laatste jaren een professionalisering van capaciteitsmanagement. Dit is gepaard gegaan met een vorm van centralisatie: vaak wordt de groep capaciteitsmanagers direct onder de Raad van Bestuur geplaatst. In eerste instantie lijkt het logisch om dat zo te doen want met capaciteitsmanagement lijkt grote invloed op de efficiëntie van de organisatie mogelijk. De capaciteitsmanagers hebben in de 'going concern'- situatie overigens weinig zicht op de realiteit en de dynamiek van de patiëntenstromen en hoewel het lijkt alsof er voortdurend gebrek aan capaciteit bestaat, is er in werkelijkheid vaak sprake van (soms grote) onderbenutting. De beste maatstaf van efficiëntie en de kwaliteit van de organisatie is de snelheid waarin de patiënt door de zorgprocessen stroomt. Dat laat zich niet primair door capaciteitsmanagement sturen.

Tijdens de coronacrisis lieten patiënten zich niet sorteren en meldden ze zich op onverwachte momenten in onverwachte hoeveelheden. Ziekenhuizen bleken na een korte aanpassingstijd prima in staat om de drieslag capaciteitsmanagement, patiëntendoorstrommanagement en real-time opereren te maken: van de papieren werkelijkheid stapte men relatief makkelijk naar de echte werkelijkheid van het primair proces, de voorste linie. Daar zouden we structureel goed in moeten worden: leidinggeven dicht bij het primair proces en sturen op patiëntendoorstroming.

Capaciteitsmanagement, het gebrek eraan, speelt ook op regionaal en landelijk niveau. Van bedrijven die hoogkwalitatieve producten efficiënt produceren weten we dat zij primair goed zijn in doorstrommanagement en supply chain management, capaciteitsmanagement is daar een onderdeel van. Hoge bezettingspercentages zijn niet het hoogste doel, want ze kunnen efficiënte doorstroom juist verhinderen: er moet altijd speelruimte binnen de keten te zijn. Vooral in de eerste



weken van de coronacrisis is de facto een uitputtingsstrategie gevolgd: patiënten werden pas uitgeplaatst als het ziekenhuis vol was. Personeel wordt 'uitgeput'. Dit is een voorbeeld van overbelasting van capaciteit en tegelijkertijd onderbenutting daarvan. In de periode van de coronacrisis in dit voorjaar is niet alleen capaciteit t.b.v. niet corona-patiënten onderbenut geweest, maar hadden ook meer corona-patiënten opgenomen kunnen worden in ziekenhuizen die daar wel plaats voor hadden.

#### *Verpleegkundigen buiten gesloten van managementstructuren*

Het is goed om stil te staan bij de vraag hoe we hier als zorgsysteem, als ziekenhuizen in terecht zijn gekomen. De ziekenhuisorganisatie zoals we die nu in Nederland kennen is zowel een product van het verleden als van het zorgsysteem en van de cultuur van nu. Er is sprake van wat we in jargon 'path-dependency' noemen: dit is een fenomeen waarbij de geschiedenis zeer bepalend is. Wat in het verleden zich heeft voorgedaan blijft bestaan omdat het zich verzet tegen verandering. Zo was het ziekenhuis tot begin jaren negentig een relatief eenvoudige organisatie. Er was een medische kolom waar de medici de scepter zwaaiden, terwijl de verpleegkundigen de operationele organisatie feitelijk bestierden en de rest van de organisatie was facilitair bedrijf. De Raad van Bestuur (RvB), toen nog directie geheten, stond feitelijk aan het hoofd van dit facilitair bedrijf. Dit facilitair bedrijf moest zorgen dat 'de spullen er waren' opdat de arts zijn/haar werk kon doen. Ook toen waren de verpleegkundigen zwaarbelast, maar hun invloed was wellicht groter dan nu: zij vormden op operationeel niveau de schakel tussen het management, de artsen en patiënten. Hun verankering op directieniveau was beperkt, maar niet afwezig. In de machtspolitiek tussen medici en directie speelden zij geen rol.

