

Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen : bedrijfskundig instrumentarium voor manager en professional

Citation for published version (APA):

Hoorn, J. W., Lettink, J. L., Tuijl, van, H. F. J. M., Vissers, J. M. H., & Vries, de, G. (1994). Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen : bedrijfskundig instrumentarium voor manager en professional. In *Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen : bedrijfskundig instrumentarium voor manager en professional* / red. Jan Willem Hoorn, Johan Lettink, Harrie van Tuijl ... [et al.] (blz. 9-16). De Tijdstroom.

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1994

Document Version:

Uitgevers PDF, ook bekend als Version of Record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.tue.nl/taverne

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

openaccess@tue.nl

providing details and we will investigate your claim.

1 Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen; bedrijfskundig instrumentarium voor manager en professional

Jan Willem Hoorn, Johan Lettink, Harrie van Tuijl, Jan Vissers
en Guus de Vries

Het voor u liggende boek *Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen* is het derde in de reeks over bedrijfskundig instrumentarium voor de gezondheidszorg. Hoofdvragen die als een rode draad door alle drie de boeken lopen, hebben te maken met twee essentiële opgaven waar elk bedrijf en elk bedrijfsonderdeel voor staat: effectief zijn en efficiënt zijn. Effectief zijn betekent op tijd producten of diensten leveren die voldoen aan de specificatie: tijdige zorg van goede kwaliteit. Efficiënt zijn betekent die producten of diensten leveren tegen een aanvaardbare inzet van personele en materiële middelen. De verschillende perspectieven die de auteurs kiezen bij de behandeling van die hoofdvragen zijn tamelijk eenduidig in twee groepen te clusteren. De eerste groep auteurs benadert effectiviteit en efficiency via het ontwerpen van beheersingssystemen, technieken om de stroom van activiteiten binnen en tussen afdelingen geordend te laten verlopen. Voorbeelden zijn opnameplanning, dienstroosterplanning, werklastmeting ten behoeve van planning, prioriteitsregels enzovoort. Het centrale probleem hierbij is het op elkaar afstemmen van de vraag om zorg en het aanbod van zorg. Er kan aan die problematiek gewerkt worden op verschillende niveaus en met een verschillend tijdspectief: operationeel, tactisch, strategisch; korte termijn, middellange termijn, lange termijn. De tweede groep auteurs kiest de invalshoek van de structuur. De centrale vragen zijn dan: Hoe kan het werk dat gedaan moet worden het beste worden verdeeld? Waar worden het beste de bevoegdheden neergelegd voor het nemen van welke beslissingen? Ook bij deze benadering kunnen meer grof- en meer fijschalige ingangen worden onderscheiden: de structuur van de totale organisatie, maar ook die van een bepaalde afdeling, waarbij het totaal als gegeven wordt beschouwd.

Behalve de doelgrootheden effectiviteit en efficiency hebben de bijdragen aan de drie boeken nog een andere overeenkomst, namelijk een *down to earth* vertrekpunt, met twee benen op de grond beginnen bij het begin, bij het primaire proces van de organisatie: patiëntenzorg. Een zorgvuldige beschrijving en analyse van wat er nu precies gedaan moet worden op het gebied van zorgverlening blijkt het startpunt te zijn, zowel van onderzoeken naar 'hoe beheers je de voortgang van dat primaire proces nu op een goede manier?' als van onderzoek naar de vraag 'hoe structureer je het verloop van dat primaire proces nu het beste?' De analyse van het primaire proces levert gegevens op die voor de beantwoording van beide vragen van vitaal belang zijn. Ontwerpen van beheerssystemen en structuren betekent altijd kiezen uit verschillende mogelijkheden. De analyse van het primaire

proces levert het antwoord op de vraag welke mogelijkheden meer en welke minder geschikt zijn.

