

# Doelgericht structureren binnen zorgconcerns



Naam student: Patricia Blommers  
Studentnummer: 296850  
Afstudeerbegeleidster: Dr. Isabelle Fabbricotti  
Meelezer: Dr. Gerard Scholten  
Plaats: Rotterdam  
Datum indiening: 18 augustus 2007

 **BMG** instituut Beleid &  
Management Gezondheidszorg  
Master Zorgmanagement

**ErasmusMC**  


## Voorwoord

Eindelijk is het dan zover. Mijn afstudeerscriptie is voldoende om er de Master Zorgmanagement mee af te sluiten! De weg hiernaartoe verliep niet helemaal zoals ik me had voorgesteld. Het afstudeertraject kostte mij meer tijd en moeite dan ik vooraf had gedacht. De afgelopen maanden heb ik vele artikelen gelezen, vele uren achter de computer gezeten, van Terneuzen tot Leeuwarden gereisd met een tussenstop in Amersfoort en ook heb ik vele stressvolle momenten beleefd. Maar daar krijg je dan ook wel wat voor terug! Ik verheug me erg op de rust die weer (even) terugkeert, de tijd die ik over heb voor leukere bezigheden dan een scriptie schrijven en het fulltime werken. De afgelopen maanden liep ik continu rond met een onrustig gevoel, omdat bijna alles in het teken stond van het op tijd afronden van mijn scriptie. Toen echter bleek dat ik mijn scriptie pas in augustus zou kunnen afronden, keerde de rust al een beetje terug.

Mijn afstudeertraject verliep met momenten moeizaam, maar ik heb er wel veel van geleerd. Ik ben er uiteindelijk achter gekomen hoe ik op wetenschappelijke wijze een kwalitatief onderzoek moet uitvoeren en een scriptie moet schrijven. Er bleek nogal een groot verschil te bestaan tussen het schrijven van deze scriptie en de scriptie die ik twee jaar geleden moest schrijven voor de Hbo-v. Daarnaast leerde ik mijzelf op momenten weer eens goed kennen.

Meerdere personen wil ik bedanken voor hun inhoudelijke bijdragen of hun steun tijdens mijn afstudeertraject. Graag wil ik mijn afstudeerbegeleider, Isabelle Fabbricotti, bedanken voor haar begeleiding tijdens mijn afstudeertraject. De feedback die ik regelmatig van haar kreeg op mijn scriptiestukken én haar inzichten omtrent de structurering van zorgconcerns hebben er toe bijgedragen dat mijn scriptie is geworden zoals hij nu voor u ligt. Daarnaast wil ik de respondenten van Zorggroep Noorderbreedte, ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen en Meavita Nederland bedanken voor de medewerking die zij hebben verleend aan het onderzoek. Ook wil ik medestudenten, in het bijzonder Annemarie van der Burg en Paul Beurskens, bedanken voor motiverende gesprekken en berichten en soms handige tips! Tot slot gaat mijn grote dank uit naar mijn naaste familie, mijn vriend en beste vriendinnen. Ik ben heel erg blij dat jullie er altijd voor mij en mijn 'scriptiegezeur' waren. Ook wisten jullie de soms aanwezige 'scriptieproblemen' te relativieren, waardoor ik vervolgens vol goede moed verder kon gaan.

Middelburg, augustus 2007

## Samenvatting

Zorginstellingen zien zich door maatschappelijke en politieke ontwikkelingen steeds meer genoodzaakt samenwerkingsrelaties aan te gaan, wanneer zij hun doelstellingen willen blijven realiseren. Een samenwerkingsvorm die steeds vaker wordt gezien in de gezondheidszorg is het concern. Bij de vorming van een zorgconcern staat onder andere het vraagstuk centraal omtrent de te ontwikkelen organisatiestructuur waarmee de doelstellingen van het concern bereikt kunnen worden. De doelstelling van dit onderzoek is inzicht verschaffen in organisatiestructuren voor zorgconcerns en de invloed daarvan op de bereiking van zorginhoudelijke doelstellingen. Met deze kennis wordt beoogd bestuurders en/of managers van (te ontwikkelen) zorgconcerns een handvat te bieden bij de keuze van een organisatiestructuur die past bij de zorginhoudelijke doelstellingen van het concern. Hiertoe is de volgende probleemstelling geformuleerd:

*Wat zijn voor zorgconcerns effectieve organisatiestructuren, in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen?*

Ten eerste is in bestaande, wetenschappelijke theorieën gezocht naar antwoorden op deze probleemstelling, waaruit een theoretisch conceptueel model is ontstaan. In dit model staat centraal dat verschillende structuurkeuzes binnen onderdelen van een zorgconcern leiden tot betere voorwaarden voor de bereiking van bepaalde zorginhoudelijke doelstellingen. Het model is vervolgens leidraad geweest voor het empirisch onderzoek. Door middel van een kwalitatief onderzoek, met exploratief en beschrijvend karakter, is binnen drie zorgconcerns verder gezocht naar antwoorden. Hiertoe zijn interviews en documentenanalyses gebruikt als onderzoeksmethoden. Vragen over onder andere zorginhoudelijke doelstellingen, bestaande organisatiestructuren en effecten daarvan op zorginhoudelijke doelbereiking en veranderingen in organisatiestructuren zijn hierbij leidend geweest.

De belangrijkste uitkomst van dit onderzoek is dat de verschillende structuren die aanwezig zijn binnen onderdelen van zorgconcerns effect hebben op de zorginhoudelijke doelstellingen van die concerns, te weten ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Een gedecentraliseerd bestuur in de strategische top bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende concernonderdelen kent meer gerichtheid op die doelen dan een gecentraliseerd bestuur. Daarnaast bieden decentrale stafdiensten in de technostructuur en decentrale ondersteunende diensten voorwaarden voor de daadwerkelijke bereiking van ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Ook de combinatie van divisionele -en integrale eenheden in de uitvoerende kern en het gebruik van integraal management in het

middenkader bieden voorwaarden voor de zorginhoudelijke doelbereiking. Echter uit de resultaten blijkt dat zorgconcerns niet altijd even goed stilstaan bij de effecten van structuren op zorginhoudelijke doelstellingen. Het tegenovergestelde geldt voor financiële doelstellingen. Uit de resultaten is duidelijk naar voren gekomen dat financiële doelstellingen regelmatig een centrale rol spelen in de wijze waarop bepaalde onderdelen in zorgconcerns worden gestructureerd. In die gevallen spelen zorginhoudelijke doelstellingen slechts een ondergeschikte rol of zijn ze zelfs geen punt van aandacht, wat een wissel trekt op de zorginhoudelijke doelbereiking. Daarom wordt onder meer aanbevolen onderzoek te doen naar effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns in relatie tot hun *strategische doelstellingen*, zodat de relaties tussen structuren en doelstellingen van zorgconcerns wellicht duidelijker en vollediger worden dan nu het geval is. Een andere aanbeveling betreft de strategievorming binnen zorgconcerns. Wanneer uitvoeriger stil wordt gestaan bij centrale doelstellingen in een strategie en de consequenties daarvan voor de organisatiestructuur, zijn structuren beter vorm te geven naar hetgeen men wil bereiken met concernvorming.

## Summary

Because of social and political developments health care institutions are more and more forced into forms of co-operation in order to reach their goals. A form of co-operation which is seen more often in the health care sector is the concern. The design of health care concerns centres among other things on the development of organizational structures with which the goals of the concern can be achieved. The objective of this research is to provide insight in organizational structures for health care concerns and their influence on achieving care goals. This knowledge aims at providing those concerns' management a handhold in the choice of an organizational structure that matches the care goals of the concern. For this purpose the following question is formulated:

*What are effective organizational structures for health care concerns, in relation to their care goals?*

First there has been a study of existing, scientific theories to find answers to this question, which resulted in a theoretical conceptual model. This model centres on the different choices for structures within parts of a health care concern, which led to better conditions for achieving certain care goals. Then the model was used as a guide-line for empirical research. By means of a qualitative research within three health care concerns is searched further for answers. Interviews were held and documents were analysed. The purpose was to examine among other things which care goals and which organizational structures exist, the effect of those structures on care goals and changes in organizational structures.

The most important outcome of this research is that the existing structures within parts of health care concerns affect the care goals of those concerns, namely integrated care and demand-centred care. A decentralized board in the strategic apex consisting of representatives from several parts of the concern points more attention on those goals than a centralized board. Decentralized staff services in the technostructure and decentralized support services provide conditions for the actual achievement of integrated care and demand-centred care. Also the combination of divisional and integral units in the operating core and the use of integral management in the middle line provide conditions for achieving the care goals. However the results show that health care concerns do not always have an eye for the effects of structures on care goals. The opposite applies for financial goals. The results show clearly that by regularity financial goals play a leading role in the way certain parts of health care concerns are structured. In those cases care goals play only a subordinate role or they are not a point of attention at all, which has its impact on achieving

care goals. It is therefore recommended that effective organizational structures for health care concerns in relation to their *strategic goals* should be investigated, in order to get the relations between structures and goals of health care concerns more obvious and more complete. Another recommendation deals with the formation of strategy within health care concerns. If there is more detail attention for a strategy's care goals and its consequences for the organizational structure, better structures can be formed towards what people want to achieve with the formation of a health care concern.

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>i</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>ii</b>
<b>Summary</b>	<b>iv</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>1</b>
1.1 Concernvorming: het begint met samenwerken	1
1.2 Doelstelling, probleemstelling en deelvragen	2
1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	3
1.4 Leeswijzer	4
<b>2 Theoretisch kader</b>	<b>5</b>
2.1 Het zorgconcern: een omschrijving	5
2.2 Zorginhoudelijke doelstellingen binnen zorgconcerns	7
2.3 Typologieën en configuraties voor zorgconcerns	8
2.3.1 Typeren naar soort producten of diensten	8
2.3.2 Samenstelling en geografische spreiding als uitgangspunt	9
2.3.3 Een derde mogelijkheid tot typeren	10
2.4 Organisatiestructuur: een verkenning	11
2.4.1 Werkverdeling en coördinatie binnen en tussen organisatieonderdelen	11
2.4.2 Ontwerpparameters	12
2.5 Structuren binnen zorgconcerns	15
2.5.1 De strategische top	15
2.5.2 Het middenkader	16
2.5.3 De technostructuur	18
2.5.4 De uitvoerende kern	18
2.5.5 De ondersteunende diensten	19
2.5.6 De complexiteit van structureren	20
2.6 Theoretisch conceptueel model	20

<b>3</b>	<b>Methodologie</b>	<b>23</b>
3.1	Onderzoeksdesign	23
3.2	Onderzoekseenheden	24
3.3	Methode dataverzameling	25
3.3.1	Interviews	25
3.3.2	Bestaande documenten	26
3.4	Methode data-analyse	27
3.5	Betrouwbaarheid en validiteit	27
<b>4</b>	<b>Resultaten</b>	<b>29</b>
4.1	Zorginhoudelijke doelstellingen bij concernvorming	29
4.2	Bestaande organisatiestructuren	30
4.3	Structuren en de effecten daarvan op zorginhoudelijke doelstellingen	31
4.3.1	De strategische top	32
4.3.2	Het middenkader	37
4.3.3	De technostructuur en de ondersteunende diensten	39
4.3.4	De uitvoerende kern	43
4.4	Structuurveranderingen	46
4.5	Concernvorming en de effecten op zorginhoudelijke doelstellingen	48
<b>5</b>	<b>Conclusie en discussie</b>	<b>50</b>
5.1	Conclusie	50
5.1.1	Effecten van structuren op zorginhoudelijke doelstellingen	50
5.1.2	Stilstaan bij zorginhoudelijke doelstellingen	52
5.1.3	Financiële doelstellingen versus zorginhoudelijke doelstellingen	52
5.2	Discussie	53
5.2.1	Reflectie op de resultaten	53
5.2.2	Reflectie op de theorie	54
5.2.3	Reflectie op de methodologie	55
<b>6</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>57</b>
6.1	Aanbevelingen voor aanvullend onderzoek	57
6.2	Aanbevelingen voor de praktijk	58



<b>Geraadpleegde literatuur</b>	<b>59</b>
<b>Geraadpleegde literatuur documentenanalyses</b>	<b>62</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>63</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>65</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Concernvorming: het begint met samenwerken

In de Nederlandse gezondheidszorg is samenwerking aan de orde van de dag, waarbij het meer dan voorheen een strategische betekenis heeft. Samenwerking is een instrument voor het realiseren van de doelstellingen van een organisatie. Het opent deuren naar zorgvernieuwing, verhoging van de kwaliteit van de zorgverlening en verhoging van de doelmatigheid van de bedrijfsvoering (Van der Vange e.a. 1996:15).