In de jaren negentig veranderden ziekenhuizen hun organisaties op top- en middenniveau vaak drastisch, maar de laagste organisatieniveaus werden nauwelijks aangepast. Als gevolg van de invoering van ziekenhuisbudgettering en contractering van productievolumes gingen ziekenhuizen organisatievormen invoeren die waren gekopieerd uit het bedrijfsleven. Dat heette toen 'kantelen'. De divisie-organisatie was/is de meest prominente structuurvariant. In dit type organisatie worden de productie-eenheden onder de RvB niveau gegroepeerd naar de verschillende doelmarkten. Nu is dat in ziekenhuizen niet altijd even logisch, maar de keuze kon gezien de tijdgeest (het paarse



kabinet: met deregulering, marktdenken, bedrijfsleven als voorbeeld) gemakkelijk gelegitimeerd worden. Tegelijkertijd werden ziekenhuizen (RvB'en) steeds effectiever in het managen van de 'contested zone'. Dit is de zone tussen management en de medici met als centrale vraag: wie gaat waarover? De RvB kreeg in de jaren negentig van de politiek de taak de productie van de medici te managen. Dat werd veelal door medici ervaren als een inbreuk op hun autonomie. De nieuwe organisatiestructuren hielpen de RvB om vat op dit vraagstuk te krijgen en dat lukte in de jaren die volgden ook steeds beter, vooral als medici lid werden van deze structuren en 'hun verantwoordelijkheid namen'. Er volgde een steeds verdergaande 'integratie' van medici in de managementstructuren. De verpleegkundigen daarentegen - niet vertegenwoordigd in de hogere echelons van de organisatie - hebben binnen deze nieuwe structuren veel aan positie verloren en dat terwijl zij diegenen zijn die het ziekenhuis in feite op operationeel niveau organiseren en runnen. Dat heeft ook tot ontkoppeling (zie hieronder) geleid tussen deze nieuwe organisatiestructuren zoals deze door de RvB werden en worden gepresenteerd en de werkvloer.

*De verpleegkundigen - niet vertegenwoordigd in de hogere echelons van de organisatie - hebben binnen deze nieuwe structuren veel aan positie verloren en dat terwijl zij diegenen zijn die het ziekenhuis in feite op operationeel niveau organiseren en runnen*

*Procesdenken: van stroomlijnen van werken tot keurslijf van regels*

Naast deze veranderingen in organisatiestructuren heeft de afgelopen decennia een andere belangrijke verandering plaatsgevonden, namelijk die van het procesdenken. Het aangrijppingspunt voor het introduceren van procesdenken in ziekenhuizen was in eerste instantie vaak vooral het kwaliteitsbeleid. De jaren negentig kunnen worden gezien als de periode waarin een grote omslag plaats heeft gevonden in het denken over kwaliteit in ziekenhuisorganisaties. Kwaliteit wordt gezien als een kenmerk én een gevolg van de kwaliteit van de organisatie, die men bij voorkeur ziet als lerende organisatie. Dit wordt mooi verwoord in de ondertiteling van een prominent handboek over integraal kwaliteitsbeleid in de zorg van de hand van Jan Walburg uitgegeven in 1997 'van inspectie naar leren' [2]. Nu kent inspectie vele gedaanten: IGJ bezoekt en controleert, afvinklijstjes, accreditaties en 'leren' kan ook op vele manieren. Walburg kiest echter voor de lerende organisatie, waarbij hij met vele anderen in die tijd aansluit bij een dominante trend in het bedrijfsleven,



namelijk die van het procesmatig organiseren van de bedrijfsactiviteiten. Echter, over wat procesmatig organiseren betekent zijn geheel verschillende opvattingen mogelijk.