Met de bovenstaande beschrijving is het eerste boek *Structureren en beheersing van zorgprocessen* volledig getypeerd. Daarnaast gaat die beschrijving ook op voor de twee volgende boeken, maar die voegen elk een nieuwe dimensie toe. Het tweede boek *Sturing van zorgprocessen* behandelt de bovengenoemde problematiek vanuit een speciale invalshoek. Die invalshoek heeft te maken met het feit dat gezondheidszorgorganisaties gekenmerkt worden door het gegeven dat het primaire proces wordt uitgevoerd door professionals: artsen, verpleegkundigen, paramedici enzovoort. Een professional is te omschrijven als een eigenwijs iemand, iemand die omdat hij nu eenmaal de enige is die weet hoe het moet, voor zichzelf de ruimte claimt om zijn werk zo in te richten als hij vindt dat nodig is (en 'zij' is geen uitzondering). De professional op het gebied van het primaire proces vindt daarbij de professional op het gebied van de sturing en structureren van het primaire proces op zijn weg. En die twee moeten het met elkaar eens zien te worden. Dat is, heel in het kort, de thematiek van het tweede boek. Opvallend is dat de vragen exact dezelfde blijven, het gaat nog steeds om effectiviteit en efficiency via structureren en beheersing, maar de benadering is veranderd. De dimensie van goed samenspel tussen management en professie wordt uitdrukkelijk toegevoegd. Bij de analyse van het primaire proces wordt de zorginhoudelijke benadering als uitgangspunt genomen en wordt gekeken naar consequenties van zorginhoudelijke beslissingen voor de besturing. De professional die vertrekt vanuit de unieke patiënt komt in contact met de bedrijfskundige die zoekt naar overeenkomsten tussen patiënten. Kwaliteit van zorg blijkt een goed bindmiddel te zijn om de twee benaderingen bij elkaar te brengen. Bij prestatie-, plannings- en capaciteitsafstemmingsvragen komt het accent te liggen op de verschillende actoren in het spel, op gemeenschappelijke belangen en tegengestelde belangen en de vraag hoe dat krachterspel hanteerbaar te maken. Aan de structureringskant gaat het om het ontwerpen van structuren die bevorderlijk zijn voor samenwerking tussen disciplines en tussen professie en management.

Het derde boek, het boek dat voor u ligt, *Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen* voegt opnieuw een dimensie toe en wel die van ontwikkel- en invoeringsmethoden. Ligt het accent in de eerste twee boeken op het bedenken van oplossingen voor problemen, in het derde boek ligt het accent op de vraag via welke aanpak goede oplossingen ontworpen kunnen worden, die ook door betrokkenen worden geaccepteerd en in de dagelijkse praktijk toegepast. Kortom, hoe wordt op een effectieve manier een veranderingsproces beheerst in die complexe situatie die kenmerkend is voor de gezondheidszorg?

De veranderkundige problematiek is de laatste jaren actueel geworden doordat het aanpassingsvermogen van ziekenhuisorganisaties onder grote druk is komen te

staan. Deze druk tot veranderen wordt veroorzaakt door diverse externe invloeden, zoals:

- de steeds strakkere financiële taakstelling waarvoor gezondheidszorginstellingen geplaatst worden;
- de onvoorspelbaarheid van het overheidsbeleid, wat onder meer leidt tot grote onzekerheid over de lopende exploitatie;
- de toenemende behoefte aan klantgerichte en kwalitatief hoogwaardige dienstverlening, mede ingegeven door de certificeringstendens en de wetgeving op het gebied van de individuele beroepsuitoefening (BIG);
- de capaciteits- en wachtlijstproblematiek, die bij handhaving van de huidige wet- en regelgeving tot het uitkleden van de bestaande voorzieningen dreigt te leiden en tot de opkomst van een 'particulier' gezondheidszorgcircuit;
- de vraag om externe verantwoording voor doeleinden en werkinrichting van de ziekenhuisorganisatie, een politieke verantwoording voor bedrijfsmatigheid en efficiency;
- de toenemende behoefte aan delegatie en het vergroten van de flexibiliteit en het zelforganiserend vermogen van patiëntgerichte eenheden en facilitaire diensten; dit met de bedoeling een sociaal en open werkklimaat te creëren met een grote mate van taak- en resultaatverantwoordelijkheid voor kleine, overzichtelijke werkeenheden.