Samenwerking is een trend in de gezondheidszorg, die wordt veroorzaakt door verschillende maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Maatschappelijke ontwikkelingen zijn onder andere de vergrijzing binnen de Nederlandse bevolking, de toename van extramurale zorg en de vermaatschappelijking van zorg. De politieke ontwikkelingen zijn de veranderde wet- en regelgeving zoals de intrede van de Zvw, de WMO en de herziening van de AWBZ. Dergelijke ontwikkelingen hebben invloed op de positie, de inhoud en de vorm van de toekomstige zorg- en dienstverlening van zorginstellingen (Van der Vange e.a. 1996:13). Hierdoor voelen sommige zorginstellingen zich genoodzaakt samenwerkingsrelaties aan te gaan met andere (zorg)instellingen. Vragen die dan centraal komen te staan zijn: "Wie wordt onze samenwerkingspartner? En welke samenwerkingsvorm past bij het doel van de samenwerking?"

Een samenwerkingsvorm die in de gezondheidszorg tot trend is verheven is het concern. Dit is een groep van organisaties die op basis van een zware juridische constructie aan elkaar verbonden zijn en gemeenschappelijk aangestuurd worden (Fabbricotti 2006). Als economisch verschijnsel wordt een concern ook wel gedefinieerd als "een eenheid, waarin rechtspersonen en/of vennootschappen organisatorisch zijn verbonden, gericht op een duurzame deelneming aan het economisch verkeer" (Bartman & Dorresteijn 2000). Vanuit zorginhoudelijk motief ontstaan concerns om kwaliteit van zorg te leveren die past bij de integrale vraag van patiënten. Financiële motieven voor concernvorming zijn het genereren van budgetten en instroom en de bevordering van doelmatig werken. Daarnaast zou de zorgverlening en bedrijfsvoering beter beheersbaar zijn door de eenduidige aansturing binnen concerns (Fabbricotti 2006). Tot slot wordt ook macht als motief voor concernvorming genoemd. Hoek (1996) zegt hierover dat machtsverhoudingen ten opzichte van andere zorginstellingen soms een dominante rol spelen in de wens om een concern te vormen.

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg zijn in toenemende mate concerns aanwezig, welke veelal volgen op fusies tussen zorginstellingen. De concerns zijn echter divers in

omvang, samenstelling en inrichting van de organisatiestructuur. Uit onderzoek van Fabbricotti (2006:179) blijkt dat het een lastige opgave is een structuur te vinden aan de hand waarvan een concern ontwikkeld kan worden en waarmee gestelde doelen bereikt kunnen worden. Met niet één structuur zijn alle doelen van een zorgconcern te behalen. In elke structuur is sprake van een integratie en fragmentatie, waardoor elke structuur betere voorwaarden schept voor slechts een deel van de doelen (Fabbricotti 2006:179). Daarnaast is ook voortdurend rekening te houden met de zelfstandigheid en identiteit van de individuele zorginstellingen binnen het zorgconcern (Van der Vange e.a. 1996:16), want een concern voltrekt zich over vele professionele en organisatorische domeinen. Inmiddels lijkt steeds meer gekozen te worden voor structuren met integraal management en geografische indelingen, waarbij kleinschaligheid, vraagsturing en klantgerichtheid uitgangspunten zijn (Fabbricotti 2006). Echter wat zijn nu daadwerkelijk effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns? Door een exploratief -en beschrijvend onderzoek onder zorgconcerns in Nederland wordt getracht meer duidelijkheid te scheppen omtrent deze vraag.

## **1.2 Doelstelling, probleemstelling en deelvragen**

Dit onderzoek richt zich op de ontwikkeling van concerns binnen de gezondheidszorg, waarbij zal worden ingegaan op de gekozen organisatiestructuur in relatie tot de bereiking van de concerndoelstellingen. De focus ligt echter op de invloed van een organisatiestructuur op de bereiking van *zorginhoudelijke doelstellingen*. Het doel van het onderzoek is te beschrijven wat effectieve organisatiestructuren zijn voor zorgconcerns in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen. Het begrip 'effectief' wordt hier gezien vanuit de benadering van organisatorische effectiviteit zoals voorgesteld door Daft (1986). Hij omschrijft organisatorische effectiviteit als de invloed van een organisatie op de realisatie van zijn doelstellingen. Het onderzoek moet dus inzicht verschaffen in organisatiestructuren voor zorgconcerns en de invloed daarvan op de bereiking van zorginhoudelijke doelstellingen. Met deze kennis wordt beoogd bestuurders en/of managers van (te ontwikkelen) zorgconcerns een handvat te bieden bij de keuze van een organisatiestructuur die past bij de zorginhoudelijke doelstellingen van het concern. Ten behoeve van deze doelstelling is de volgende probleemstelling geformuleerd:

*Wat zijn voor zorgconcerns effectieve organisatiestructuren, in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen?*

Aan de hand van deze probleemstelling zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Welke zorginhoudelijke doelstellingen beogen zorginstellingen te bereiken met concernvorming?
- Welke organisatiestructuren worden gehanteerd binnen zorgconcerns en met welke intentie(s)?
- Welke verschillen en/of overeenkomsten zijn te ontdekken tussen de verschillende organisatiestructuren en bijbehorende intenties?
- Welke effecten hebben de verschillende organisatiestructuren op de zorginhoudelijke doelbereiking en waarom?

### **1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie**

Het inzicht dat voortvloeit uit het onderzoek kan zowel voor de maatschappij als voor de wetenschap interessant zijn. Ten eerste de maatschappelijke relevantie. De resultaten uit het onderzoek kunnen gebruikt worden door zorginstellingen die overwegen een samenwerking aan te gaan door middel van concernvorming of door zorgconcerns die niet tevreden zijn over de huidige organisatiestructuur. Daarnaast kunnen ook adviesbureaus voor de gezondheidszorg de resultaten gebruiken, want zij begeleiden regelmatig zorginstellingen die als concern samen willen gaan.

Bovengenoemde organisaties kunnen met behulp van de resultaten een organisatiestructuur kiezen waarvan zij denken dat deze het best bij het (te ontwikkelen) concern past. De keuze voor een bepaalde organisatiestructuur zal vooral afhangen van de doelstellingen die men heeft voor de vorming van een concern. Voor- en nadelen van verschillende organisatiestructuren moeten afgewogen worden om tot een definitieve keuze te komen, waarbij de doelstellingen voor concernvorming als uitgangspunt dienen. Verwacht wordt dat een betere structuurkeuze leidt tot betere resultaten binnen het zorgconcern, waarvan ook de maatschappij zal profiteren.

Daarnaast zijn de onderzoeksresultaten ook wetenschappelijk relevant. Concernvorming in de zorg is een onderwerp waarover relatief weinig wetenschappelijke kennis aanwezig is. Echter vanuit die kennis en de kennis over concernvorming in het algemeen wordt verder onderzoek gedaan naar organisatiestructuren van concerns in de gezondheidszorg. Dit moet leiden tot een beschrijving van effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns in relatie tot hun doelstellingen. De onderzoeksresultaten hebben als doel een aanvulling te zijn op de huidige wetenschappelijke kennis over de relatie tussen structuren van concerns en de zorginhoudelijke doelen van concerns.

## **1.4 Leeswijzer**

Na deze inleiding wordt in hoofdstuk 2 het theoretisch kader beschreven, waarin wetenschappelijke kennis omtrent zorginhoudelijke doelstellingen en gehanteerde organisatiestructuren binnen zorgconcerns centraal staat. Deze inzichten worden in de laatste paragraaf van hoofdstuk 2 samengevoegd in een theoretisch conceptueel model. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de methodologie, gevolgd door de resultaten van het empirisch onderzoek in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden de conclusies van het onderzoek beschreven en een kritische reflectie daarop. Aanbevelingen naar aanleiding van de onderzoeksconclusies worden tot slot gegeven in hoofdstuk 6.

## 2 Theoretisch kader

Het doel van het onderzoek om effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns te beschrijven in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen roept de vraag op wat concerns zijn, welke zorginhoudelijke doelstellingen worden nagestreefd in een concern, wat een organisatiestructuur inhoudt, welke organisatiestructuren binnen concerns bestaan en wat gedachten zijn over de relatie tussen concernstructuren en zorginhoudelijke doelen. In dit hoofdstuk wordt op basis van bestaande, wetenschappelijke theorieën antwoord gegeven op deze vragen. Ten eerste wordt een omschrijving gegeven van het begrip zorgconcern. Ten tweede wordt beschreven welke zorginhoudelijke doelstellingen ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van een dergelijk concern. Daarnaast wordt aangegeven wat een organisatiestructuur inhoudt. Daaropvolgend wordt aandacht besteed aan verschillende typologieën en configuraties voor zorgconcerns. Waarna ook wordt beschreven welke structuren binnen zorgconcerns bestaan en de invloed van die structuren op zorginhoudelijke doelen. Al deze inzichten worden ten slotte samengevoegd in een theoretisch conceptueel model.

### 2.1 Het zorgconcern: een omschrijving

Voor het begrip zorgconcern bestaat nog geen duidelijke definitie. Vaak wordt gebruik gemaakt van definities uit het bedrijfsleven, maar deze zijn niet eenduidig. Rippen & Huiskamp (2002:14) richten zich op het concern in de economische sector en definiëren deze als:

Een gecoördineerd samenwerkingsverband van meerdere organisaties onder één economisch, juridisch en bestuurlijk dak. Het heeft minimaal twee managementlagen met integrale verantwoordelijkheid en duidelijk afgebakende eigendoms- en gezagsverhoudingen. Concerns hebben een centrale leiding, met een Raad van Bestuur en zijn staf. Daarnaast zijn er werkeenheden die in principe ook als zelfstandige onderneming zouden kunnen opereren. Zij hebben (deels) eigen beleid, resultaatverantwoordelijkheid, primaire functies, producten, markten, cultuur, directie en staf. Afhankelijk van de grootte en samenstelling van het concern bestaan er nog meer organisatielagen, bijvoorbeeld divisies.

Bartman & Dorresteyn (2000:3) definiëren het concern vanuit een juridische invalshoek. Zij omschrijven een concern als “een eenheid, waarin rechtspersonen en/of vennootschappen organisatorisch zijn verbonden, gericht op een duurzame deelneming aan het economisch verkeer”. Hiermee geven zij, net als Rippen & Huiskamp (2002), aan dat het bij een concern gaat om een organisatorische verbinding van verschillende ondernemingen/organisaties. Volgens Bartman & Dorresteyn (2000:104) begint concernvorming meestal met de oprichting van een

nieuwe vennootschap, dan wel met een overname door een ander rechtspersoon. Hierbij is het noodzakelijk dat de verschillende organisaties door middel van een gemeenschappelijke strategie toewerken naar gedeelde doelstellingen (Bartman & Dorresteyn 2000:104).

