

Het organiseren van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg

Citation for published version (APA):

Aken, van, J. E., & Bagchus, P. M. (1997). Het organiseren van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg. *Acta Hospitalia*, 37(1), 59-69.

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1997

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.

HET ORGANISEREN VAN ZORGCIRCUITS IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

J.E. van Aken/P.M. Bagchus

Joan van Aken is hoogleraar Organisatiekunde aan de faculteit Technologie Management van de Technische Universiteit Eindhoven. Daarvoor was hij vele jaren intern organisatieadviseur, resp. manager van interne organisatieadviseurs in het bedrijfsleven. Hij doet ondermeer onderzoek op het gebied van organisatorische netwerken, zowel in de profit- als in de not-for-profit sector.

Paul Bagchus is hoogleraar Organisationspsychologie aan de faculteit Technologie Management van de Technische Universiteit Eindhoven. Hij was na zijn studie een aantal jaren werkzaam bij de Koninklijke Marine op het gebied van personeelsresearch en organisatieadviesing. Daarna was hij tot zijn benoeming in Eindhoven werkzaam als wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Katholieke Universiteit Brabant. Hij doet ondermeer onderzoek op het gebied van taakontwerp en nieuwe vormen van werkorganisatie.

Bij het verbeteren en verder ontwikkelen van de geestelijke gezondheidszorg wordt reeds geruime tijd veel aandacht besteed aan *zorg-op-maat* en *continuïteit-van-zorg*. Om verbeteringen ten aanzien van deze twee thema's te kunnen realiseren moeten speciale organisatorische maatregelen worden genomen; de klassieke, afdelingsgerichte organisatiestructuur voldoet dan niet meer.

Een organisatievorm die beter voldoet is het *zorgcircuit*. Hiervoor bestaan echter nog geen beproefde organisatie modellen. In dit artikel wordt een ontwerpmodel gepresenteerd voor resp. de structuur van een zorgcircuit en voor het proces om zo'n circuit op te zetten. Beide ontwerpmodellen zijn ontwikkeld in het kader van een concreet zorgvernieuwingsproces in de regio Eindhoven en de Kempen.

Inleiding

Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg is reeds geruime tijd een centraal punt van aandacht binnen het veld van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en bij de overheid. In dat kader spelen de principes *zorg-op-maat* en *continuïteit-van-zorg* een belangrijke rol. De zorg die de cliënt krijgt aangeboden dient toegesneden te zijn op diens hulpvraag en hulpbehoefte en is dus niet automatisch het standaardpakket van de afdeling of hulpverlener waarnaar hij is verwezen. Als er gelijktijdig of volgtijdelijk meer dan één afdeling of hulpverlener bij de behandeling is of wordt betrokken, dan dienen die deelbehandelingen naadloos op elkaar aan te sluiten en moet niet telkens opnieuw een intake- en behandelplanningsproces plaatsvinden.

Tevens speelt er in de GGZ een verschuiving van klinische naar ambulante behandelvormen en wordt voorts getracht de muren rond de zorg af te breken en meer geïntegreerd met de maatschappij te gaan functioneren.

Om de principes van *zorg-op-maat* en *continuïteit-van-zorg* bij de behandeling te kunnen realiseren moeten speciale organisatorische maatregelen worden genomen. De klassieke, zuiver afdelingsgeoriënteerde organisatievormen, die vooral in de klinische setting nog veel voorkomen, voldoen dan niet meer. Een organisatievorm die wél goed is toegesneden op het realiseren van *zorg-op-maat* en *continuïteit-van-zorg* is het *zorgcircuit*. Hiervoor bestaan echter nog geen beproefde organisatievormen.

In dit artikel worden twee ontwerpmodellen gepresenteerd, die kunnen helpen bij het opzetten van zorgcircuits. Een ontwerpmodel is een *algemeen* voorbeeld dat gebruikt kan worden bij het ontwerpen of ontwikkelen van een *specifieke*, eigen oplossing (Van Aken, 1994)⁽¹⁾. Hier betreft het een ontwerpmodel voor de structuur van een zorgcircuit en één voor het proces om zo'n zorgcircuit op te zetten.

De twee ontwerpmodellen zijn ontwikkeld in het kader van een ingrijpend en langdurig zorgvernieuwingproces in de regio Eindhoven en de Kempen. In dat kader zijn uiteindelijk de betreffende RIAGG en het APZ 'De Grote Beek' gefuseerd, maar voor dit artikel is nog belangrijker dat de nieuwe organisatie bestaat uit een stelsel zorgcircuits.

In het kader van dat zorgvernieuwingproces hebben beide auteurs vanuit de Technische Universiteit Eindhoven een (beperkte) adviesopdracht uitgevoerd, waarbij het ontwikkelen van bovengenoemde ontwerpmodellen een belangrijk onderdeel vormde.

Dit is echter niet de plaats om deze casus te bespreken. In dit artikel gaat het vooral om die algemene ontwerpmodellen.