Bestaande werkvormen blijken deze druk tot aanpassen en veranderen niet altijd even gemakkelijk aan te kunnen. In menig ziekenhuis is de directie, samen met stafbestuur, ondernemingsraad en diensthoofden op zoek naar nieuwe werkvormen en stuurmechanismen om het interne organisatieproces beter te stroomlijnen. Sturing van het zorgproces raakt daarmee meer en meer in het centrum van de belangstelling. Het vergroten van de bestuurbaarheid van de organisatie, inspelend op het externe en interne krachtenveld, vormt een belangrijke drijfveer om veranderingsprocessen in gang te zetten.

Dit boek gaat over dergelijke veranderingsprocessen. Veranderingen die zich inhoudelijk richten op:

- decentralisatie, c.q. de ontwikkeling van zelfregulerende organisatie-eenheden binnen grotere gezondheidszorginstellingen (unit-management, divisievorming en dergelijke);
- logistieke besturing van patiëntenstromen;
- het verbeteren van de beheersbaarheid op zowel het activiteiten- als het kostenniveau (resultaatverantwoordelijke eenheden);
- het verhelderen van de positie van de professional bij processen van beleid en beheer (managementparticipatie);
- kwaliteitsmanagement.

Binnen de sector gezondheidszorg zijn voor het procesmatig aansturen van dit soort veranderingen nog weinig methodische inzichten ontwikkeld. Juist in professionele organisaties als instellingen voor gezondheidszorg wordt de

veranderbaarheid van de organisatie als een groot probleem ervaren. Veel managers lopen op dit vraagstuk vast. In het algemeen kan worden gesteld dat de ontwerpbaarheid van het veranderingsproces binnen genoemde organisaties meer aandacht behoeft. In dit boek wordt een poging gedaan elementen bijeen te brengen voor een bedrijfskundige methodiek waarmee ontwerp- en veranderingsprocessen in gezondheidszorgorganisaties doelgericht en efficiënt gestalte kunnen krijgen. Die elementen worden aangedragen vanuit de afzonderlijke bijdragen, die gericht zijn op specifieke (her)ontwerp-vraagstukken, en ze worden geordend in de bijdrage van Guus de Vries.

Evenals beide vorige boeken biedt ook dit boek een breed assortiment aan artikelen, die zowel in onderling verband – met de rode draad van de veranderekundige dimensie in het achterhoofd – als onafhankelijk van elkaar gelezen kunnen worden. We geven even kort aan om welke bijdragen het gaat.

- 2 Guus de Vries geeft in hoofdstuk 2 ‘Veranderingsprocessen in ziekenhuizen; de contouren van een antwoord op een complexe problematiek’, een kader voor het managen van veranderingsprocessen. Hij geeft een kort overzicht van de veranderekundige literatuur en illustreert dat met korte uitstapjes naar de praktijk van alledag. Vervolgens gaat hij in op typische kenmerken van de ziekenhuisorganisatie en beschrijft sleutelfactoren voor succesvolle verandering. Al doende plaatst hij de overige bijdragen aan dit boek in een kader.
- 3 Johan Lettink beschrijft het ontwikkelingsproces waarlangs de Divisie Chirurgie van het Academisch Ziekenhuis Leiden komt tot integrale zorgsturing. Hij geeft aan hoe elk planningsniveau zijn eigen setting, actoren en gedragingen kent. De verschillende actoren gaan in wisselende arena’s ook anders met elkaar om. In de ene arena is sprake van onderhandelingen, als het gaat om beschikbaarstelling en verdeling van capaciteiten. In de andere arena, dat van de strategische planning, worden de handen ineen geslagen en de krachten gebundeld: het gaat dan om gemeenschappelijke doelen. Een van de effecten van integrale zorgsturing is dat er meer rust ontstaat op de werkvloer.
- 4 Petra Peters-Groot demonstreert het door haar ontwikkelde beslissingsondersteunende systeem voor opnameplanning. Bij invoering blijkt dat het instrument voldoende voorspellende waarde bezit, goede planningsinformatie verschaft en leidt tot een betere benutting van de OK-capaciteit. Het instrument neemt aan gebruikswaarde toe indien bij de invoering veel tijd en aandacht wordt besteed aan de aansluiting bij de gangbare planningsystematiek. Van belang is dat gebruikers dezelfde flexibiliteit ervaren als binnen het tot dan toe gehanteerde systeem van opnameplanning.
- 5 Jan Vissers behandelt in hoofdstuk 5 ‘De winst van delen!’, de afstemmingsvraagstukken tussen de capaciteitssoorten OK, polikliniek en specialist. Kenmerken van zijn aanpak zijn probleemgerichtheid, ondersteuning door een computermodel waarmee de effecten van veranderingen in de capaciteitstoewijzing zichtbaar kunnen worden gemaakt, en de mogelijkheid tot deelname van alle betrokke-