Fabbricotti (2006) richt zich wel specifiek op het concern in de gezondheidszorg en omschrijft deze als “een groep van organisaties die op basis van een zware juridische constructie aan elkaar verbonden zijn en gemeenschappelijk aangestuurd worden”. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen horizontale en verticale concerns (Conrad & Shortell 1996:7). Een horizontaal concern is samengesteld uit gelijksoortige organisaties (bijvoorbeeld twee verzorgingshuizen), terwijl onder een verticaal concern ongelijksoortige organisaties zijn samengebracht (bijvoorbeeld twee verzorgingshuizen en een verpleeghuis). Voor de verticale concerns bestaan verschillende termen. In Nederland wordt regelmatig gesproken over een 'zorgketen'. Een zorgketen is een vorm van een geïnstitutionaliseerde regionale of lokale samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal zorgaanbod voor (specifieke) patiëntencategorieën (RVZ 1998).

In de Verenigde Staten worden termen gebruikt als 'organized delivery system' (Shortell e.a. 1993; Devers e.a. 1994), 'integrated delivery system' (Hitchner e.a. 1994; Peters 1994; Charns 1997) en 'health system' (Bazzoli e.a. 1999). Het voornaamste onderscheid tussen deze begrippen is dat in het 'organized delivery system' en het 'integrated delivery system' een gecoördineerd zorgcontinuüm meer centraal staat dan in het 'health system'. Een 'organized delivery system' is een netwerk van organisaties die een gecoördineerd continuüm van services verzorgt aan een omschreven populatie en bereid is om zowel klinisch als fiscaal verantwoordelijk te worden gehouden voor de resultaten en de gezondheidstoestand van de behandelde populatie (Shortell e.a. 1993:447). Een 'integrated delivery system' is een organisatie of een groep van samenwerkende organisaties die een continuüm van kwalitatief hoge en op de gemeenschap gebaseerde zorg verzorgen in een veranderende en onzekere omgeving, waarbij middelen worden verenigd en risico's gedeeld (Peters 1994:1; Charns 1997:412). Bazzoli e.a. (1999:1687) noemen tot slot het 'health system'. Health systems bieden een verscheidenheid aan services en producten aan én hebben verenigd eigendom over het bezit van de samenwerkende ziekenhuizen en andere organisatorische eenheden.

Op basis van voornoemde definities wordt een zorgconcern concluderend gedefinieerd als: 'Een gemeenschappelijk aangestuurd en gecoördineerd samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties in de gezondheidszorg op basis van een zware juridische constructie waarbij onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid wordt toegewerkt naar

gedeelde doelstellingen'. Daarnaast worden de andere kenmerken van concerns aangehouden die genoemd worden door Rippen & Huiskamp (2002:14). Deze kenmerken zijn complementair aan de gegeven omschrijving, waardoor een totaalbeeld ontstaat van het zorgconcern. Zorgconcerns hebben een centrale leiding in de vorm van een Raad van Bestuur en zijn staf. Binnen zorgconcerns bestaan werkeenheden met (deels) eigen beleid, resultaatverantwoordelijkheid, primaire functies, producten, markten, cultuur, directie en staf. Hierdoor zijn er meerdere managementlagen aanwezig in het concern. En afhankelijk van de grootte en samenstelling van het concern bestaan er ook meer organisatielagen, bijvoorbeeld divisies.

## **2.2 Zorginhoudelijke doelstellingen binnen zorgconcerns**

Van zorgconcerns wordt veel verwacht. Zo is de belangstelling voor concernvorming in de gezondheidszorg volgens Devers e.a. (1994:7) ontstaan door consensus onder bekostigingsinstanties, zorgverleners en beleidsmakers dat zorgconcerns innovatieve organisatorische vormen vertegenwoordigen, die in staat zijn de uitdagingen van de (toekomstige) gezondheidszorg tegemoet te komen. De uitdagingen die betrekking hebben op de daadwerkelijke zorgverlening aan patiënten zijn de volgende:

- Vergrijzende populatie waarin veel chronische ziektes voorkomen, welke services vereisen waaraan afzonderlijke organisaties niet kunnen voldoen;
- Snelle verbeteringen in technologie waardoor de levensverwachting toeneemt en de zorgkosten stijgen wanneer zij voorzien in nieuwe behandel mogelijkheden;

Traditionele organisaties in de gezondheidszorg zijn niet effectief tegemoet gekomen aan deze uitdagingen. Hierdoor zijn patiënten, bekostigingsinstanties en zorgverleners toenemend geïnteresseerd in nieuwe samenwerkingsverbanden zoals zorgconcerns en de aanpak daarvan (Devers e.a. 1994:8).

Verschillende auteurs noemen zorginhoudelijke doelstellingen die ten grondslag liggen aan de vorming van zorgconcerns en die aansluiten op de uitdagingen genoemd door Devers e.a. (1994). Deze doelstellingen horen volgens Shortell e.a. (1994:46) centraal te staan binnen zorgconcerns. Het gaat hierbij om doelstellingen die betrekking hebben op de daadwerkelijke zorgverlening aan patiënten.

Zorgconcerns worden gevormd om het zorgproces te verbeteren, waarmee een hogere kwaliteit van zorgverlening wordt nagestreefd. Volgens Luke (1992:6) ontstaat deze kwaliteitsverbetering wanneer de volgende verwachte voordelen van zorgconcerns worden gerealiseerd:

- toenemende specialisatie en concentratie van zorgactiviteiten;



- meer continuïteit en coördinatie van zorg;
- betere toegankelijkheid tot zorg;
- minder incentives voor overbehandeling;
- meer capaciteit voor evaluatie en management van zorg;
- uitbreiding van zorgaanbod.

Deze voordelen vormen voor zorgconcerns de basis voor de formulering van zorginhoudelijke doelstellingen. Deze voordelen zijn tot drie zorginhoudelijke doelstellingen te herleiden: zorgspecialisatie, integrale zorg en effectieve zorg. Zorgspecialisatie wordt ook door Fabbricotti (2006) genoemd als doel. Hieronder verstaat zij professionalisering en productverdieping in de zorg.

Integrale zorg wordt zowel door Shortell e.a. (1994) als door Fabbricotti (2006) erkend als doel. Integrale zorg wordt door Shortell e.a. gezien als passende zorg in een naadloos continuüm waarbij gebruik wordt gemaakt van minimale middelen op een zo effectief mogelijke wijze. Fabbricotti (2006) omschrijft dit als het leveren van de juiste zorg op de juiste plaats én op het juiste moment. Hiermee verwoorden ze de door Luke (1992) genoemde voordelen betreffende concentratie van zorgactiviteiten en continuïteit en coördinatie van zorg. Deze voordelen zijn ook voorwaarden om binnen zorgconcerns ketens van zorg te bieden (De Vries 2000; Koolen 2003). Volgens Hoek (1996) zou het door deze ketens beter mogelijk zijn zorg te bieden die aansluit op de integrale vraag van de patiënt. Zorgketens dragen dan ook bij aan de bereiking van integrale zorg.

Tot slot de doelstelling omtrent effectiviteit van zorg. Bij effectiviteit van zorg staat het passend inzetten van zorgverleners en hulpmiddelen bij de gevraagde zorg centraal (Fabbricotti 2006).

### **2.3 Typologieën en configuraties voor zorgconcerns**

Het blijkt mogelijk zorgconcerns op basis van verschillende uitgangspunten te typeren of te configureren. In deze paragraaf wordt hiervan een overzicht gegeven.

#### *2.3.1 Typeren naar soort producten of diensten*

Zorgconcerns kunnen ten eerste getypeerd worden naar soort producten of diensten. Dit basale onderscheid in zorgconcerns is te maken aan de hand van de indelingen van Rippen & Huiskamp (2002) en Van Londen (1998). Rippen & Huiskamp (2002:44) spreken over het organische en dynamische concern. Binnen het organische concern staan activiteiten centraal, gericht op eenzelfde soort product of dienst. Geleidelijk ontstaat een groot concern, doordat activiteiten in de jaren groeien en verzelfstandigen. De samenhang en de continuïteit

van het concern is vanzelfsprekend. Er is sprake van een monobusiness. Daarom spreekt Van Londen (1998:14) in dit geval over het monoconcern, dat zijn spreiding niet bij andere producten of diensten zoekt, maar in geografie (Van Londen 1998:15).

Het dynamische concern waarover Rippen & Huiskamp (2002:45) spreken ontwikkelt zich door het overnemen en weer afstoten van producten of diensten, die lang niet altijd aan elkaar gerelateerd zijn. Er is sprake van een multibusiness. Van Londen (1998:16) beaamt het bestaan van het dynamische concern en noemt het multiconcern.

Naast het mono- en multiconcern onderscheidt Van Londen (1998:15) een derde concerntype, namelijk het mixconcern. Mixconcerns zijn net als het multiconcern gericht op verschillende producten of diensten, maar hiertussen bestaat wel samenhang zoals in het monoconcern.

### *2.3.2 Samenstelling en geografische spreiding als uitgangspunt*

De geografische spreiding en samenstelling zijn ten tweede factoren op basis waarvan zorgconcerns getypeerd kunnen worden. Uitgaande van deze factoren onderscheidt Zorg Consult Nederland (2006) vier typen zorgconcerns: het basisconcern, het regionale concern, het ketenconcern en het landelijke concern.

Het basisconcern is samengesteld uit verschillende verzorgingshuizen of uit een verpleeghuis en enkele verzorgingshuizen. Een basisconcern ontstaat na een horizontale fusie tussen deze zorginstellingen, die overeenkomen in zorgverlening en doelgroep(en). Hierdoor is het basisconcern aan te merken als monoconcern. Daarnaast is sprake van weinig geografische spreiding door een lokale oriëntatie en er zijn geen ingrijpende aanpassingen nodig binnen de organisatie.

Ten tweede het regionale concern dat is samengesteld uit meerdere verpleeghuizen en verzorgingshuizen of uit meerdere basisconcerns. Het regionale concern ontstaat na een horizontale fusie en is te duiden als een monoconcern, doordat dezelfde soort zorginstellingen samengaan. Er is sprake van enige geografische spreiding door een regionale oriëntatie en het is gericht op voordelen van grootschaligheid, kwaliteitsverbetering en verbetering van de concurrentiepositie. Daarnaast is sprake van integratie binnen de organisatie. De staf en de ondersteunende diensten van de verschillende instellingen worden namelijk gecentraliseerd.

Als derde het ketenconcern waarvan de samenstelling bestaat uit verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, ziekenhuis en een woningaanbieder. Dit concern ontstaat na een verticale fusie, wat inhoudt dat zorginstellingen die verschillen in zorgverlening en doelgroep(en) met elkaar fuseren. Echter tussen deze verschillende zorginstellingen blijft samenhang bestaan. Hierdoor is het ketenconcern als mixconcern aan te duiden. Het kent

een grote geografische spreiding, maar doordat het is ingedeeld in regio's blijft een lokale oriëntatie behouden. Binnen een ketenconcern wordt toegewerkt naar betere doorstroming, een (groter) marktaandeel, productdifferentiatie, standaardisatie, klantbinding en mogelijk naar commerciële activiteiten.

Tot slot het landelijke concern dat is samengesteld uit meerdere ketenconcerns verspreid over Nederland. Dit concern ontstaat na een horizontale fusie, die echter leidt tot een mixconcern waarin samenhang tussen verschillende onderdelen blijft bestaan. Er is sprake van integratie zowel aan de top als bij andere organisatorische onderdelen. Als landelijke speler, met een zeer grote geografische spreiding, zou een betere onderhandelingspositie mogelijk moeten zijn naar zorgverzekeraars toe en daarnaast meer innovatie en investeringen en een groter marktaandeel (Zorg Consult Nederland 2006).