Van grote invloed op het denken over procesmatig organiseren was hoe dat in Japanse bedrijven gebeurde, of beter, zoals dat beschreven werd. De grote aandrijver van deze invloed was het ongekende succes van de Japanse automerken in Europa en de Verenigde Staten in de jaren tachtig. In een onderzoek van MIT eind jaren tachtig wordt het Japanse Production Systeem zoals dat van Toyota beschreven. Het rapport daarvan wordt in 1990 uitgegeven als boek, *The machine that changed the world* [3] en werd snel een bestseller. De publicatie daarvan deed de grote automerken inzien dat het kwaliteitsbeleid van de Japanners superieur was. Wereldwijd, ook buiten de auto-industrie, raasde vervolgens een ware reorganisatiegolf door vele bedrijven. Het toverwoord was procesdenken. Veel bedrijven bleken echter niet in staat de omslag naar het Japanse productiesysteem te kunnen maken en verloren uiteindelijk de strijd in de concurrentie, voor sommige was de reorganisatie zelf debet aan de ondergang van het bedrijf. Procesdenken pakte dus niet voor iedereen even goed uit.

Een andere vorm van procesdenken wordt in 1993 verwoord in de bestseller van Hammer en Champy waarvan de titel niets aan de fantasie te wensen overlaat: *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution* [4]. De insteek is daar vooral die van efficiëntie. 'Processen' worden in die benadering gezien als 'informatie' die geabstraheerd kan worden van de mensen in de werkprocessen. Geabstraheerd kunnen de processen 'geengineerd', 'geïmplementeerd', 'gereengineerd' en 'vastgelegd' worden in 'kennissystemen'.

*Mislukkingen worden door leidinggevenden weggezet als 'gebrek aan lerend- of verandervermogen', dan wel 'onwil' van de medewerkers*

Met de wijze waarop het procesdenken door managers en bestuurders werd ingevuld en de schade die dit aan het bedrijfsleven had aangericht, wordt genadeloos afgerekend in *The (Non)Sense of Organizational Change: An Essay about Universal Management Hypes, Sick Consultancy Metaphors, and Healthy Organization Theories* [5]. Eén van de auteurs van deze publicatie gebruikte de term 'anorexiastrategie' [6] die in het kader van procesmanagement werd toegepast: managers voerden onder de dekmantel van proces(her-)ontwerp, reorganisatie na reorganisatie uit waarbij niet



duidelijk was waar in het vet en waar in het vlees gesneden werd en waarbinnen medewerkers steeds meer tot instrumenten verwerden. Daarbij kreeg de medewerkers nauwelijks tijd om mee te denken of mee te veranderen. En managers hebben geen geduld (of geen zin of belang) om de reorganisatie in de breedte en diepte te implementeren en in de haarvaten van de organisatie door te voeren. Mislukkingen worden door leidinggevendenden weggezet als 'gebrek aan lerend- of verandervermogen', dan wel 'onwil' van de medewerkers.

Dit is een mooi voorbeeld van 'ontkoppeling'. Hiermee wordt bedoeld dat de bestuurders 'inspelen op organisatiehypes' waarbij datgene wat aan de buitenwereld wordt geëtaled – de 'organisatie-façade' - en de rest van de organisatie en met name het primair proces ontkoppeld zijn [7]p.404. Er is met andere woorden sprake van parallelle werelden, die los van elkaar bestaan. Dit proces kan zich ook intern afspelen: het midden- en mogelijk ook het hoger kader houdt t.o.v. van het bestuur de façade in stand dat men 'meedoet met de verandering', maar feitelijk blijft men op de oude manier het primair proces managen. De bekende strategiedagen, die vanaf de jaren tachtig populair werden, waar visie en missies werden geformuleerd, hebben meer bijgedragen aan het creëren van de fenomenen van façaden en ontkoppeling, dan dat ze bijdroegen aan het optimaliseren van primaire processen of de strategische positie van de organisatie.