nen, ieder vanuit eigen positie en belangen. Het blijkt mogelijk de betrokkenen inzicht te geven in hun wederzijdse afhankelijkheidsrelaties, hen te brengen tot geaccepteerde, effectieve capaciteitstoewijzingsbeslissingen en hen te motiveren de toegewezen capaciteit goed te benutten.

- 6 Gijs van Aken en Guus de Vries laten zien hoe in de praktijk van een Intensive Care afdeling kan worden omgegaan met het vraagstuk van onbeheerste werkdruk en de effecten daarvan op het werkklimaat. Onenigheid over de normen voor de personeelsinzet en forse 'hollen-of-stilstaan' effecten worden omgebogen naar een situatie met beheersbare werkdruk. Belangrijke elementen in de gevolgde aanpak zijn de wijze waarop de verpleging is betrokken bij de ontwikkeling van het meetinstrument en de wijze waarop met de artsen overeenstemming over productie-afspraken is bereikt. Het meetinstrument waarmee gemakkelijk inzicht kon worden gegeven in de uit het aantal zware operaties voortvloeiende IC-werklast, vormde hierbij een belangrijk hulpmiddel. Resultaten die gemeld worden betreffen positieve effecten op de produktiviteit, de flexibiliteit en de afstemming tussen OK en IC. Bovendien heeft de werksituatie kenmerken van zelfsturing gekregen.
- 7 Harrie van Tuijl en Bob Pritchard illustreren een recent door laatstgenoemde ontwikkelde methode voor het meten en stimuleren van de prestaties van teams. Essentieel daarbij is het concept van de geaccepteerde regelkring: teams zullen zichzelf (bij)sturen indien zij beschikken over geaccepteerde doelen en geaccepteerde feedback. Die acceptatie dient zowel horizontaal te bestaan, dat wil zeggen binnen het team, als verticaal, dat wil zeggen tussen team en management. In hoofdstuk 7 wordt een methode beschreven om tot geaccepteerde regelkringen te komen. Belangrijke stappen daarbij zijn het benoemen van verantwoordelijkheidsgebieden en het meetbaar maken daarvan door het formuleren van prestatie-indicatoren. De binnen productiebedrijven ontwikkelde methode lijkt toepasbaar binnen de gezondheidszorg. Hiermee kan een belangrijke bijdrage worden geleverd aan het ontwikkelen van zelfsturende teams.
- 8 Kees van Dun laat zien op welke wijze kan worden toegewerkt naar een grotere mate van patiëntgericht verplegen. Hij beschrijft de ontwikkeling van een langlopend project binnen de verplegingsdienst van een algemeen ziekenhuis, waarbij klantgericht werken als doelstelling centraal staat. Deze doelstelling is vertaald in toetsbare eisen. Het traject dat de verplegingsdienst heeft doorlopen om al lerend tot realisering van de gestelde doelen te komen wordt beschreven in zestien stappen.
- 9 Herman Kuipers gaat in op de vraag welke bijdrage de sociotechniek kan leveren aan de organisatie van ziekenhuizen. Nadat hij de sociotechniek heeft geïntroduceerd, wordt door hem bij het sociotechnisch ontwerpproces van organisaties aandacht besteed aan de condities waaronder zelfregulerende teams het beste kunnen functioneren. Herman Kuipers geeft in de vorm van een recept aan op welke wijze de sociotechniek binnen de ziekenhuisorganisatie kan worden toegepast.
- 10 Jan Landman laat in hoofdstuk 10 over unitmanagement zien hoe ingrijpend en