### *2.3.3 Een derde mogelijkheid tot typeren*

Fabbricotti (2006) beschrijft een derde manier om zorgconcerns te typeren, gebaseerd op verschil in configuratie. Zij komt tot drie configuraties (ontwerpen) die voor zorgconcerns mogelijk zijn: de functionele structuur, de integrale structuur en de procesgerichte structuur. Verschillen tussen deze configuraties vinden hun oorsprong in de ordening naar functionaliteit of processen, centralisatie of decentralisatie en standaardisatie of differentiatie. Een functionele structuur kenmerkt zich door een functionele ordening, gecentraliseerde beleid- en besluitvorming en standaardisatie van processen en producten. Bij een integrale structuur gaat het om een ordening naar processen, decentralisatie en differentiatie. Tot slot de procesgerichte structuur, die heeft als kenmerken structurering naar processen, decentrale beleid- en besluitvorming en gedifferentieerd beleid, zorg en ondersteuning (Fabbricotti 2006).

Op basis van het gegeven overzicht kan worden geconcludeerd dat zorgconcerns verschillend zijn te typeren of te configureren. Echter een belangrijkere conclusie is dat typologieën van een andere orde zijn dan configuraties. Typologieën geven algemene kenmerken van zorgconcerns weer aan de hand van soort product/dienst, samenstelling en geografische spreiding. Configuraties gaan daarentegen veel dieper in op de organisatiestructuur binnen zorgconcerns. Ze geven de structuur van een concern weer aan de hand van begrippen als functiegericht, procesgericht, integratie, differentiatie en centralisatie. Dit zijn belangrijke uitgangspunten waarmee zorgconcerns zich kunnen onderscheiden in hun organisatiestructuur. Deze uitgangspunten zijn, om in termen van Mintzberg (2004) te spreken, ontwerpparameters. Het zijn de aspecten waarmee de organisatiestructuur van een zorgconcern ontworpen kan worden. Hieromtrent zijn

verschillende keuzes mogelijk, waardoor ook verschillende structuren voor zorgconcerns kunnen ontstaan. Echter op basis van deze paragraaf kan nog geen antwoord worden gegeven op de vraag naar effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen. Daarvoor is eerst meer duidelijkheid nodig over wat een organisatiestructuur daadwerkelijk inhoudt en welke keuzes daaromtrent kunnen worden gemaakt.

## **2.4 Organisatiestructuur: een verkenning**

Voordat wordt beschreven en onderzocht wat effectieve organisatiestructuren zijn voor zorgconcerns in relatie tot hun doelstellingen, is het van belang dat ook over het begrip organisatiestructuur duidelijkheid bestaat. Met behulp van een heldere begripsbepaling ontstaat een handvat waarmee de organisatie van zorgconcerns onderzocht kan worden. Henry Mintzberg heeft veel geschreven over organisaties en bijbehorende structuren, zo ook over het begrip 'organisatiestructuur' op zich. Zijn theorie wordt als uitgangspunt genomen, omdat hij een duidelijke en uitgebreide beschrijving van dit begrip geeft.

De structuur van een organisatie wordt door Mintzberg (2004:2) gedefinieerd als "het totaal van de verschillende manieren waarop het werk in afzonderlijke taken is verdeeld en de wijze waarop deze taken vervolgens worden gecoördineerd". Een organisatie wordt gestructureerd om de verschillende werkstromen vast te leggen en te sturen en om de verbanden tussen de organisatieonderdelen te bepalen. De onderdelen van een structuur moeten zo gekozen worden dat interne samenhang ontstaat en tevens samenhang met de situatie van de organisatie – de omvang en leeftijd van de organisatie, de omgeving waarin zij functioneert, de gebruikte technische systemen, enzovoort (Mintzberg 2004:3). Ofwel de organisatiestructuur moet passen bij de gekozen strategie.

### *2.4.1 Werkverdeling en coördinatie binnen en tussen organisatieonderdelen*

Mintzberg (2004:10) stelt dat een organisatie uit vijf onderdelen bestaat: de uitvoerende kern, de strategische top, het middenkader, de technostructuur en de ondersteunende diensten. Binnen en tussen deze onderdelen is structuur nodig, zodat interne samenhang ontstaat en tevens samenhang met de situatie van de organisatie. Bij de vorming van structuren binnen en tussen de organisatieonderdelen moet volgens Mintzberg (2004:4) aan twee fundamentele voorwaarden worden voldaan: de verdeling van het werk in afzonderlijke taken en de coördinatie van deze taken.

Elk organisatieonderdeel heeft zijn eigen taak. De uitvoerende kern bestaat uit mensen die het basiswerk binnen de organisatie uitvoeren dat direct te maken heeft met de productie van producten en diensten. De strategische top moet er op toezien dat de organisatie haar missie effectief uitvoert en dat voldaan wordt aan de behoeften van degenen die controle of op andere wijze macht over de organisatie hebben. Via de middenkadermanagers, welke officiële bevoegdheden en gezag hebben, wordt de strategische top verbonden met de uitvoerende kern. Middenkadermanagers worden ook wel de lijn genoemd. In de technostructuur bevinden zich controle-analisten die de taak hebben bepaalde vormen van standaardisatie in de organisatie tot stand te brengen. Tot slot de ondersteunende diensten die binnen de organisatie diensten verlenen buiten het kader van het uitvoerende werk. De ondersteunende diensten én de technostructuur worden de staf genoemd (Mintzberg 2004). Om de werkzaamheden binnen de organisatieonderdelen te coördineren bestaan vijf coördinatiemechanismen: onderlinge aanpassing, direct toezicht, standaardisatie van werkprocessen, standaardisatie van output en standaardisatie van vaardigheden van de werknemers. Deze mechanismen kunnen beschouwd worden als de meest basale elementen van een organisatiestructuur. Bij onderlinge aanpassing wordt het werk gecoördineerd via het proces van informele communicatie. De controle van het werk is hierbij in handen van de mensen die het werk uitvoeren. Bij direct toezicht ontstaat coördinatie wanneer één persoon de verantwoordelijkheid voor het werk van anderen op zich neemt, hen instructies geeft en de uitvoering van het werk bewaakt. Standaardisatie van werkprocessen komt tot stand als de inhoud van het werk gespecificeerd of geprogrammeerd is. Wanneer de resultaten van het werk gespecificeerd zijn, is standaardisatie van output bereikt. Tot slot zijn vaardigheden gestandaardiseerd als het soort training dat vereist is voor uitvoering van het werk gespecificeerd is (Mintzberg 2004).

#### *2.4.2 Ontwerpparameters*

Een organisatiestructuur kan uiteindelijk vorm worden gegeven met behulp van negen ontwerpparameters, welke in vier categorieën zijn onder te verdelen. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de ontwerpparameters en hun relatie met werkverdeling, coördinatiemechanismen en andere begrippen. Omtrent elke ontwerpparameter zijn keuzes mogelijk, die van invloed zijn op werkverdeling en coördinatiemechanismen. De ontwerpparameter 'taakspecialisatie' wordt gekenmerkt door een horizontale -en een verticale dimensie. Horizontale taakspecialisatie betreft de verdeling van het werk in deeltaken. Bij verticale taakspecialisatie staat de scheiding tussen

Categorie	Ontwerpparameter	Bijbehorende werkverdeling, coördinatiemechanismen en andere begrippen
<b>Ontwerp van posities</b>	Taakspecialisatie	Verdeling van basiswerk in afzonderlijke taken
	Formalisatie van gedrag	Standaardisatie van werkprocessen Systeem voor beheersing van werkstromen
	Training en indoctrinatie	Standaardisatie van vaardigheden
<b>Ontwerp van de superstructuur</b>	Groepering van eenheden	Direct toezicht Verdeling van bestuurlijke taken Systemen van formeel gezag, beheersing van werkstromen, informele communicatie en werkconstellaties
	Grootte van eenheden	Systeem van informele communicatie Direct toezicht
<b>Ontwerp van laterale overlegstructuren</b>	Systemen voor planning en controle	Standaardisatie van output Systemen voor beheersing van werkstromen
	Verbindingsmiddelen	Onderlinge aanpassing Systemen van informele communicatie, werkconstellaties en ad hoc besluitvormingsproces
<b>Ontwerp van besluitvormingssysteem</b>	Verticale decentralisatie	Verdeling van bestuurlijke taken Systemen van formeel gezag, stroombeheersing werkconstellaties en ad hoc besluitvormingsprocessen
	Horizontale decentralisatie	Verdeling van bestuurlijke taken Systemen van informele communicatie, werkconstellaties en ad hoc besluitvormingsprocessen

**Tabel 1:** Ontwerpparameters en verwante begrippen (Mintzberg 2004)

werkuitvoering en de zeggenschap en controle daarover centraal. Formalisatie van gedrag is een ontwerpaspect dat ingaat op de manier waarop een organisatie het gedrag van haar werknemers voorschrijft en hun handelingsvrijheid vaststelt. Gedrag kan worden geformaliseerd door middel van functie, werkinhoud en regels. Training en indoctrinatie vormen de ontwerpparameter betreffende specificaties van eisen waaraan werknemers in bepaalde functies moeten voldoen. Door middel van training leren werknemers de voor het werk vereiste vaardigheden en kennis aan en door indoctrinatie maken zij zich de normen van de organisatie eigen. De ontwerpparameter 'groepering van eenheden' betreft een wijze waarop het werk in een organisatie kan worden gecoördineerd. Binnen een organisatie kunnen eenheden worden gegroepeerd naar kennis en vaardigheden, werkproces en functie, tijd, output, klant of geografisch gebied. Grootte van eenheden is het ontwerpaspect dat te maken heeft met de omvang van elke eenheid. Hierbij wordt gesteld dat hoe meer gebruik wordt gemaakt van standaardisatie ten behoeve van coördinatie, hoe groter de eenheid. Het tegenovergestelde geldt voor onderlinge aanpassing: hoe meer gebruik wordt gemaakt van onderlinge aanpassing, hoe kleiner de eenheid. Planning- en controlesystemen

vormen de ontwerpparameter die ingaat op prestaties van een organisatie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen twee systemen: een systeem voor controle van resultaten en een systeem voor actieplanning. Het eerste systeem richt zich op het bewaken van prestaties achteraf en het tweede systeem specificeert activiteiten die nog plaats moeten vinden. Verbindingsmiddelen zijn het ontwerpaspect betreffende het creëren van samenhang in een organisatie. Het gaat om middelen waarmee contacten tussen werknemers worden gestimuleerd zoals commissies of taakgroepen. Tot slot de ontwerpparameter decentralisatie, die onderscheiden wordt in verticale -en horizontale decentralisatie. Verticale decentralisatie houdt in dat beslissingsbevoegdheid wordt gedelegeerd van de strategische top naar het middenkader. Horizontale decentralisatie betreft de verschuiving van beslissingsbevoegdheid van managers naar niet-managers (Mintzberg 2004).

Uit de theorie van Mintzberg blijkt dat bij de vorming van een organisatiestructuur verschillende keuzes moeten worden gemaakt ten aanzien van de strategische top, het middenkader, de technestructuur, de ondersteunende diensten en de uitvoerende kern. Voor elk onderdeel moeten keuzes worden gemaakt omtrent ontwerpparameters, welke van invloed zijn op werkverdeling en coördinatiemechanismen. Die keuzes leiden volgens Mintzberg (2004) uiteindelijk tot vijf zeer verschillende configuraties voor organisatiestructuren (zie tabel 2). Echter hoe wordt binnen zorgconcerns omgegaan met de keuzes omtrent ontwerpparameters en de daaruit volgende werkverdeling voor de verschillende organisatieonderdelen? En wat is het effect van die keuzes op het bereiken van zorginhoudelijke doelstellingen?