Deze beweging bleef niet zonder gevolgen voor de zorg: als volgers van het bedrijfsleven vonden de diverse (!) vormen van procesdenken vooral in de tweede helft van de jaren negentig ingang in het kwaliteitsdenken in zorgorganisaties. Er kwam een beweging op gang die zorg zag en ziet als een verzameling processen die beschreven, geoptimaliseerd en gehandhaafd kunnen worden. Deze beweging heeft veel successen in de zorg geboekt, maar kent ook een aantal vervelende neveneffecten.

In de gezondheidszorg is namelijk nog iets anders gebeurd: het procesdenken is geïnstitutionaliseerd en de effectiviteit van dat denken en werken heeft een hele andere betekenis gekregen. Het geheim van het succes van het Japanse bedrijf was dat het als één systeem, één organisme functioneerde. In Europa werd in het verlengde van de ideeën van het Japanse bedrijfsleven het EFQM-model ontwikkeld als een methodiek om ook Europese bedrijven als een samenhangend geheel te beschrijven. En dan vooral ten behoeve van wat men toen 'Total Quality Management' noemde. De samenhang in processen werd gepresenteerd als een kwaliteitsmanagement-tool, gekoppeld aan





het geloof dat als je die samenhang maar goed in beeld had, je over een goed bedrijf beschikte. Dat was althans de theorie. Veel zorginstellingen omarmden dit model, of varianten daarvan zoals het INK-model. Ook accreditatie-instellingen als het NIAZ committeerden zich aan een variant van zo'n model. Daarmee werd een wijze van beoordelen van organisaties geïnstitutionaliseerd die meer accent legt op *verantwoorden* van wat men doet in plaats van of men ook echt het goede doet. Medewerkers werden in het keurslijf van processen geperst en het volgen van processen voor besluitvorming werd belangrijker dan de kwaliteit van het besluit en het uiteindelijke resultaat. Oftewel: beter een slecht besluit dat past binnen het proces, dan een goed besluit dat daarvan afwijkt. Voor de medewerker die afwijkt van het proces om tot een goed besluit te komen levert dit alleen maar gedoe op: men heeft immers niet het verplichte pad gevolgd, dus laat je het maar lopen. Deze effecten doen zich vooral voor in organisaties in de publieke sector, waarin allerlei processen in protocollen zijn vastgelegd die eigenstandige beoordeling niet aantrekkelijk maken omdat dan 'non compliant' zou worden gewerkt.

*Medewerkers werden in het keurslijf van processen geperst en het volgen van processen voor besluitvorming werd belangrijker dan de kwaliteit van het besluit en het uiteindelijke resultaat*

John Kay en Mervyn King omschrijven dit in hun recente boek *Radical uncertainty: decision-making beyond the numbers* erg helder: "To act is not to explain, to explain is not to act" [8]p.268 en over de perverse gevolgen van procesdenken: "The false assumption that good process leads to good outcome is pervasive in the public sector. Again sectors where good often means lengthy, involving many people with little responsibility for the result, and is imbued with ill-defined concepts of fairness centred around issues of representativeness and statistical discrimination. Process becomes policy, with deleterious effects on outcomes" [8]p.415. Dit keurslijf van regels is nu dominant aanwezig in de zorg en leidt tot inefficiëntie en ineffectiviteit.