Het artikel begint met een beschouwing over de klassieke vormen voor het organiseren van professionele activiteiten en over de zwakke punten van die klassieke organisatievormen. Om die te kunnen verhelpen moet meer *procesgericht* in plaats van *taakgericht* georganiseerd worden. Daardoor ontstaan *organisatorische netwerken* en daar wordt dan ook iets naders over gezegd. Vervolgens komen achtereenvolgens de twee hierboven genoemde ontwerpmodellen aan de orde en het artikel eindigt met een korte slotbeschouwing.

Het organiseren van professionele activiteiten

Traditioneel worden GGZ-activiteiten georganiseerd in de vorm van een *professionele organisatie* (Mintzberg, 1983). Dit is een variant van de *zg. canonieke organisatie*, een organisatie die gevormd is volgens de klassieke organisatiebeginselen, waaronder eenheid van leiding en de ononderbroken bevelsketen (Van Aken, 1994).

Het kenmerkende voor de professionele organisatie is dat haar 'zwaartepunt' ligt bij de operationele kern van professionele werkers, dat deze relatief autonoom opereren en dat

hun handelen meer door hun opleiding en beroepsethiek wordt gestuurd dan door instructies van de leiding. Mintzberg noemt dit laatste coördinatie door standaardisatie van deskundigheid (Mintzberg, 1983; Wegeman, 1992). Meestal bestaat er binnen de operationele kern een sterke specialisatie. Professionele werkers bekommeren zich voorts in veel gevallen weinig om beheersvraagstukken met als gevolg dat een professionele organisatie vaak een sterk ontwikkelde beheersbureaucratie kent die *naast* de professionals opereert.

De sterkte van de professionele organisatie is de grote betrokkenheid van de professionals bij hun werk, hun inzet voor de cliënten en mede daardoor een hoge kwaliteit van de output. Vaak bestaat er door de grote autonomie een goede operationele responsiviteit: men kan snel inspelen op variërende klantenwensen en op storingen in het werk.

De grote zwakte van de professionele organisatie is het zg. *loketensyndroom*: zolang de cliënt goed geholpen kan worden aan één 'loket' gaat alles goed, maar zodra er meerdere 'loketten' gebruikt moeten worden ontstaan er moeilijk beheersbare afstemmingsproblemen, omdat het zicht van de professionals zich in het algemeen beperkt tot hun eigen loket en omdat hun autonomie het toepassen van afstemmingsmechanismen bemoeilijkt. Daarnaast kunnen zich problemen voordoen tussen de professionals in de operationele kern en de mensen van de hierboven genoemde beheersbureaucratie en tussen die professionals en de strategische top (Raad van Bestuur en divisie- of clusterleiding), die door de professionals veelal met wantrouwen wordt tegemoetgetreden wat kan resulteren in een slechte strategische responsiviteit van de organisatie. Tenslotte is het vaak moeilijk om in een professionele organisatie conflicten op te lossen, die ontstaan door onderlinge tegenstellingen of door onkundige of ongeïnteresseerde professionals.

In het kader van dit artikel vormt het loketensyndroom echter het belangrijkste probleem. Dat syndroom belemmert het doorvoeren van zorg-op-maat en continuïteit van zorg. Ook in andersoortige organisaties kan iets dergelijks spelen en dan in de vorm van een te dominante afdelingsoriëntatie. Dit is veelal het gevolg van sterk *taakgericht* organiseren, waarbij door specialisatie gestreefd wordt naar het verhogen van de efficiency. Dat gaat dan vaak ten koste van de klantoriëntatie: bij een sterke taakoriëntatie werk je meer voor je baas dan voor je klant. Onder concurrentiedruk worden tegenwoordig veel organisaties in de marktsector gedwongen om toch meer klantgericht te gaan werken, terwijl tegelijkertijd moderne informatietechnologie het mogelijk maakt om te despecialiseren (taken te verruimen) zonder al te veel efficiencyverlies. Het gevolg is dat routineactiviteiten nu steeds meer *procesgericht* georganiseerd worden: het werk wordt niet meer georganiseerd uitgaande van taken of clusters van taken, maar uitgaande van complete processen, zoals het assembleren van een auto of het afhandelen van schadeclaims bij een verzekeringsbedrijf. Daarbij wordt geprobeerd om zo min mogelijk taak- en afdelingsgrenzen te creëren dwars op de procesgang⁽²⁾.

Het vormen van zorgcircuits is ook een voorbeeld van procesgericht organiseren met als doel het loketensyndroom zo veel mogelijk te elimineren.

Organisatorische netwerken

Ook bij procesgericht organiseren worden taak- en afdelingsgrenzen gevormd, ook grenzen die dwars op de procesgang staan. Het zijn er wel (veel) minder dan bij taakgericht organiseren (m.n. door de geringere specialisatie), zij zijn ook anders gekozen (toch zoveel mogelijk langs, in plaats van dwars op de diverse processen), maar zij zijn er.

Bij procesgericht organiseren wordt er daarom veel moeite gedaan om samenhang te creëren tussen de diverse functionarissen en afdelingen die samen een compleet proces moeten uitvoeren. Daardoor ontstaan *organisatorische netwerken*: samenhangende clusters van organisaties of van organisatie-onderdelen.