	Eenvoudige structuur	Machinebureaucratie	Professionele bureaucratie	Divisiestructuur	Adhocratie
<b>Primair coördinatiemechanisme</b>	Direct toezicht	Standaardisatie van werkprocessen	Standaardisatie van vaardigheden	Standaardisatie van output	Onderlinge aanpassing
<b>Centraal deel van de organisatie</b>	Strategische top	Technostructuur	Uitvoerende kern	Middenkader	Ondersteunende diensten
<b>Belangrijkste ontwerpparameter(s)</b>	Centralisatie	Verticale -en horizontale taakspecialisatie, formalisatie van gedrag, groepering naar functie, grote uitvoerende eenheden, verticale centralisatie en beperkte horizontale decentralisatie, actieplanning	Horizontale taakspecialisatie, training, horizontale -en verticale decentralisatie	Groepering naar markt, systemen voor controle van resultaten, beperkte verticale decentralisatie	Horizontale taakspecialisatie, gecombineerde functionele en marktgerichte groepering, training, verbindingsmiddelen en selectieve decentralisatie
<b>Werkverdeling in afzonderlijke taken</b>	Losse verdeling van taken	Duidelijke verdeling van taken op het gebied van basiswerk en bestuurswerk	Duidelijke verdeling van taken op het gebied van basiswerk en bestuurwerk	Wisselende verdeling van taken (verschillend per divisie)	Losse verdeling van taken

**Tabel 2:** De vijf configuraties van Mintzberg (2004)

## 2.5 Structuren binnen zorgconcerns

Zorgconcerns kunnen, zoals reeds gesteld, verschillend gestructureerd worden. Structuren verschillen niet alleen tussen zorgconcerns, maar ook in de tijd door nieuwe management-opvattingen bij veranderingen in de top, door veranderingen in concurrentieverhoudingen, door technologische doorbraken, door fusies of afstotingen en door modeverschijnselen in zowel het management als in de zorgverlening zelf (Van Londen 1998:87). De verschillende structuren ontstaan doordat zorgconcerns op basis van interne en externe factoren niet allemaal dezelfde keuzes maken omtrent ontwerpparameters en de daaruit volgende werkverdeling voor organisatieonderdelen.

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de mogelijke structuurkeuzes per organisatieonderdeel en wat daarvan de invloed is op het bereiken van zorginhoudelijke doelstellingen.

### 2.5.1 *De strategische top*

Het structureren van de strategische top binnen een zorgconcern gaat gepaard met keuzes omtrent de mate van centralisatie en decentralisatie van bestuur en de samenstelling van het bestuur (Pointer e.a. 1995; Alexander e.a. 1995). Iedere keuze blijkt een andere invloed te hebben op het bereiken van de zorginhoudelijke doelstellingen.

Centralisatie van bestuur houdt in dat één centraal bestuur aanwezig is, dat de verantwoordelijkheid heeft voor het gehele zorgconcern. Bestuurders hebben hierbij als taken toezicht houden, beleid formuleren en beslissingen nemen, welke gericht zijn op het hele concern. Dit heeft een centralistische en eenduidige aansturing tot gevolg (Pointer e.a. 1995; Alexander e.a. 1995). Volgens Fabbricotti (2006) leidt een gecentraliseerd bestuur tot voorwaarden voor de bereiking van zorgspecialisatie. De aansturing door het bestuur is gericht op het realiseren van eenheid in ondersteunende diensten en zorgvormen, waardoor het mogelijk wordt zorg te professionaliseren en zorgproducten te verdiepen.

Bij decentralisatie van bestuur bestaan meerdere bestuurslagen, waarbij zowel een centraal bestuur als decentrale besturen aanwezig zijn. De decentrale besturen krijgen, evenals het centrale bestuur, bestuurlijke verantwoordelijkheden waarmee zij in staat worden gesteld zelf te beslissen over de aard en de inzet van ondersteunende diensten en zorgvormen. Het voordeel hiervan is dat beter rekening kan worden gehouden met lokale omstandigheden (Pointer e.a. 1995; Alexander e.a. 1995; Fabbricotti 2006). Nadelen van decentralisatie zijn echter dat decentrale besturen eigen doelen/belangen kunnen gaan nastreven, er meer bestuursleden nodig zijn, de besluitvorming vertraagd wordt en coördinatie tussen besturen nodig is (Morlock & Alexander 1986). In plaats van decentrale besturen kan daarom ook



gekozen worden voor decentrale adviesorganen met enkel adviserende verantwoordelijkheden, zodat genoemde nadelen worden vermeden (Pointer e.a. 1995; Alexander e.a. 1995; Gillies e.a. 1997). Bij decentralisatie is ook altijd een keuze nodig in het gebied waarvoor besturen of adviesorganen verantwoordelijk worden gesteld. Onderscheid kan worden gemaakt tussen verantwoordelijkheid voor een regio, een markt of een deel van het zorgconcern (Pointer e.a. 1995; Savage e.a. 1997). Decentralisatie van bestuur kent voorwaarden voor de bereiking van effectieve -en integrale zorg. Decentrale besturen kunnen door hun bestuurlijke verantwoordelijkheden beter rekening houden met en inspelen op lokale omstandigheden en vragen. Hiertoe kunnen zorgvormen worden aangeboden die beter passen bij hetgeen gevraagd is of nodig is. Door die bestuurlijke verantwoordelijkheden is het voor decentrale bestuurders ook eenvoudiger om de ondersteunende diensten en het (geïntegreerde) zorgproces op elkaar af te stemmen. Dit draagt bij aan de realisatie van een naadloos zorgcontinuüm (Pointer e.a. 1995; Alexander e.a. 1995; Fabbricotti 2006). Tot slot moet een beslissing worden genomen omtrent de samenstelling van besturen. Die kunnen bestaan uit vertegenwoordigers van het zorgconcern of uit vertegenwoordigers van de maatschappij (Pointer e.a. 1995; Alexander e.a. 1995; Gillies e.a. 1997). Voor de zorginhoudelijke doelbereiking is echter een mix van de genoemde vertegenwoordigers het beste, waarbij elk deel van het zorgconcern vertegenwoordigd moet zijn. Hierdoor krijgen alle belanghebbenden vanuit hun eigen kennisgebied de mogelijkheid tot inspraak in de besluitvorming, waarbij voor hen allen het zorgcontinuüm uitgangspunt dient te zijn (Pointer e.a. 1995). Dit moet bewerkstelligen dat de belangen en doelen van het zorgconcern prevaleren boven de eigen belangen en doelen. De rol van artsen in een bestuur vereist specifiek de aandacht. Wanneer de belangen van artsen worden gewaarborgd in een bestuur, leidt dit ertoe dat zij zich eerder zullen schikken naar de zorginhoudelijke doelen van het zorgconcern. Hierdoor kan meer binding ontstaan tussen het concern en zijn artsen, wat uiteindelijk moet leiden tot een positieve bijdrage aan de zorginhoudelijke doelstellingen. Daarnaast is de aanwezigheid van artsen in bestuur ook noodzakelijk omdat zij als enige klinische kennis kunnen inbrengen (Pointer e.a. 1995; Alexander e.a. 1995; Gillies e.a. 1997).

### *2.5.2 Het middenkader*

Het middenkader van een zorgconcern kan gestructureerd worden naar functie, naar proces, naar regio of naar organisatietype (Conrad & Shortell 1996; Gillies e.a. 1997). Iedere structureringsvorm blijkt een andere invloed op de zorginhoudelijke doelbereiking te hebben. Structureren naar functie, ofwel naar product of dienst, gaat samen met de aanstelling van functionele managers. Er is sprake van functioneel management, waarbij managers de

verantwoordelijkheid hebben over de gehele functie (Conrad & Shortell 1996; Gillies e.a. 1997). Functioneel management kent voorwaarden voor de bereiking van zorgspecialisatie. De aansturing door functionele managers is vooral gericht op afstemming en het realiseren van eenheid in ondersteunende diensten en zorgvormen, waardoor het mogelijk wordt zorg te professionaliseren en zorgproducten te verdiepen (Fabbricotti 2006).

Een structurering naar proces vraagt om managers die in interdisciplinaire teams kunnen samenwerken (Conrad & Shortell 1996; Gillies e.a. 1997). Bij deze structurering hoort integraal management. Managers sturen dan alle zorgvormen en alle ondersteunende diensten aan van een integrale eenheid (Fabbricotti 2006). Hierbij mogen zij zelf beslissen over de aard en de inzet van ondersteunende diensten en zorgvormen binnen het zorgproces waarvoor ze verantwoordelijk zijn. Integraal management schept daarom voorwaarden voor de bereiking van effectieve -en integrale zorg. Het is met deze managementvorm beter mogelijk aan te sluiten op vragen en lokale omstandigheden, waartoe zorgvormen kunnen worden aangeboden die beter passen bij hetgeen gevraagd is of nodig is. Daarnaast is het voor integrale managers makkelijker om ondersteunende diensten en het geïntegreerde zorgproces op elkaar af te stemmen, wat bijdraagt aan de realisatie van een naadloos zorgcontinuüm (Pointer e.a. 1995; Alexander e.a. 1995; Fabbricotti 2006).

Structureren naar regio houdt in dat managers de verantwoordelijkheid krijgen voor de coördinatie van zorg in de betreffende regio (Conrad & Shortell 1996; Gillies e.a. 1997), wat neigt naar integraal management. Hierdoor leidt een structurering naar regio ook tot voorwaarden voor integrale -en effectieve zorg. Om coördinatie van zorg te bewerkstelligen mogen regionale managers zelf beslissen over de aard en de inzet van ondersteunende diensten en zorgvormen, waardoor ook betere aansluiting op vragen en lokale omstandigheden mogelijk is. Er kunnen zorgvormen worden aangeboden die beter passen bij hetgeen gevraagd is of nodig is. Daarnaast is het voor regionale managers makkelijker om ondersteunende diensten en het geïntegreerde zorgproces op elkaar af te stemmen, wat bijdraagt aan de realisatie van een naadloos zorgcontinuüm (Pointer e.a. 1995; Alexander e.a. 1995; Fabbricotti 2006).

Tot slot structurering op basis van organisatietype. Hierbij worden divisie managers aangesteld, die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie en continuïteit van zorg binnen de eigen divisie (Pointer e.a. 1995). Divisie managers maken net als functionele managers gebruik van functioneel management, wat leidt tot voorwaarden voor zorgspecialisatie. De aansturing door divisie managers is ook voornamelijk gericht op afstemming en het realiseren van eenheid in ondersteunende diensten en zorgvormen, waardoor het mogelijk wordt zorg te professionaliseren en zorgproducten te verdiepen (Fabbricotti 2006).

### 2.5.3 *De technostrucuur*

Binnen een zorgconcern bestaat de technostrucuur onder andere uit kwaliteitsfunctionarissen, beleidsmedewerkers en medewerkers van de afdelingen financiën & beheer en personeel & organisatie ofwel uit verschillende stafmedewerkers. Zij brengen vormen van standaardisatie tot stand voor het gehele zorgconcern (Mintzberg 2004). De keuze die bij de technostrucuur centraal staat is het wel of niet integreren van de verschillende staffuncties in centrale afdelingen. Het gaat hier om functionele integratie: integratie in ondersteunde processen, zodat alle delen van het zorgconcern op een gecoördineerde wijze worden bediend (Gillies e.a. 1993; Devers e.a. 1994). De verschillende staffuncties binnen de technostrucuur worden ook gezien als ondersteunende diensten. Die functies worden over het algemeen geïntegreerd in centrale stafafdelingen, waarbij beleid, procedures, diensten en systemen worden samengevoegd. Echter vaak vindt decentralisatie plaats binnen de staf, zodat (enige) differentiatie in het ondersteuningsaanbod van stafafdelingen mogelijk is. Wel geldt hierbij dat niet buiten de centrale kaders getreden mag worden (Gillies e.a. 1993; Devers e.a. 1994; Fabbriotti 2006).