### *Decentralisatie van besluitvorming: met de mond beleden*

Het invoeren van nieuwe organisatiestructuren in ziekenhuizen in de laatste 25 jaar wordt gelegitimeerd met de noodzaak van decentralisatie van besluitvorming. Maar vindt die decentralisatie ook daadwerkelijk plaats? *'Decentralisatie is te definiëren als het verspreiden van beslissingsbevoegdheden over meer personen dan voordien het geval was. Decentralisatie is vaak het resultaat van het toepassen van het organisatieprincipe dat de beslissingsbevoegdheid daar moet worden gelegd, waar men met het beslissingsprobleem te maken krijgt.'* Decentralisatie werd in onze ziekenhuizen selectief toegepast. Veelal werden in ziekenhuizen 'financiën' en 'kwaliteitsbeleid' uitgezonderd van decentralisatie. Zeker bij financiën was vanaf het begin al sprake van een strikt regelsysteem en een centralisatie van besluitvorming, die weinig ruimte liet voor eigen beleid van de 'gekantelde' organisatiedelen. Eenheden 'moeten hun eigen broek ophouden', maar dan met regels die weinig ruimte laten. De gekantelde organisatiedelen werden met andere woorden wel verantwoordelijk maar niet bevoegd, wat uit organisatiekundig oogpunt niet kan. Kwaliteitsbeleid kwam steeds meer in handen van de centrale afdelingen 'kwaliteit'. In veel ziekenhuizen was er spanning tussen enerzijds de wens om 'kwaliteit' iets van de organisatiedelen en professionals te maken en anderzijds de behoefde (en ook veelal noodzaak) om het systeem van kwaliteitsregistraties, afvinklijstjes, accreditaties centraal te beheren in het kader van accreditaties en veronderstelde risico's. In een tijd van enerzijds decentralisatie en anderzijds de angst het risico te lopen dat er zaken misgaan in de organisatie, vinden RvB'en het ook helemaal niet vervelend dat er een afdeling bestaat, die oplet of alles wel goed gaat op het terrein van kwaliteit. De RvB wil dat er altijd 'bewijs' kan worden geleverd dat 'zij alles goed geregeld heeft en haar geen blaam treft. Logisch is dat men in deze constellatie op decentraal niveau weinig eigenaarschap voelt voor kwaliteit: kwaliteit is gedelegeerd aan de stafafdeling kwaliteit, die de inhoudelijke finesse van het primair proces en de daarbij horende kwaliteit niet kent en stuurt op het volgen van de processen in de vorm van regels en systemen. Op deze wijze hebben de afdelingen kwaliteit in ziekenhuizen een grote rol gespeeld in de verdere institutionaliseren en bureaucratiseren van het kwaliteitsbeleid en in feite het werken binnen ziekenhuizen.

RvB'en hebben – om het verhaal compleet te maken - vanaf 2010 operational excellence tot prominent thema verheven, bijvoorbeeld onder de noemer van 'lean' organiseren. Hoewel



procesmatig werken hierin een centrale rol speelt, bleken opmerkelijk genoeg veel ziekenhuizen niet in staat dit echt ziekenhuis breed/op grotere schaal dan enkel per afdeling van de grond te krijgen. Terwijl daar de grootste effecten te verwachten zijn. Ontwikkelingen als die van zorgpaden, waardegedreven zorg, en samen beslissen maken dit afdeling-, en zorginstelling overschrijdend werken juist noodzakelijk. Rond 2016 lijkt de hype voor 'lean' haar plafond bereikt te hebben en lijkt men meer interesse te hebben in capaciteitsmanagement. Men had in de jaren negentig al veel aandacht voor capaciteitsmanagement, maar dan vooral op afdelingsniveau, waar men real-time kan sturen. De hernieuwde belangstelling voor capaciteitsmanagement ziet men terug in de verankering in een programma of stafafdeling. Het lijkt erop dat deze zich als stafafdelingen langs dezelfde lijnen gaan ontwikkelen als financiën en kwaliteit. De (vaak informele) invloed van stafafdelingen neemt in het verlengde daarvan nog meer toe. De feitelijke beslisruimte van decentrale eenheden wordt hierdoor steeds kleiner, terwijl de rol die hun wordt toegedicht in het kader van reorganisaties en decentralisaties steeds groter wordt. Oftewel de kloof tussen theorie en praktijk, woorden en werkelijkheid wordt steeds groter. En ook hier is dus sprake van een toenemende mate van ontkoppeling.

*De (vaak informele) invloed van stafafdelingen neemt alleen maar toe.*

*Wat moet er gebeuren?*

Het vraagstuk over de besluitvormingscultuur en effectiviteit is niet alleen van belang omdat we tijdens de coronacrisis dit voorjaar geleerd hebben hoe het anders kan, maar ook omdat de crisis ook allerlei andere vragen heeft opgeroepen, zoals:

- Moeten zorginstellingen niet veel meer samenwerken?
- Welke rol hebben de zorgverzekeraars eigenlijk (nog)?
- Moet een einde komen aan marktwerking?