In dit verband is het onderscheid tussen netwerkorganisaties en organisatienetwerken van belang (Van Aken e.a., 1997). Een *netwerkorganisatie* is een organisatie bestaande uit een netwerk van met elkaar verbonden semi-autonome bedrijfsonderdelen (in tegenstelling tot enerzijds een 'monolitische' organisatie, waarbij de bedrijfsonderdelen heel weinig autonomie hebben en grotendeels 'van boven' worden aangestuurd en tot anderzijds een 'knikkerzak-organisatie'⁽³⁾, zoals een holding met semi-autonome werkmaatschappijen, ieder op een eigen werkterrein). Een netwerkorganisatie kent vaak een bepaalde vorm van een matrixstructuur (zie verder: Programmalijn en zorglijn).

Een *organisatienetwerk* is een netwerk, bestaande uit autonome organisaties, die een alliantie hebben gesloten om voor een deel of voor hun gehele missie nauw samen te werken, zonder echter hun uiteindelijke 'sovereiniteit' op te geven.

Het onderscheid tussen netwerkorganisatie en organisatienetwerk is van belang voor zorgcircuitvorming. Wanneer men een zorgcircuit vormt uit individuen en groepen, verbonden aan één instelling, ontstaat een netwerkorganisatie. Wanneer men echter in het kader van een zorgcircuit ook nauw wil samenwerken met partners van buiten de eigen instelling ontstaat een organisatienetwerk. Omdat er bij een organisatienetwerk geen eenheid van eigendom is en er daardoor niet automatisch een eenheid van leiding en van loyaliteit bestaat (die wel bestaan voor netwerkorganisaties, Van Aken e.a., 1997), leveren dergelijke zorgcircuits nog enige extra organisatorische problemen (zie Zorgcircuit-architectuur).

Een ontwerpmodel voor een zorgcircuit

Een *zorgcircuit* kan gedefinieerd worden als een bundeling van *mensen en middelen* ten behoeve van *hulpverlening* aan cliënten uit een bepaalde *doelgroep*, waarbij die hulpverlening door deze cliënten als een *samenhangend geheel* wordt ervaren.

Een zorgcircuit heeft een herkenbare identiteit voor zijn omgeving: verwijzers kennen de doelgroepomschrijvingen van de verschillende zorgcircuits in hun regio en verwijzen hun cliënten direct naar een bepaald zorgcircuit. De doelgroep en het behandel aanbod van een zorgcircuit moeten beschreven kunnen worden in een folder over dat circuit.

Voor ieder zorgcircuit wordt een aantal *zorgprogramma's* gedefinieerd: de doelgroep van het circuit wordt verdeeld in een aantal categorieën cliënten en voor iedere categorie wordt een afzonderlijk zorgprogramma ontwikkeld.

Zo'n zorgprogramma bestaat uit een aantal *behandelelementen*, zoals ambulante individuele of groepspsychotherapie, klinische psychotherapie, andere therapievormen, klinische verzorging, crisisinterventie, dagbesteding en/of wonen in diverse vormen. In een zorgprogramma wordt de zorg in functionele termen gedefinieerd, zonder dat men zich al uitsprekt over de organisatorische vormgeving van de uitvoering van zo'n programma. Men kan bijvoorbeeld met betrekking tot het behandelelement 'dagbesteding' binnen een zorgprogramma een pakket van functionele eisen formuleren, zonder zich uit te spreken over de organisatie of het organisatieonderdeel dat die dagbesteding moet 'leveren'.

Behandelelementen worden aangeboden door *zorgeenheden*, de basiseenheden van het circuit. In principe zijn alle behandelaars van het circuit ondergebracht in een zorgeenheid. De zorgeenheid vormt voor hen hun 'thuisbasis'. De leiding van de zorgeenheid is verantwoordelijk voor de kwaliteit, continuïteit

en verbetering van de door de zorgseenheid te leveren specifieke zorg en voorts voor de aanstelling, opleiding en loopbaan van de betrokken behandelaars.

Het definiëren van zorgprogramma's met hun behandel-elementen heeft enerzijds als doel een uitputtende inventarisatie te verkrijgen van alle taken die binnen zo'n programma moeten worden uitgevoerd en om de taken voor de betrokken zorgseenheden te definiëren. Anderzijds vormt de verzameling zorgprogramma's van een zorgcircuit als het ware een verzameling 'standaardmenu's' voor de hieronder te noemen centrale intake, waaruit deze per individuele cliënt een eigen 'menu' kan kiezen, dat dan vervolgens voor de betrokken cliënt 'op maat' wordt gebracht.

Ieder zorgcircuit heeft een *centrale aanmelding en screening*⁽⁴⁾. Het intakeproces kan door dezelfde instantie worden voortgezet; de cliënt kan echter ook voor verdere observatie en diagnose worden doorverwezen, bijv. naar een opnameafdeling of naar de intake van een subzorgcircuit. Het intakeproces resulteert in een diagnose en een zorgallocatie. Daarna wordt door de betrokken zorgverleners in samenspraak met de cliënt een individueel *behandelplan* ontwikkeld, waarin ondermeer volgorde, intensiteit en geschatte tijdsduur van de diverse behandel-elementen worden vastgelegd. De besturing van de uitvoering van dit behandelplan is vervolgens de verantwoordelijkheid van één van deze zorgverleners of van de *casemanager* van de betrokken cliënt.