langdurig het transformatieproces van een diensten- naar een unitstructuur kan zijn in een groot algemeen ziekenhuis. Hij beschrijft hoe in dat proces in samenhang gewerkt is aan verandering van strategie, structuur en cultuur. Hij beschrijft de verschillende fasen die voor het ontwerp, de besluitvorming en de invoering van de nieuwe organisatie zijn gehanteerd en geeft een kritische beschouwing van de tot nu toe bereikte resultaten.

- 1) Jan Willem Hoorn en Herman van Dop gaan in op een ontwikkelingsproces in een algemeen ziekenhuis, vergelijkbaar met het door Jan Landman beschreven proces. Ook hier is sprake van een herontwerp van de organisatorische hoofdstructuur van het ziekenhuis van een dienstenstructuur naar patiëntgerichte zorgeenheden. In hoofdstuk 11 staat de positie van de medisch specialist in dit veranderingsproces centraal. In hoeverre betekent een patiëntgerichte organisatie een inperking dan wel een uitbreiding van speelruimte (gevoel), respectievelijk verantwoordelijkheid (verstand)? Om aan beide aspecten tegemoet te komen is parallel gewerkt aan lerend ontwikkelen van de professionele infrastructuur en strak en voortvarend ontwerpen van de organisatorische infrastructuur.
- 2) Bart Durlinger ten slotte geeft een overzicht van inzichten en ervaringen rondom managementparticipatie. Hij trekt ten strijde tegen vooringenomen standpunten en bepleit een open, ontwikkelende en lerende aanpak. Vanuit een veldonderzoek, waarbij veel ziekenhuizen betrokken zijn geweest, geeft hij enkele handreikingen voor een nauwer en doelmatiger samenspel tussen management en professie.

De bijdragen overziend lijkt de term 'participatie' een sleutelwoord. Participatie betekent dat alle belanghebbenden bij de sturing van zorgprocessen betrokken dienen te zijn bij het proces dat leidt van het verkrijgen van inzicht in het probleem tot het realiseren van verbeteringen. Voor elke verandering lijkt participatie een *conditio sine qua non* om te komen tot de vereiste acceptatie en motivatie. Een professionele organisatie als een ziekenhuis is in politiek opzicht dermate complex, dat menige niet-participerende veranderingsaanpak uiteindelijk een averechts effect sorteert. In alle bijdragen komt dit probleem terug. De optiek is echter steeds anders. Zo zijn er hoofdstukken met een hoofdzakelijk theoretisch, beschouwend, conceptueel karakter en andere met een voornamelijk praktijkgericht karakter, waarbij het aan de lezer wordt overgelaten in hoeverre de behandelde praktijksituatie elders toepassingswaarde heeft. De bijdrage van Herman Kuipers over de toepasbaarheid van de sociotechniek in de gezondheidszorg is een voorbeeld van een voornamelijk conceptueel artikel. Het hoofdstuk van Harrie van Tuijl en Bob Pritchard is weliswaar geschreven vanuit een theoretische context, maar wordt geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld in een kliniek voor borstkankeronderzoek in de Verenigde Staten. Kees van Dun daarentegen biedt zonder de achterliggende theorie te expliciteren de lezer een beschrijving aan vanuit de praktijk. Ook Jan Landman toont een ontwikkelingsproces vanuit de praktijk. Naast het onderscheid conceptueel-toegepast kan ook, zoals in de vorige twee boeken is gedaan, de tweedeling instrumenteel-structureel worden gebruikt. In