Om met het laatste te beginnen: laten we duidelijk zijn: er is geen marktwerking in de zorg. Om te beoordelen of een sector een markt is, kan gekeken worden naar wat theoretisch de kenmerken van een 'echte' markt zijn: geen of beperkte toetredingsbeperkingen tot de markt voor producenten, consumentenautonomie en volledige transparantie. De gezondheidszorg voldoet aan geen van deze



criteria en het invoeren van 'gaming' elementen (lees: elementen die maken dat het een markt lijkt), zoals inkopen door verzekeraars zijn 'leuke' speeltjes, maar maken de gezondheidszorg nog niet tot een markt. Er is dus geen marktwerking. De schade van deze 'marktwerking' zou mogelijk dan ook beperkt zijn als zij samenwerking en netwerkvorming van zorginstellingen niet zou belemmeren. Wat de aanhangers van marktdenken in de zorg maar niet begrijpen is dat samenwerking en netwerkvorming juist kenmerken zijn van succesvolle markten! Succesvolle ondernemingen (laat ik maar weer Toyota noemen, maar Philips en VDL kan natuurlijk ook) hebben niet alleen de logistiek binnen hun bedrijf op orde, maar vooral ook die met hun toeleveranciers en afnemers. Zij opereren dan ook op echte markten. De negatieve effecten van de belemmeringen op het terrein van samenwerking worden versterkt doordat de regiefunctie op patiëntendoorstroommanagement op regioniveau in de zorg onderontwikkeld is. Op dit terrein moet nog een zeer grote slag gemaakt worden, waarbij de focus met name op de inbedding van zorginstellingen in een integrale regionaal systeem van patiëntenlogistiek moet liggen.

*Er is nu geen marktwerking in de gezondheidszorg. De gezondheidszorg voldoet aan geen van de criteria voor marktwerking en het invoeren van 'gaming' elementen (lees: elementen die maken dat het een markt lijkt), zoals inkopen door verzekeraars zijn 'leuke' speeltjes, maar maken de gezondheidszorg nog niet tot een markt.*

Niet alleen de integrale patiëntenlogistiek op instellings- en op regioniveau moet fors op de organisatieontwikkelingsagenda komen, ook die van de andere logistieke stromen, denk aan geneesmiddelen, apparatuur en materialen. Leveranciers en industrie zullen niet alleen steeds meer vat willen krijgen op logistieke processen naar de zorginstellingen toe, maar vooral ook op die daarbinnen. In Westerse landen zijn de groeimogelijkheden van zorguitgaven beperkt. De bedrijven in de medische industrie zijn echter niet anders dan groei gewend en zij zijn op zoek naar nieuwe markten. Zij geloven dat zij bepaalde zaken beter en efficiënter kunnen dan ziekenhuizen (denk aan bijvoorbeeld materials management). Daar zien zij voor hen de al dan niet verborgen marges. Beleid m.b.t. waardegedreven zorg, value-based healthcare past perfect in de agenda van de medische industrie. Investerings van de medische industrie in dataplatformen en data science op deze



terreinen zal hen een steeds grotere rol geven, ook in het medische beleid! Op deze wijze zullen zij hun verdienmodel in de zorg continueren.

*De complexiteit van het ziekenhuis zit voor een groot deel niet in de inherente samenhang van de zorgprocessen, maar in de structuren en processen die daarom heen zijn gebouwd*

Gelukkig lijkt bovenstaande voor de meeste ziekenhuizen overdreven, maar het is wel balanceren. De vraag is hoe ruilen we verantwoording in voor effectiviteit, hoe gaan we echt meer decentraliseren en hoe komen we tot real-time besluitvorming? Dat kan alleen maar door dagelijks contact met en op de werkvloer. Daarnaast zit de complexiteit van het ziekenhuis voor een groot deel niet in de inherente samenhang van de zorgprocessen, maar in de structuren en processen die daaromheen zijn gebouwd en daar moeten ook veranderingen plaatsvinden.