Overigens hebben vele cliënten een enkelvoudige hulpvraag, d.w.z. dat hun behandeling vrijwel geheel door één hulpverlener kan worden afgewikkeld. Omdat dit door verwijzers in het algemeen niet te onderkennen is, is het verstandig om iedereen naar de centrale aanmelding en screening van een zorgcircuit te laten verwijzen. Als het individuele behandelplan uit zo'n enkelvoudige behandeling bestaat, zal de betrokken behandelaar de behandeling verder zelfstandig afwerken en blijft de rest van het zorgcircuit daar buiten.

Een zorgcircuit wordt geleid door één circuitmanager of, de klassieke duale structuur van veel professionele organisaties volgend, door twee circuitmanagers, de ene met een behandelinhoudelijk zwaartepunt in zijn taak, de ander met een zwaartepunt op het gebied van beheer.

Intern wordt het circuit verder georganiseerd in twee lijnen, nl. de *programmaliijn* en de *zorgliijn*. In de *programmaliijn* worden zorgprogramma's inhoudelijk ontwikkeld en vindt de zorgbesturing met betrekking tot cliënten plaats: intake, diagnose, behandelplanning en bewaken/bijsturen van de uitvoering van het behandelplan. In deze lijn functioneren zorgprogrammamanagers en casemanagers.

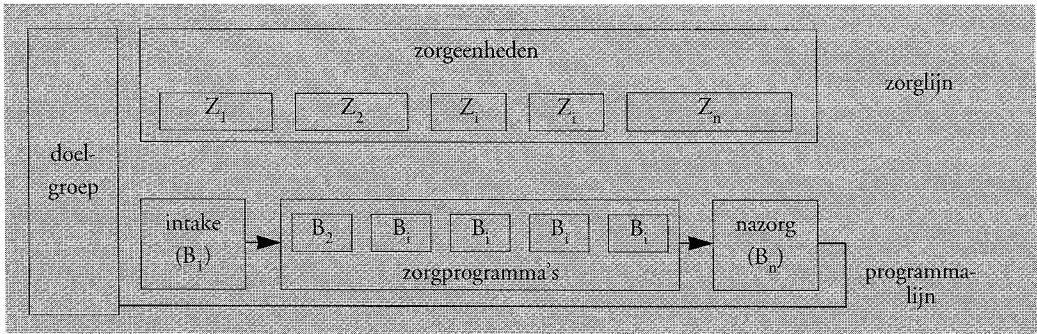
In de *zorgliijn* vindt de feitelijke behandeling plaats door behandelaars, die organisatorisch zijn ondergebracht in de hierboven genoemde zorgseenheden. Bij die feitelijke behandeling dient er steeds een actieve dialoog te bestaan tussen programmaliijn en zorgliijn, d.w.z. tussen de casemanager en de behandelaar(s) van de zorgseenheid. Die dialoog betreft uiteraard ook de inhoud van het behandelplan, dat op grond van die dialoog aangepast kan worden.

Zorgseenheden worden geleid door *zorgmanagers*, die verantwoordelijk zijn voor het gebruik en de kwaliteit van de menselijke en materiële middelen van hun zorgseenheid. Het bewaken en ontwikkelen van de competenties van de staf van hun zorgseenheid vormt een centraal deel van hun taak.

Figuur 1 geeft een gestileerd beeld van een zorgcircuit, waarin de hierboven ontwikkelde begrippen zijn opgenomen.

Ter illustratie van de begrippen die in deze paragraaf zijn geïntroduceerd geven we een korte schets van het zorgcircuit 'ouderen', dat in het kader van het in de Inleiding genoemde zorgvernieuwingsproces in de regio Eindhoven en de Kempen is opgezet. Dit circuit bestaat uit een tweehoofdige circuitleiding en de drie zorgseenheden 'organische psychia-

Figuur 1. Een gestileerd beeld van een zorgcircuit.



Het zorgcircuit bestaat uit zorgeenheden (Z_i), die ieder bepaalde behandelelementen (B_i) kunnen leveren, die gedefinieerd zijn in een zorgprogramma.

De intake resulteert in zorgallocatie, waarna voor iedere cliënt binnen een gekozen zorgprogramma een individueel behandelplan ontwikkeld wordt, waarin keuzes zijn gedaan ten aanzien van de daaruit toe te passen behandelelementen.

trie', 'behandeling' en 'rehabilitatie'. Het circuit kent twee zorgprogramma's, nl. 'organische psychiatrie' en 'psychiatrische en ernstige psychosociale stoornissen'. De twee programmamanagers en de casemanagers, allen opererend in de programmalijn, zijn organisatorisch ondergebracht in de zorgeenheid 'behandeling'. Binnen de zorgeenheid 'organische psychiatrie' is een kleine opname-eenheid gecreëerd, die functies voor het gehele circuit vervult.

Programmalijn en zorglijijn

Het hierboven geïntroduceerde onderscheid tussen programmalijn en zorglijijn vormt de kern van de interne structuur van een zorgcircuit. Door dit onderscheid ontstaat een matrix-organisatiestructuur: de uitvoering van de diverse behandelelementen wordt zorginhoudelijk aangestuurd vanuit de zorglijijn, terwijl vanuit de programmalijn de behandeling als totaal wordt aangestuurd vanuit de principes zorg-op-maat en continuïteit van zorg.