De keuze voor centralisatie of decentralisatie in de technostrucuur heeft gevolgen voor de zorginhoudelijke doelbereiking. Door integratie van de verschillende staffuncties binnen de technostrucuur ontstaan centrale stafafdelingen met een uniform ondersteuningsaanbod. Centrale stafafdelingen maken het beter mogelijk tot afstemming te komen tussen beleid, diensten, procedures en systemen. Deze afstemming is nodig voor de bereiking van zorgspecialisatie. Binnen die afdelingen ontstaat dan uniformiteit, waardoor het makkelijker wordt specialisatie tot stand te brengen onder medewerkers (Gillies e.a. 1993; Fabbriotti 2006).

Effectieve -en integrale zorg kunnen daarentegen makkelijker worden bereikt met decentralisatie van de staf. Decentralisatie biedt de mogelijkheid het ondersteuningsaanbod van stafafdelingen te differentiëren naar zorgverlenende eenheden binnen het zorgconcern. Hierdoor kunnen beleid, diensten, systemen en procedures beter worden afgestemd op hetgeen nodig en gewenst is voor het (geïntegreerde) zorgproces (Gillies e.a. 1993; Devers e.a. 1994; Fabbriotti 2006).

### 2.5.4 *De uitvoerende kern*

Binnen de uitvoerende kern van een zorgconcern staat de daadwerkelijke zorg aan patiënten centraal, verleend door professionals zoals artsen en verpleegkundigen (Mintzberg 2004). De keuze die bij de uitvoerende kern centraal staat is structureren naar integrale eenheden, naar divisionele eenheden of naar een combinatie van zowel divisionele -en integrale

eenheden (Fabbricotti 2006). Iedere structureringsvorm blijkt een andere invloed te hebben op het behalen van de zorginhoudelijke doelstellingen.

Bij integrale eenheden is de zorgverlening georganiseerd rondom processen en bekwaamheden om zorgvragen van specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld CVA-patiënten) te kunnen beantwoorden. Hiertoe wordt het gehele zorgcontinuüm voor deze doelgroepen aangeboden, ofwel het geheel aan zorgvormen dat nodig is om hun zorgvragen te beantwoorden (Conrad & Shortell 1996; Gillies e.a. 1997). Het uitgangspunt voor integrale eenheden vormt vaak de regio waarin dat zorgcontinuüm tot stand komt (Fabbricotti 2006). Integrale eenheden bieden voorwaarden voor de realisatie van integrale -en effectieve zorg. Binnen die eenheden wordt het gehele continuüm van zorg aangeboden, waardoor afstemming tussen zorgvormen en professionals beter tot stand kan komen. Daarnaast is afstemming tussen het management, de ondersteunende diensten en de geïntegreerde zorgprocessen ook beter mogelijk. Door dit streven naar afstemming kan een zorgcontinuüm naadloos en passend bij het gewenste of benodigde worden aangeboden (Conrad & Shortell 1996; Gillies e.a. 1997; Fabbricotti 2006).

Bij divisionele eenheden is de zorgverlening georganiseerd rondom specialismen (bijvoorbeeld oncologie) of zorgvormen (bijvoorbeeld thuiszorg), waarbij een patiënt meestal maar voor een deel van zijn zorgvraag terecht kan (Conrad & Shortell 1996). Divisionele eenheden bieden voorwaarden voor de bereiking van zorgspecialisatie. Binnen die eenheden is het door de gerichtheid op één specialisme of zorgvorm beter mogelijk tot afstemming te komen tussen dezelfde professionals en zorgvormen. Hierdoor wordt het mogelijk de zorg te professionaliseren en zorgproducten te verdiepen (Conrad & Shortell 1996; Fabbricotti 2006).

Bij een combinatie van zowel divisionele -en integrale eenheden zijn delen binnen de zorgverlening georganiseerd rondom specialismen of zorgvormen en delen rondom processen en bekwaamheden. Een combinatie van eenheden biedt dus de voorwaarden voor bereiking van zowel zorgspecialisatie als integrale zorg en effectieve zorg (Conrad & Shortell 1996; Gillies e.a. 1997; Fabbricotti 2006).

### *2.5.5 De ondersteunende diensten*

De ondersteunende diensten binnen een zorgconcern bestaan onder andere uit de schoonmaak, de keuken en de technische dienst. Zij verlenen diensten buiten het kader van de zorgverlening door de uitvoerende kern (Mintzberg 2004). Bij dit onderdeel van de organisatie staat dezelfde keuze centraal als bij de technestructuur. Het gaat ook hier om wel of niet functioneel integreren. Vaak wordt binnen zorgconcerns overgegaan tot integratie van de ondersteunende diensten naar centrale ondersteunende diensten, waarbij hun

aanbod, procedures en systemen worden samengevoegd. Binnen de centrale ondersteunende diensten vindt soms decentralisatie plaats, wat differentiatie in het aanbod van de ondersteunende diensten tot gevolg heeft (Gillies e.a. 1993; Devers e.a. 1994; Fabbricotti).

De keuze voor centralisatie of decentralisatie in de ondersteunende diensten heeft gevolgen voor de zorginhoudelijke doelbereiking. Door integratie van de verschillende ondersteunende diensten ontstaan centrale diensten met een uniform ondersteuningsaanbod. Het centraliseren van de ondersteunende diensten maakt het beter mogelijk tot afstemming te komen tussen diensten, procedures en systemen. Deze afstemming is nodig voor de bereiking van zorgspecialisatie. Binnen die diensten ontstaat dan uniformiteit, waardoor het makkelijker wordt specialisatie tot stand te brengen onder medewerkers (Gillies e.a. 1993; Fabbricotti 2006).

Effectieve -en integrale zorg kunnen daarentegen makkelijker worden bereikt met decentralisatie van de ondersteunende diensten. Decentralisatie biedt de mogelijkheid het ondersteuningaanbod van ondersteunende diensten te differentiëren naar zorgverlenende eenheden binnen het zorgconcern. Hierdoor kunnen diensten, systemen en procedures beter worden afgestemd op hetgeen nodig en gewenst is voor het (geïntegreerde) zorgproces (Gillies e.a. 1993; Devers e.a. 1994; Fabbricotti 2006).

### *2.5.6 De complexiteit van structureren*

Aan de hand van het gegeven overzicht omtrent structuurkeuzes per organisatieonderdeel kan worden geconcludeerd dat geen eenduidige wijze van structureren bestaat waarmee zorgconcerns gestelde zorginhoudelijke doelen kunnen behalen. De verschillende wijzen van structureren zijn niet beter of slechter te noemen, enkel anders. Conrad & Shortell (1996:31) zeggen hierover dat geen enkele structuur voorkeur heeft vanwege de verschillende capaciteiten van structuren om tot zorginhoudelijke doelbereiking te komen. Fabbricotti (2006:179) sluit zich aan bij Conrad & Shortell door te stellen dat elke structuur betere voorwaarden schept voor slechts een deel van de (zorginhoudelijke) doelstellingen. Daarom is het zo moeilijk om een effectieve organisatiestructuur te ontwikkelen voor zorgconcerns.

## **2.6 Theoretisch conceptueel model**

Zorgconcerns kunnen op vele manieren gestructureerd worden, zoals blijkt uit de voorgaande paragrafen. Op basis van literatuuronderzoek is meer inzicht ontstaan omtrent de vraag waarom zorgconcerns tot bepaalde structuren voor organisatieonderdelen overgaan en wat de invloed daarvan is op zorginhoudelijke doelbereiking. Beschreven is

namelijk hoe structuren op het niveau van de uitvoerende kern, de strategische top, het middenkader, de technostructuur en de ondersteunende diensten ontwikkeld kunnen worden, waarom en met welk resultaat. Hierbij is gebruik gemaakt van theorieën die als basisgedachte hebben dat structuren worden ontwikkeld voor verschillende onderdelen in een organisatie, die de taken, functies en werkzaamheden binnen die onderdelen met elkaar verbinden. Bovenstaande inzichten vormen de basis voor het theoretisch conceptueel model van dit afstudeeronderzoek (zie tabel 3). Het model conceptualiseert dat de structurering van een zorgconcern gepaard gaat met keuzes per organisatieonderdeel betreffende ontwerpparameters en werkverdeling. Deze keuzes hebben invloed op het bereiken van de zorginhoudelijke doelstellingen van een zorgconcern. In het model staat centraal dat verschillende structuurkeuzes binnen de onderdelen van een zorgconcern leiden tot betere voorwaarden voor bereiking van bepaalde zorginhoudelijke doelstellingen. Geen enkele structuur schept de voorwaarden voor bereiking van alle zorginhoudelijke doelstellingen die een zorgconcern nastreeft.

Organisatieonderdeel van het zorgconcern	Ontwerpparameter	Werkverdeling	Betere bereiking van
<b>Strategische top</b>	centralisatie	toezicht houden op en beleid- en besluitvorming t.b.v. het gehele zorgconcern	zorgspecialisatie
	decentralisatie	toezicht houden op en beleid- en besluitvorming t.b.v. een deel van het zorgconcern	integrale zorg en effectieve zorg
	samenstelling: vertegenwoordigers maatschappij concern, medische staf	-	zorgspecialisatie, integrale zorg en effectieve zorg
<b>Middenkader</b>	functioneel management	aansturen functie of divisie en realiseren eenheid in zorgvormen en ondersteunende diensten	zorgspecialisatie
	integraal management	aansturen en beslissen over alle zorgvormen en ondersteunende diensten binnen proces of regio	integrale zorg en effectieve zorg
<b>Technostructuur</b>	centralisatie met uniform ondersteuningsaanbod	standaardiseren beleid, processen, procedures en werkzaamheden	zorgspecialisatie
	decentralisatie met gedifferentieerd ondersteuningsaanbod	standaardiseren beleid, processen, procedures en werkzaamheden	integrale zorg en effectieve zorg
<b>Uitvoerende kern</b>	divisies	zorgverlening rondom functies of specialismen	zorgspecialisatie
	integrale eenheden	zorgverlening rondom processen of werkzaamheden	integrale zorg en effectieve zorg
<b>Ondersteunende diensten</b>	centralisatie met uniform ondersteuningsaanbod	dienstverlening buiten het kader van daadwerkelijke zorg	zorgspecialisatie
	decentralisatie met gedifferentieerd ondersteuningsaanbod	dienstverlening buiten het kader van daadwerkelijke zorg	integrale zorg en effectieve zorg

**Tabel 3:** Theoretisch conceptueel model

Het theoretisch conceptueel model is vervolgens leidraad geweest voor het empirisch onderzoek. Inzichten over de mogelijke structuren en de relatie met zorginhoudelijke doelstellingen zijn daarin gespiegeld aan de praktijk en verdiept. Hierbij stond centraal welke structuren in de onderzochte zorgconcerns zijn ontwikkeld, welke zorginhoudelijke doelen men daarmee beoogde te bereiken en wat de ervaringen en meningen zijn over de voor- en nadelen van die structuren in relatie tot de beoogde doelen.

### 3 Methodologie

Om antwoorden op de deelvragen en de probleemstelling te vinden is op verschillende manieren onderzoek gedaan. De methode van onderzoek die tijdens het onderzoek is gevolgd, wordt aan de hand van de volgende onderwerpen beschreven: onderzoeksdesign, onderzoekseenheden, methode dataverzameling en methode data-analyse. Daarnaast komen de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek aan de orde.

#### 3.1 Onderzoeksdesign

Vanwege het feit dat er weinig bekend is over effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen is de aard van dit onderzoek overwegend explorierend. Bij explorierend onderzoek worden verbanden of verschillen tussen kenmerken binnen een bepaalde groep onderzocht (Baarda e.a. 2001). In dit onderzoek is beoogd verbanden te leggen tussen organisatiestructuren die binnen zorgconcerns worden gehanteerd en de zorginhoudelijke doelbereiking van zorgconcerns.

Daarnaast is het onderzoek voornamelijk kwalitatief. Doordat kwalitatieve interviews zijn gehouden met respondenten van zorgconcerns is inzicht verworven in gekozen structuren binnen de zorgconcerns, de bijbehorende intenties en het effect van die structuren op zorginhoudelijke doelbereiking.