Het begin van de verandering is heel praktisch, maar vraagt energie en doorzettingsvermogen:

- Bouw een 'war-room' dicht bij het primair proces, de voorste linie, op waar alle informatie voorhanden is, dan wel snel kan worden verzameld. Dit hoeft niet per se geautomatiseerd te zijn, maar kort mondeling overleggen kan meer dan voldoende zijn. Gewoon, iedere ochtend om 8.45 uur een bespreking met de afgevaardigden van alle afdelingen van het ziekenhuis. Alle issues worden dan langsgelopen en noodzakelijke besluitvorming vindt zo veel mogelijk meteen plaats.
- Neem onmiddellijk stappen om materiaalstromen te beheersen en state of the art in te richten. Deze lopen parallel aan het primair proces en dienen daarop afgestemd te worden.
- Kijk heel kritisch naar alle management overleggen, 'echelonafstemmingen', commissies, et cetera: Is hier sprake van een 'vuilnisbak' organisatie? Zo nee, kijk dan beter.
- Kijk uit met investeren in capaciteitsmanagement systemen als je niet tegelijkertijd leert vooral op de korte termijn te plannen, reageren en stabiliseren.
- Afgelopen periode zijn veel innovaties geïmplementeerd. Stuur er streng op aan die te behouden en bouw de werkwijzen die ze vervangen af.
- Rationaliseer spreekurschema's, politypen, etc. Nu!



Het gaat in feite om het creëren van een nieuwe coalitie tussen de top van de organisatie en de werkvloer! Dat gaat veel energie en doorzettingsvermogen kosten. En het is veel meer dan (weer) een verandering in de organisatiestructuur, het is een verandering van mentaliteit en een andere invulling van leidinggeven aan dit type organisaties. Als men daarnaast de organisatiestructuur wil veranderen, stroomlijn dan de anarchistische besluitvormingsstructuur, te beginnen bij alle commissies, echelon-overleggen etc. Kijk daarnaast kritisch naar de beïnvloedingsprocessen van de stafafdelingen en kijk hoe die zich verhouden tot hun faciliterende rol richting primair proces: wat zijn hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden, hoe verhoudt hun invloed zich daartoe en welke toegevoegde waarde hebben ze voor het primair proces. Het geheel levert meer op dan veranderingen in de organisatiehark. Dat is een belangrijke les uit de coronacrisis.

## Referenties

1. Cohen, M.D., J.G. March, and J.P. Olsen, *A garbage can model of organizational choice*. Administrative Science Quarterly, 1972. **17**(1): p. 1-25.
2. Walburg, J.A., *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg : van inspecteren naar leren*. 1997, Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer Nederland.
3. Womack, J.P., D.T. Jones, and D. Roos, *The machine that changed the world*. 1990, New York: Simon & Schuster.
4. Hammer, M. and J. Champy, *Reengineering the corporation: a manifesto for business revolution*. 1993, New York: Harper Collins.
5. Sorge, A. and A. van Witteloostuijn, *The (non)sense of organizational change: an essay about universal management hypes, sick consultancy metaphors, and healthy organization theories*. Organization Studies, 2004. **25**(7): p. 1205-1231.
6. Witteloostuijn, A.V., *De anorexiastrategie: over de gevolgen van saneren*. 1999, Amsterdam: Singel Uitgevers.
7. Lammers, C.J., A.A. Mijs, and W.J.v. Noort, *Organisaties vergelijkenderwijs: ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*. 7e herziene editie ed. 1997, Utrecht: Uitgeverij Het Spectrum Utrecht.
8. Kay, J. and M. King, *Radical uncertainty: decision-making beyond the numbers*. 2020, New York: W. W. Norton & Company.