In een industriële analogie zou men de hier beschreven organisatiestructuur kunnen vergelijken met de klassieke matrixstructuur van een product-ontwikkelafdeling. Zo'n afdeling

is dan in de ene lijn georganiseerd in disciplinengroepen, bijv. de groepen mechanica, chemie, elektronica en software, terwijl in de andere de projectleiders opereren. Deze krijgen ieder voor hun project voor de duur daarvan naar behoefte uit de disciplinegroepen medewerkers toegewezen. De disciplinelijn is primair verantwoordelijk voor beschikbare capaciteit en competentieontwikkeling, de projectleiderslijn is verantwoordelijk voor het bereiken van resultaten. De zorglijijn is te vergelijken met bovenstaande disciplinelijn en de programmalijn met de projectleiderslijn.

De splitsing zorglijijn-programmalijn is primair een verdeling in rollen. Bij de personele invulling van de organisatie kunnen diverse professionals zowel een rol in de ene als in de andere lijn vervullen, *mits zij beide rollen goed kunnen splitsen*: vermeden moet worden dat zij in hun rol als behandelplanner uitsluitend of vooral hun *eigen* behandeling inplannen (zoals in de klassieke organisatievormen), maar dat zij daarbij alle behandelelementen van het betreffende circuit op een evenwichtige wijze meenemen.

Het realiseren van de programma-zorgmatrix stelt de organisatie overigens wel voor een lastig veranderkundig probleem. Profes-

sionals zijn gewend aan een behoorlijke mate van professionele autonomie in hun werk. In het kader van de programma-zorg-matrix wordt echter van hen die eerder genoemde actieve dialoog tussen beide lijnen verwacht over de uit te voeren, c.q. uitgevoerde behandeling. In de praktijk blijkt dat dat een behoorlijke verandering van professionele attitudes vereist, met name voor de medische professionals, de psychiaters. Met goed overleg en met veel aandacht en begrip voor de problemen bij zo'n attitudeverandering is echter veel te bereiken. Ook het gebruik maken van de hierboven genoemde mogelijkheid om bepaalde professionals in beide lijnen te laten werken (mits ze hun rollen uiteen kunnen houden), kan soms helpen de verandering gemakkelijk te maken.

Het zorgcircuit als netwerkorganisatie of als organisatienetwerk

Een centrale vraag bij het ontwikkelen van zorgcircuits betreft de vraag of, en zo ja in welke mate, er al dan niet verschillende instellingen bij betrokken moeten worden. Wanneer een zorgcircuit vanuit een bepaalde instelling wordt ontwikkeld, kan het gewenst zijn om (nauwe) relaties met partners van buiten de instelling aan te gaan, omdat deze bepaalde behandelelementen kunnen aanbieden waarover de instelling zelf niet beschikt of om meer geïntegreerd in de samenleving te kunnen opereren. Een circuit voor ouderenzorg zal bijvoorbeeld nauw willen samenwerken met één of meer verzorgingstehuizen, een circuit voor volwassenenzorg met het algemeen maatschappelijk werk, een forensische kliniek met diverse justitiële instanties. Met betrekking tot de organisatie van die samenwerking heeft men in principe twee keuzen, nl. al dan niet formeel opnemen in het circuit. Een circuit dat uitsluitend bestaat uit zg. *eigen afdelingen*, afdelingen van de eigen instelling, zullen we een *divisiecircuit*

noemen. In dit geval heeft men dus gekozen om geen partners van buiten op te nemen in het circuit. Intern is een divisiecircuit georganiseerd als netwerkorganisatie met zorg op maat en continuïteit van zorg, maar extern functioneert het als een gewone divisie of cluster van de instelling. Een divisiecircuit kan wel *formele relaties* creëren met instanties buiten de instelling: instanties die zo belangrijk zijn voor de behandeling door het circuit dat met hen regelmatig (formeel) overleg moet worden gevoerd, maar die aan de andere kant weer niet zo belangrijk zijn dat zij betrokken moeten worden bij al het strategische en operationele overleg binnen het circuit (het kan overigens ook zijn dat de potentiële partner er zelf de voorkeur aan geeft om geen partner binnen het circuit te worden). Wanneer men er echter voor kiest om partners vanuit verschillende instellingen in een zorgcircuit bijeen te brengen, ontstaat een organisatienetwerk. We zullen zo'n zorgcircuit een *netwerkcircuit* noemen. In dat geval worden door de directies van de betrokken instellingen op strategisch niveau afspraken gemaakt over de in te zetten middelen en over de betalingsregelingen daarvoor, worden door hen de diverse leidinggevende functionarissen benoemd en worden de rollen bepaald die die leidinggevendenden moeten gaan vervullen. Het is dan van groot belang om regelmatig overleg op strategisch niveau te hebben, bijvoorbeeld door het instellen van een stuurgroep voor het circuit, bestaande uit vertegenwoordigers van de directies van de betrokken instellingen en de circuitleiding. Wanneer er op strategisch niveau goede afspraken zijn gemaakt, kan de circuitleiding van een netwerkcircuit op operationeel niveau bij de behandelplanning en bij de behandeling zelf in feite net zo opereren als de circuitleiding van een divisienetwerk⁽⁵⁾. Ook een netwerkcircuit kan naast partners, instellingen die participeren binnen het circuit, tevens formele relaties hebben, zoals boven besproken bij het divisiecircuit.