Het type onderzoek dat is gebruikt betreft de case study, wat een vorm van kwalitatief descriptief onderzoek is (Creswell 2003:15). In dit onderzoek is het verschijnsel concernvorming in de zorg namelijk intensief onderzocht op effectieve organisatiestructuren, waarmee uiteindelijk tot een nauwkeurige beschrijving van die structuren is gekomen in relatie tot zorginhoudelijke doelstellingen. Volgens Swanborn (1996:13) is deze intensieve benadering van een verschijnsel kenmerkend voor een case study. In een case study worden de ontstaansgeschiedenis, de veranderingen en de complexe structuur van het verschijnsel beschreven en verklaard door aan een groot aantal variabelen tegelijk aandacht te besteden. Door Yin (1984) worden zowel verklarende *case studies*, explorerende *case studies* en beschrijvende *case studies* benoemd. Dit onderzoek is uitgevoerd als een explorerende -en beschrijvende casestudy, gezien het vrijwel onbekende onderzoeksterrein en het doel om inzicht te verschaffen.



### 3.2 Onderzoekseenheden

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen drie zorgconcerns in Nederland. Zij vormden de cases ofwel de onderzoekseenheden. Er bestaat geen minimum aan cases dat onderzocht moet worden binnen een case study, wel wordt door Swanborn (1996:56) het principe 'hoe meer cases, hoe meer informatie' genoemd. Hierbij geeft hij aan dat meer informatie ten goede komt aan de betrouwbaarheid en validiteit van het resultaat. Het is noodzakelijk geweest een variatie aan structuren te onderzoeken, zodat uitspraken kunnen worden gedaan over de relatie tussen structuren en zorginhoudelijke doelstellingen binnen zorgconcerns. Er zijn daarom drie verschillende zorgconcerns benaderd op basis van de typologie van Zorg Consult Nederland (2006), omdat zorgconcerns aan de hand van deze typologie naar verschillen in structuren en centrale doelen zijn in te delen. De samenstelling van onderzochte cases is gevormd door twee ketenconcerns en één landelijk concern.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen de ketenconcerns Zorggroep Noorderbreedte (ZNB) en ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (ZorgSaam) en het landelijke concern Meavita Nederland. Tussen deze concerns bestaan verschillen in zorgaanbod, grootte en werkgebied (zie tabel 4).

	ZNB	ZorgSaam	Meavita Nederland
ziekenhuis	x	x	
verpleeghuizen	x		x
verzorgingshuizen/ wooncentra	x	x	x
thuiszorg	x	x	x
jeugdgezondheidszorg			x
algemeen maatschappelijk werk			x
medewerkers	5.000	2.500	20.000
werkgebied	Friesland	Zeeuws-Vlaanderen	Zuid-Holland, Gelderland, Overijssel, Groningen, Friesland, Drenthe, Utrecht en Flevoland

**Tabel 4:** Kenmerken cases

De stichting Zorggroep Noorderbreedte bestaat sinds 1 september 1997. Voor die datum heette de organisatie Stichting Medisch Centrum Leeuwarden. ZNB verleent ziekenhuiszorg, verzorging, verpleging en thuiszorg aan inwoners van Friesland. Deze zorgverlening vindt in hoofdzaak plaats binnen het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en Noorderbreedte, persoonlijke zorg en wooncomfort. Het MCL heeft twee vestigingen, één in Leeuwarden en

één in Harlingen. Noorderbreedte bestaat uit verschillende zorgcentra die verspreid liggen over Friesland en ook herbergt het thuiszorg. ZNB heeft bijna 5.000 medewerkers in dienst, waarmee het één van de grootste zorgaanbieders van Nederland is (Jaardocument 2006). De stichting ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen is ontstaan op 1 juli 2000 na een juridische fusie tussen de Stichting Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen, Stichting Ziekenhuisgroep Zeeuws-Vlaanderen, Stichting Ziekenzorg Midden Zeeuws-Vlaanderen, Stichting Sint Liduina Ziekenhuis, Stichting Sint Antonius Ziekenhuis, Stichting Elisabeth Ziekenhuis en Protestantse Ziekenzorg Zeeuwsch-Vlaanderen. ZorgSaam telt ongeveer 2.500 medewerkers, die in de thuiszorg, het ziekenhuis en de verschillende wooncentra van ZorgSaam zorg verlenen aan Zeeuws-Vlaamse inwoners (Jaardocument 2006). Meavita Nederland bestaat sinds 1 januari 2007 en wordt gevormd door Meavita, Sensire, Thuiszorg Groningen en Vitras. Meavita is actief in Zuid-Holland, Sensire in Gelderland en Overijssel, Thuiszorg Groningen in Groningen, Friesland en Drenthe en tot slot is Vitras actief in Utrecht en Flevoland. De belangrijkste diensten van Meavita Nederland zijn huishoudelijke hulp, kraamzorg, verzorging en verpleging, intramurale zorg, jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk. Deze diensten worden verleend door de circa 20.000 medewerkers die binnen Meavita Nederland werkzaam zijn (Meavita Nederland).

### **3.3 Methode dataverzameling**

De methoden die in het onderzoek zijn gebruikt om data te verzamelen bestaan uit interviews en bestaande documenten.

#### *3.3.1 Interviews*

In totaal hebben dertien interviews plaatsgevonden binnen de drie zorgconcerns. Zowel binnen ZNB als binnen ZorgSaam zijn vier interviews gehouden. Bij Meavita Nederland hebben vijf interviews plaatsgevonden. Respondenten betroffen bestuurders, directeuren, managers/hoofden en stafmedewerkers (zie tabel 5). Voor deze respondenten is gekozen omdat het vaak personen zijn die vanaf het begin betrokken zijn geweest bij de vorming van een zorgconcern en die zich hierover een goed beeld hebben kunnen vormen. Daarnaast maken de respondenten deel uit van verschillende organisatieonderdelen die centraal staan in het theoretisch conceptueel model. De respondenten zijn persoonlijk benaderd met de vraag of zij hun medewerking wilden verlenen aan een interview, waarbij zij van tevoren uitleg hebben gekregen over het doel van het onderzoek.

	ZNB	ZorgSaam	Meavita Nederland
Respondenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lid Raad van Bestuur</li> <li>• directielid Noorderbreedte</li> <li>• directielid MCL</li> <li>• staffunctionaris Noorderbreedte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lid Raad van Bestuur</li> <li>• hoofd Dienst Onderzoek &amp; Behandeling</li> <li>• hoofd Personeel en Managementondersteuning</li> <li>• hoofd financiële administratie (onderdeel Economische Administratieve dienst)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• strategisch adviseur (tweemaal geïnterviewd)</li> <li>• financieel manager</li> <li>• inkoopmanager</li> <li>• divisiedirecteur Meavita</li> </ul>

**Tabel 5:** Respondenten van de zorgconcerns

De interviews hebben face-to-face plaatsgevonden. Bij face-to-face interviews bevinden de interviewer en de geïnterviewde zich op dezelfde plaats, waardoor ook observatie mogelijk is (Creswell 2003:186). De interviews zijn als halfgestructureerde interviews uitgevoerd. Halfgestructureerd interviewen valt onder het 'open interview'. Een open interview lijkt in sterkere mate dan een formeel gestructureerd interview op een gewoon gesprek met iemand. Met een open interview kan tamelijk snel informatie verkregen worden over onderwerpen die betrekking hebben op de probleemstelling, en kan onmiddellijk doorgevraagd worden als daartoe aanleiding bestaat. De vragen en antwoorden liggen niet van tevoren vast, maar de onderwerpen wel (Baarda e.a. 2001). De onderwerpen voor de interviewvragen zijn voortgekomen uit het theoretisch conceptueel model (zie bijlage 1). Gegeven dit model is steeds gevraagd naar zorginhoudelijke doelstellingen, bestaande organisatiestructuren en veranderingen in organisatiestructuren. Daarnaast is per organisatieonderdeel gevraagd naar bestaande structuren, taken en verantwoordelijkheden en het effect van structuur op zorginhoudelijke doelbereiking. Alle interviews zijn opgenomen met behulp van een cassette recorder en vervolgens helemaal uitgetypt. Door de selectie van respondenten en het gebruik van open interviews is een beeld ontstaan over effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen.

### 3.3.2 *Bestaande documenten*

Concernvorming behelst vaak een heel traject waaraan ook veel papierwerk is gekoppeld. Naast interviews is daarom ook gebruik gemaakt van bestaande documenten om gegevens te verzamelen die betrekking hebben op de probleemstelling. Er zijn gegevens verzameld vanuit beleidstukken, jaardocumenten, informatie op websites en notities (zie geraadpleegde literatuur documentenanalyses). Binnen Meavita Nederland was men echter terughoudend met het verstrekken van beleidsstukken omtrent de vorming van het concern, omdat het

belangrijke bedrijfsinformatie betrof. De andere twee zorgconcerns hebben wel enkele beleidsstukken verstrekt.

### **3.4 Methode data-analyse**

Bij de analyse van de verzamelde gegevens vormden de probleemstelling en de daaruit voortgekomen deelvragen het uitgangspunt. Dit was de focus van waaruit het onderzoeksmateriaal bekeken is. Daarnaast vormde ook de doelstelling een uitgangspunt voor de analyse, deze bepaalt de manier van ordenen van de data. Het belangrijkste doel van de analyse is het aanbrengen van een structuur of patroon in de berg van gegevens (Baarda e.a. 2001).

De analyse van de verzamelde gegevens heeft eerst per case plaatsgevonden. Van de interviews is een transcript gemaakt. Per onderwerp is opgeschreven wat de geïnterviewden hierover hebben verteld en wat daarover in de documenten is beschreven. Dit maakte onderlinge vergelijking van de verzamelde gegevens mogelijk. De verzamelde gegevens zijn daarna samengebracht op het niveau van de deelvragen. Bij de analyse is steeds gezocht naar een koppeling met het theoretisch conceptueel model. Door dit voor elk concern te doen is inzichtelijk gemaakt wat vanuit interviews en documenten bekend is geworden over de probleemstelling. Daarbij zijn de verschillende cases ook tegen elkaar uitgezet om overeenkomsten en verschillen duidelijk te maken.

### **3.5 Betrouwbaarheid en validiteit**

Om de betrouwbaarheid van de interviews te verhogen, vonden ze plaats onder gelijke onderzoeksomstandigheden en zijn ze zoveel mogelijk op de dezelfde wijze afgenomen door het gebruik van vooraf opgestelde interviewvragen. Ook is gewaakt voor al te nadrukkelijke subjectieve elementen bij het verzamelen en analyseren van gegevens. Daarom is geprobeerd om aansluiting te vinden bij literatuur. Tot slot zijn alle interviews opgenomen met behulp van een cassette recorder en vervolgens helemaal uitgetypt. Deze manier van dataregistratie verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. Daarnaast waren de uitgetypte interviews gelijk bruikbaar voor data-analyse (Baarda e.a. 2001). Andere onderzoekers worden door dit ontstane databestand ook in staat gesteld de onderzoeksgegevens direct te bekijken, waardoor zij de conclusies van het onderzoek kunnen verifiëren (Yin 1984). Door bovengenoemde activiteiten moet een andere onderzoeker in feite de gebruikte methode en onderzoeksprocedure opnieuw kunnen toepassen en met grotendeels hetzelfde resultaat (Baarda e.a. 2001).