een 'instrumenteel' artikel staan methoden en technieken voor de beheersing van het zorgproces centraal. Vaak worden hierbij planningsmodellen en rekenkundige methodieken gebruikt en algoritmen ontworpen. Een voorbeeld van zo'n instrumenteel artikel is de bijdrage van Petra Peters-Groot over het ontwerp en de invoering van beslissingsondersteunende modellen voor opnameplanning. Ook de bijdrage van Gijs van Aken en Guus de Vries heeft een instrumenteel karakter. Het label 'structureel' gebruiken we, indien in een bijdrage het ontwerp of herontwerp van de taakverdelings- en besluitvormingsstructuur centraal staat. Een voorbeeld is de bijdrage van Jan Willem Hoorn en Herman van Dop, waarin de ontwikkeling van zowel de organisatorische als de professionele infrastructuur van een algemeen ziekenhuis aan de orde komt.

Ten slotte kan nog een derde indeling worden gehanteerd, en wel naar de wijze waarop het veranderingsproces wordt vormgegeven. Gaat het om een veranderingsproces waarbij het resultaat (de blauwdruk) vooraf bekend is en via een gegeven route wordt gerealiseerd, dan wordt gesproken over een ontwerpbenadering. Het artikel van Petra Peters-Groot is een voorbeeld van de ontwerpbenadering. Heeft daarentegen het veranderingsproces veeleer het karakter van een ontdekkingsreis en ligt de nadruk op een aanpak van permanent leren en ontwikkelen, dan wordt gesproken van een ontwikkelbenadering. Bart Durlinger gaat van een dergelijke benadering uit in zijn artikel over managementparticipatie. Het is overigens goed te vermelden dat deze indeling nooit strikt te maken is. Wij zien in de artikelen dat binnen het ontwerpproces wel degelijk ontwikkelingsfasen zijn te onderscheiden en omgekeerd.

In schemavorm zijn de bijdragen aan dit boek te plaatsen als in figuur 1.1:

auteur(s): artikel	ontwerpend	ontwikkeld	conceptueel n.v.t.	toegepast n.v.t.
Jan Willem Hoorn, Johan Letink, Harrie van Tuijl, Jan Vissers & Guus de Vries Insidings	n.v.t.	n.v.t.	—	—
Guus de Vries Veranderingsprocessen in ziekenhuizen	n.v.t.	n.v.t.	—	—
Johan Letink Op weg naar integrale zorgsturing	—	—	—	—
Petra Peters-Groot Beslissingsondersteuning voor opnameplanning	—	—	—	—
Jan Vissers De winst van deien	—	—	—	—
Gijs van Aken & Guus de Vries Werkdrukbeheersing op de IC	—	—	—	—
Harrie van Tuijl & Bob Pritchard Aandacht voor productiviteit	—	—	—	—
Kees van Dun Toetsbaar klantgericht werken	—	—	—	—
Herman Kuipers Sociotechniek in de gezondheidszorg	—	—	—	—
Jan Landman Invoering clustermanagement	—	—	—	—
Jan Willem Hoorn & Herman van Dop Positie medisch specialist in een veranderende organisatie	—	—	—	—
Bart Durlinger Managementparticipatie	—	—	—	—

Fig. 1.1

Het zal duidelijk zijn dat niet alle bijdragen volstrekt ondubbelzinnig zijn te classificeren naar de genoemde indelingsdimensies. Die worden dan ook slechts aangeboden als handreiking ter ordening. Welke dimensie het meest aanspreekt, zal sterk afhangen van de vragen waar een lezer antwoord op hoopt te krijgen bij het doornemen van de bundel. Natuurlijk is ook de titel van elke bijdrage daarbij een handige informatiebron. Te zamen vormen de bijdragen, naar wij verwachten, voor u een actueel en bruikbaar overzicht van bedrijfskundige inzichten en ervaringen op het gebied van veranderingsprocessen in ziekenhuizen.