De verschillen tussen een divisie-circuit en een netwerk-circuit worden in figuur 2 nog eens geïllustreerd.

In de praktijk ziet men ook mengvormen: een divisie-circuit met een enkele partner vanuit een andere instelling of een netwerk-circuit, waarbij één van de partners duidelijk een omvangrijkere inbreng heeft dan de andere. Een bepaalde instelling kan voorts een aantal eigen divisie-circuits hebben en daarnaast participeren in één of meer netwerk-circuits.

Zorgcircuitarchitectuur

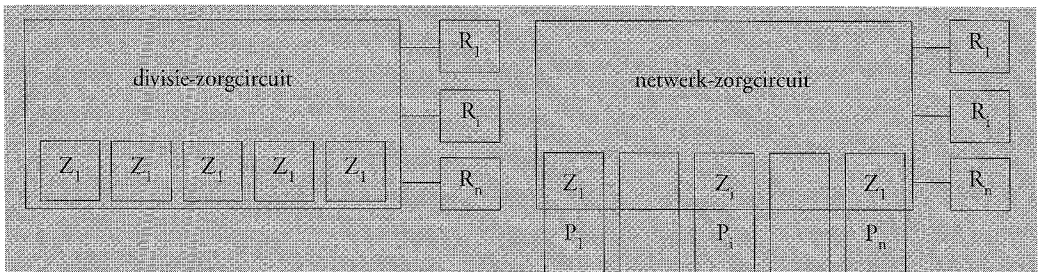
In plaats van het creëren van één omvangrijk en heterogeen zorgcircuit zal men vaak een stelsel van een aantal zorgcircuits vormen, elk voor een onderscheiden doelgroep. Doelgroepen voor circuits kunnen bijv. gedefinieerd worden op basis van leeftijdscategorieën of behandelcategorieën of op basis van geografische herkomst van de cliënt. Bij het definiëren van de doelgroepen voor een stelsel zorgcircuits moet er voor gezorgd worden dat er in de praktijk weinig doorverwijzingen tussen circuits zullen zijn, omdat daardoor de continuïteit van zorg verstoord wordt. Het stelsel moet als geheel ook helder zijn voor verwijzers (en bij voorkeur ook voor hun cliënten), omdat dezen moeten kunnen ver-

wijzen naar de centrale intake van een bepaald circuit.

Na het vaststellen van het aantal en de aard van de diverse zorgcircuits van het stelsel (met hun doelgroepen en met de onderlinge afbakening van die doelgroepen) heeft een tweede ontwerp-vraag betrekking op de middelen die aan ieder circuit moeten worden toegewezen. Enerzijds betreft dat een verdeling van de middelen van de eigen instelling, anderzijds betreft dat de mogelijke combinatie met middelen van andere instellingen door het creëren van netwerk-circuits, zoals besproken in de vorige paragraaf.

Een belangrijk aspect van de structuur van het stelsel circuits is voorts zijn *geografische dimensie*. In het kader van het streven om meer maatschappelijk geïntegreerd te gaan werken, worden instellingen voor geestelijke gezondheidszorg veelal niet meer ver weggestopt ergens in de bossen (nabij een station, dat wel), maar bestaan zij vaak uit een netwerk van kleinschalige eenheden, dichtbij of middenin bevolkingscentra, waardoor laagdrempelige hulp kan worden aangeboden. Dit levert een moeilijk ontwerpdilemma: aan de ene kant zou men graag alle zorg-eenheden van een circuit geografisch willen concentreren (continuïteit van zorg betekent ook dat de cliënt niet te veel moet reizen voor zijn behandeling) en aan de andere kant wil men

Figuur 2. Divisie- en netwerk-zorgcircuit.



Bij het divisie-zorgcircuit zijn alle zorgenheden Z_i organisatorisch geïntegreerd in het zorgcircuit, bij het netwerk-zorgcircuit worden de zorgenheden geleverd door diverse partners P_i , maar blijven deze organisatorisch 'eigen-dom' van de organisatie van de partner. Beide zorgcircuits onderhouden nauwe banden met formele relaties R_i .

graag de behandeling geografisch dicht bij de cliënten brengen.

Het kan voorkomen dat men bepaalde specialistische behandel-elementen in meer dan één circuit wil aanbieden, zonder dat men daarvoor in ieder circuit een eigen zorg-eenheid wil creëren, omdat dat te duur zou zijn. Men denke bijv. aan sexe-specifieke hulpverlening, hulp aan verslaafden of crisisinterventie. Als een bepaald circuit toch de hoofdafnemer is, kan men in dat circuit een zorg-eenheid daarvoor opstellen en regelingen treffen waardoor ook andere circuits de betreffende hulpvorm kunnen inzetten. Men kan echter ook een specialistische afdeling buiten de circuits opzetten.

Uiteraard moeten maatregelen worden genomen om bij de behandelplanning deze behandel-elementen goed mee te kunnen nemen.

Ondersteunende diensten, zoals administratie, personeelszaken en de civiele dienst zullen ook vaak buiten de zorgcircuits centraal worden opgesteld. Het kan dan wel gewenst zijn om voor ieder circuit per functie één of meer speciale aandachtsfunctionarissen of contactpersonen aan te wijzen.

De structuur van het stelsel van zorgcircuits, d.w.z. doelgroepenverdeling, eventuele gemeenschappelijke behandel-functies, geografische verdeling en de structuur van de ondersteunende diensten, noemen we de *circuit-architectuur*.

Ter illustratie geven we hieronder een korte schets van de circuit-architectuur, die in de regio Eindhoven en de Kempen is gecreëerd. Deze bestaat uit de volgende zorgcircuits:

- kinderen en jeugd (netwerkcircuit)
- ouderen (divisiecircuit)
- behandeling (divisiecircuit)
- complexe en langdurige hulpvragen (divisiecircuit met de RIBW als 'formele relatie')
- acute zorg (divisiecircuit)
- forensische psychiatrie (divisiecircuit).

Daarnaast bestaan er de volgende bedrijfsondersteunende diensten: 'financiën en infor-

matievoorziening', 'facilitaire zaken', 'sociale en personeelszaken' en 'zorgondersteunende functies'.

De algemene leiding berust bij de Raad van Bestuur.

Een ontwerpmodel voor de vorming van een zorgcircuit

Er zijn natuurlijk vele manieren om een zorgcircuit op te zetten. Het onderstaande stappenplan kan als ontwerpmodel gebruikt worden om het eigen, specifieke proces te ontwerpen om tot een zorgcircuit te komen. Overigens brengt het opzetten van een zorgcircuit zoveel veranderkundige vraagstukken met zich mee, dat dat een apart artikel zou rechtvaardigen. Het doel van onderstaand ontwerpmodel is slechts om een eerste handreiking te geven voor het oplossen van die veranderkundige vraagstukken.

Het ontwerpmodel bevat dan de volgende stappen:

- a. Het definiëren van de doelgroep van het circuit en in hoofdlijnen de aard van de te leveren zorg.
- b. Het definiëren van één of meer gedetailleerde zorgprogramma's, elk voor een homogene subgroep van de doelgroep van het circuit, die in functionele termen aangeven welke zorg er aan die cliënten gegeven zal worden.
- c. Het inventariseren van de middelen die nodig zijn voor de uitvoering van ieder programma. Dit betreft natuurlijk in eerste instantie de betrokken mensen, maar ruimte en andere middelen behoren eveneens daartoe. Hierbij moet ook een indicatie worden gegeven over de omvang van de benodigde middelen (bijv. in termen van een aantal mensen, of voor een verzorgingsafdeling het aantal bedden). In moeilijk voorspelbare situaties zou men in dit stadium ook een interval kunnen opgeven (bijv. 10 à 15 bedden).

- d. Het samenvoegen van gelijksoortige middelen uit stap c tot afdelingen (de zorgeenheden).
- e. Het definiëren van de relatie van de zorgeenheid met het zorgcircuit: moet het een 'eigen afdeling' worden; indien niet, moet de organisatie waartoe de zorgeenheid blijft behoren, dan een partner van het zorgcircuit worden (de zorgeenheid wordt opgenomen in het budget van het zorgcircuit) of wordt de organisatie een formele relatie (waarvan de diensten door middel van het betalen van rekeningen verrekend worden).

De stappen a t/m e definiëren de hoofdlijnen van de organisatie van het zorgcircuit. Na deze voorbereiding komt de fase van de 'echte' besluitvorming.

- f. Overleg tussen de directies, c.q. vertegenwoordigers van de partners van het circuit en het verkrijgen van principe-uitspraken over participatie.
- g. Verdere uitwerking van de financieel-economische aspecten. Een bekend adagium luidt: de administratie volgt de organisatie. Nu de organisatie bekend is, kan de budgettering worden uitgewerkt: overleg met partners en met financiers. In deze fase vindt ook verdere besluitvorming m.b.t. de omvang van de ter beschikking te stellen middelen plaats.
- h. De bemensing van het zorgcircuit, zowel met betrekking tot de leidinggevende functies als met betrekking tot de professionele functies (in het algemeen zullen de beslissingen hierover al in eerdere stappen zijn voorbereid).
- i. Het verder uitdetailleren van organisatie en besturing, onder meer door het opstarten van het eerder genoemde strategische overleg (bijv. door het instellen van een stuurgroep) en het operationele overleg onder leiding van de zorgcircuit-manager.

Het creëren van een zorgcircuit is een zeer complexe organisatieverandering. Tichy's

TPC-model volgend (Tichy, 1983) moeten dergelijke processen simultaan worden gemanaged in resp. het technische-economisch domein (T: het domein van werkzaamheden en de beoogde resultaten van die werkzaamheden), het politieke domein (P: het domein van deelbelangen en het gebruik van formele en informele macht en invloed om die deelbelangen veilig te stellen) en het sociaal-emotionele domein (C: het domein van gevoelens).

Het gaat het kader van dit artikel te buiten om deze problematiek verder uit te werken (zie bijv. Van Aken, 1994, deel IV hierover), maar wel moet worden opgemerkt dat het bovenbeschreven stappenplan slechts het T-domein betreft en dat daarnaast dus veel aandacht moet worden gegeven aan de politieke en sociaal-emotionele aspecten van de verandering. In een professionele organisatie is door de relatieve autonomie van de professionals in de operationele kern het goed managen van de politieke en sociaal-emotionele aspecten van de verandering vaak van nog meer belang dan in andersoortige organisaties.

Slotopmerkingen

Het zorgcircuit biedt een goede organisatievorm voor het realiseren van zorg-op-maat en continuïteit van zorg. Volledige zorg op maat is overigens niet echt te realiseren. Men kan dit zorgaanbod wellicht vergelijken met maatconfectie. Men heeft een aantal confectiemodellen, de zorgprogramma's, die vervolgens bij de behandelplanning op maat gemaakt worden.

Bij het inrichten en managen van het circuit is het voorts van belang om de programma-lijn voldoende sterk te maken en sterk te houden: als die te veel verzwakt, en dat is een natuurlijke tendens in dit soort matrix-organisaties, dan ontstaat toch weer de klassieke afdelingsstructuur.

Een belangrijke succesfactor voor een zorgcircuit is de aanwezigheid van een adequate informatisering. In de klassieke afdelingsstructuur kan veel worden gestuurd en bijgestuurd op grond van directe, dagelijkse contacten en vormen papieren dossiers een voldoende ondersteuning. In een zorgcircuit zijn naast de casemanager ook diverse andere behandelaars en instellingen bij de behandeling betrokken en die betrokkenen zien elkaar vaak niet dagelijks. Een adequate IT-ondersteuning is dan voor een goede onderlinge afstemming van de diverse behandelactiviteiten onontbeerlijk.

Door de vorming van een stelsel van zorgcircuits ontstaat een relatief complexe structuur. Veel complexer, dan een structuur waarbij iedere professional zijn eigen loket heeft en waarbij verzamelingen loketten netjes zijn

samengevoegd tot afdelingen en die afdelingen weer tot clusters. Bij een circuitstructuur ontstaan diverse complexe samenhangen: de samenhang tussen programma- en zorglijnen binnen een circuit, samenhangen tussen circuits door eventueel circuitoverstijgende hulpvormen, mogelijke samenhangen tussen diverse instellingen die partners leveren voor één of meer circuits en mogelijke samenhangen met 'formele relaties'.

De praktijk in Eindhoven en de Kempen laat zien dat een dergelijk complex samenstel toch goed te managen is. Het afscheid nemen van de overzichtelijke lokettenstructuur kan men zien als een organisatorisch offer, dat de behandelaars brengen in het belang van de cliënt om hem zorg-op-maat en continuïteit van zorg te kunnen leveren. ■

Noten

(1) Een voorbeeld, dat het begrip 'ontwerpmodel' kan verduidelijken, wordt gevormd door de modelverordeningen die de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) uitgeeft. Zo kan bijvoorbeeld een ambtenaar van de gemeente Best, die een hinderwetverordening voor zijn gemeente moet ontwerpen, de desbetreffende modelverordening van de VNG nemen en vervolgens zijn eigen verordening schrijven door het voor zijn gemeente specifiek maken van die algemene verordening. Zo is een ontwerpmodel voor een organisatiestructuur een algemeen model, dat een organisatieontwerper vervolgens kan gebruiken om voor zijn eigen specifieke situatie en wensen een specifieke structuur te ontwerpen.

(2) Het bekende 'Business Process Redesign' (Hammer en Champy, 1993) is een goed voorbeeld van proces-

georiënteerd herorganiseren in de industrie en vooral bij de zakelijke dienstverlening.

(3) Bij een 'knikkerzakorganisatie' worden de afzonderlijke bedrijfsonderdelen of werkmatschappijen verzameld op grond van hun *individuele* prestaties (hun 'schoonheid') en worden zij weer afgestoten als die prestaties tegenvallen (als hun schoonheid niet meer bevalt). Essentieel is echter de 'hardheid van de knikker': ze 'plakken' niet aan elkaar, er is geen onderlinge synergie.

(4) De centrale intake van een circuit kan ook subregionaal georganiseerd worden.

(5) Zie ook de opmerkingen in Van Aken e.a. (1997) over de noodzaak van het scheiden van operationeel en strategisch management bij het managen van een organisatienetwerk.

Literatuur

Van Aken, J.E., *Strategievorming en Organisationsstructurering*. Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer, 1994.

Van Aken, J.E., L. Hop & G.J.J. Post, „De Virtuele Onderneming, begripsbepaling en evaluatie”, *Holland/Belgium Management Review*, nummer 53, 1997.

Hammer, M. & J. Champy, *Re-engineering the corporation, a manifesto for business revolution*. Harper Business, New York, 1993.

Mintzberg, H., *Structure in fives, designing effective organizations*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1983.

Tichy, N.M., *Managing strategic change, technical, political and cultural dynamics*, Wiley, Chichester, 1983.

Weggeman, M.C.D.P., *Leidinggeven aan Professionals*. Kluwer, Deventer, 1992.