Tijdens het onderzoek is continu nagegaan of de verzamelde gegevens de gegevens waren die verzameld moesten worden en of ze nodig waren om de probleemstelling te beantwoorden. Dit is bewerkstelligd door continu de probleemstelling los te laten op de gegevens. Dit proces heeft betrekking op de interne validiteit (geldigheid) van het onderzoeksmateriaal. Interne validiteit heeft te maken met de waarde van onderzoeksgegevens, met de mate waarin ze de werkelijkheid representeren. De bovenstaande onderzoeks aanpak is bedoeld om de bestaande werkelijkheid zo goed mogelijk weer te geven. Het feit dat de praktijksituaties (de drie zorgconcerns) als uitgangspunt zijn genomen voor het onderzoek en intact zijn gelaten, is daarvoor bedoeld (Baarda e.a. 2001:99). Daarnaast is gebruik gemaakt van triangulatie om tot interne validiteit te komen. Dit houdt in dat verschillende bronnen van informatie worden vergeleken om tot een goed onderbouwde beantwoording van de onderzoeksvragen te komen (Yin 1984). Als de verzamelde gegevens in dezelfde richting wijzen en dus convergeren, kan worden gesproken van valide gegevens (Baarda e.a. 2001).

Naast bovengenoemde activiteiten die de onderzoeker zelf heeft uitgevoerd om de betrouwbaarheid en interne validiteit van haar onderzoek te verhogen, bestaan ook activiteiten waarmee een ander persoon voor deze verhoging kan zorgen. Door de uitgevoerde interviews na uitwerking terug te koppelen naar de respondenten is er ruimte voor de respondenten om de volledigheid te toetsen. Dit proces wordt 'member checking' genoemd (Creswell 2003). Echter door de krappe tijdsplanning is dit niet toegepast. Concernvorming in de zorg is daarnaast door meerdere personen vanuit verschillende invalshoeken onderzocht. Met deze personen, in het bijzonder de studentmeelezer, heeft peer debriefing plaats gevonden gedurende het onderzoek. Dit gaf de mogelijkheid om van hen feedback te ontvangen (Creswell 2003).

De externe validiteit van het onderzoek vormt mogelijk een probleem. Bij externe validiteit gaat het volgens Baarda e.a. (2001:100) om de vraag in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar andere cases dan degene onderzocht in dit onderzoek. Aangezien het onderzoek maar binnen drie zorgconcerns is uitgevoerd, is het moeilijk te bepalen in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar andere cases. Daarom bestaat er volgens Swanborn (1996:66) een generaliseringsprobleem bij casestudies. Hij stelt dat het duidelijk is dat, door het kleine aantal cases, statistische generalisering niet toegepast kan worden. Echter volgens Yin (1984) is generalisatie bij casestudies wel mogelijk, namelijk wanneer de case-resultaten overeenkomen met een theorie of model. Er is dan sprake van analytische of theoretische generalisering, waarbij een casestudy een experiment is om een theorie of model te toetsen (Yin 1984).

## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten beschreven omtrent de vraag naar effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen. In paragraaf 4.1 staan de zorginhoudelijke doelstellingen centraal die de zorginstellingen beogen te bereiken met concernvorming. Vervolgens worden de bestaande organisatiestructuren binnen de zorgconcerns besproken in paragraaf 4.2. In paragraaf 4.3 wordt dieper ingegaan op de gemaakte structuurkeuzes per organisatieonderdeel van de zorgconcerns en de invloed daarvan op zorginhoudelijke doelbereiking. Paragraaf 4.4 handelt over structuurveranderingen die op stapel staan binnen de zorgconcerns. Tot slot wordt in paragraaf 4.5 besproken wat de effecten zijn van concernvorming op zorginhoudelijke doelstellingen.

### 4.1 Zorginhoudelijke doelstellingen bij concernvorming

Zorggroep Noorderbreedte (ZNB), ZorgSaam en Meavita Nederland streven met concernvorming allen een betere kwaliteit van zorgverlening na. Echter de wijze waarop inhoud is gegeven aan deze kwaliteitsverbetering verschilt per zorgconcern, wat heeft geleid tot verschillende zorginhoudelijke doelstellingen.

ZNB beoogt met concernvorming ketenzorg te bereiken. Het directielid van Noorderbreedte zegt hierover: “Zorgketens, verticale zorgketens liggen ten grondslag aan de totstandkoming van ZNB half jaren negentig. Je kunt verschillende strategieën hebben in samenvoegingen of fusies. Wij hebben destijds gekozen voor een kwaliteitstrategie, dat is ook de reden dat we een verticaal samengesteld concern zijn”. Door middel van ketenzorg wil men het continuüm van zorg organiseren. “Wil je goede care en cure geven dan dien je aansluiting te vinden tussen datgene wat je in een ziekenhuis doet, wat je in een verpleeghuis doet en datgene wat je in een verzorgingshuis doet. Vanuit die basisgedachte is oorspronkelijk ZNB ontstaan” (Clusterdirecteur). Binnen de ketenzorg vormt de vraag van de patiënt het uitgangspunt. Volgens de staffunctionaris van Noorderbreedte is het van belang “datgene voor patiënten te organiseren wat ze eigenlijk van huis uit gewend zijn”.

ZorgSaam wil door concernvorming ten eerste ook ketenzorg bereiken. Het lid van de Raad van Bestuur stelt: “Wij moeten goede basiszorg verlenen waarbij samenhang dient te zijn in de verschillende fases van de zorgverlening. We streven een verticale keten na om ervoor te zorgen dat onze Zeeuws-Vlaamse inwoners meerwaarde hebben”. Het waarborgen van toegankelijke zorg in Zeeuws-Vlaanderen speelt ten tweede een grote rol in de totstandkoming van het concern. Het stafdiensthooft stelt dat “Zeeuws-Vlaanderen een provincie is met weinig inwoners en het zou

zomaar kunnen dat er bepaalde vormen van zorg verdwijnen omdat het zich niet staande houdt, bijvoorbeeld een klein verzorginghuis". Echter als concern "kunnen we op enig moment ook zeggen dat we ons geld steken in deze zorgvorm. Dat levert misschien niets op, maar dat kunnen we met z'n allen wel dragen" (Stafdiensthoofd).

Meavita Nederland beoogt met concernvorming belevingsgerichte zorg te bereiken. Dit betekent dat zorg wordt verleend die aansluit op de vraag van de klant. Door belevingsgerichte zorg wil het concern komen tot de beste zorgverlening voor zijn klanten. De divisiedirecteur van Meavita zegt hierover: "Wat overal een leidend principe is, is belevingsgerichte zorg. Dat wil zeggen dat je vraaggericht werkt". De inkoopmanager stelt: "De beste zorg is de zorg die de klant nodig heeft, dus vraaggestuurde zorg". Echter Meavita Nederland beoogt ook meer dan alleen belevingsgerichte zorg te leveren. Het concern gaat diensten leveren gericht op de algehele gezondheid, wat inhoudt dat zowel gezonde als zieke mensen terecht kunnen bij het zorgconcern. De strategisch adviseur vertelt dat Meavita Nederland bezig is met het opzetten van een nieuwe serviceorganisatie die andere dingen doet dan zorg en gericht is op bevordering van de algehele gezondheid. De inkoopmanager geeft hierbij aan: "We gaan inzetten op een nieuwe manier van kijken naar zorg en zorgconcepten, waardoor invulling wordt gegeven aan nieuwe behoeften van de klant. We willen ons richten op alles wat met het goede leven te maken heeft".

## **4.2 Bestaande organisatiestructuren**

De organisatiestructuren zoals ze nu bestaan binnen ZNB, ZorgSaam en Meavita Nederland worden zichtbaar wanneer wordt gekeken naar de verschillende organigrammen (zie bijlage 2). De zorgconcerns hebben allen een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht of een Raad van Commissarissen. De wijze waarop de zorgconcerns hun organisatiestructuur verder hebben ontwikkeld verschilt echter per zorgconcern.

ZNB heeft een partieel functioneel geordende divisiestructuur. Het is een stichting bestaande uit twee onderdelen: Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en Noorderbreedte, persoonlijke zorg en wooncomfort (Jaardocument 2006). Deze onderdelen worden door verschillende directeuren ook wel divisies genoemd. Het MCL bestaat uit drie clusters en het Medisch Facilitair Bedrijf (MFB). De clusters zijn gebaseerd op de functies: snijdende specialismen, interne specialismen en overige specialismen. Noorderbreedte bestaat uit verschillende locaties, centra en andere organisatieonderdelen waar ouderenzorg wordt verleend. ZNB herbergt ziekenhuiszorg, verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg (Jaardocument 2006).

ZorgSaam kent een structuur die zowel regionaal als functioneel geordend is. ZorgSaam bestaat uit diverse onderdelen. Thuiszorg is georganiseerd in rayons. Het diensthoofd vertelt dat deze rayons gebaseerd zijn op de regio's: west, midden en oost Zeeuws-Vlaanderen. Daarnaast is er ouderenzorg, wat wordt verleend binnen vier wooncentra. Tot slot ziekenhuiszorg, dat is opgesplitst in diensten gebaseerd op functie waarin zich verschillende afdelingen bevinden (Jaardocument 2006).

Meavita Nederland heeft op dit moment een divisiestructuur. Het bestaat uit de vier werkmaatschappijen Meavita, Sensire, Thuiszorg Groningen en Vitras. De werkmaatschappijen hebben allemaal een andere structuur. De financieel manager van Meavita Nederland vertelt dat de werkmaatschappijen Vitras, Sensire en Thuiszorg Groningen alledrie een structuur met regionale eenheden kennen, waarbij echter de ondersteunende diensten anders zijn gepositioneerd. Meavita heeft daarentegen een structuur met functionele eenheden, waarbij de divisiedirecteur van Meavita aangeeft dat het divisies zijn "op basis van product-marktcombinaties." De belangrijkste diensten die Meavita Nederland levert zijn: thuiszorg, verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, maatschappelijk werk en jeugdgezondheidszorg (Meavita Nederland).

#### **4.3 Structuren en de effecten daarvan op zorginhoudelijke doelstellingen**

Binnen ZNB, ZorgSaam en Meavita Nederland zijn keuzes gemaakt omtrent het structureren van de zorgconcerns. Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven is de wijze van structureren van invloed op het behalen van zorginhoudelijke doelstellingen. Iedere structuurkeuze leidt tot betere voorwaarden voor bereiking van bepaalde zorginhoudelijke doelstellingen. Echter wat is het effect van de structuurkeuzes gemaakt door de drie zorgconcerns op hun zorginhoudelijke doelstellingen?

In deze paragraaf worden de gemaakte structuurkeuzes betreffende verschillende organisatieonderdelen van de zorgconcerns en de invloed daarvan op zorginhoudelijke doelbereiking verder belicht. Tijdens het empirisch onderzoek was het echter opvallend dat de respondenten af en toe moeite hadden om over die invloed uitspraken te doen. In die gevallen deden zij meer algemene uitspraken, welke moeilijk waren te koppelen aan de genoemde zorginhoudelijke doelstellingen (zie paragraaf 4.1). En soms hadden die uitspraken ook te maken met een betere bereiking van financiële doelstellingen.



#### 4.3.1 De strategische top

Zoals in paragraaf 2.5.1 is aangegeven gaat het structureren van de strategische top gepaard met keuzes omtrent de mate van centralisatie of decentralisatie van bestuur en de samenstelling van bestuur. De drie zorgconcerns zijn verschillend omgegaan met deze keuzes, waardoor verschillende structuren zijn ontstaan voor de strategische top (zie tabel 6).

	ZNB	ZorgSaam	Meavita Nederland
Centralisatie of decentralisatie van bestuur	Gedecentraliseerd bestuur: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 hoofdig RvB</li> <li>• 8 hoofdige directie MCL</li> <li>• 3 hoofdige directie NB</li> </ul>	Gecentraliseerd bestuur: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 hoofdig RvB</li> </ul>	Gedecentraliseerd bestuur: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 hoofdig RvB</li> <li>• 4 hoofdige landelijke directie</li> </ul>
Samenstelling van bestuur	Binnen RvB op basis van bestuurskwaliteiten en in directies op basis van zowel bestuurlijke als zorginhoudelijke kwaliteiten; bestuurders vanuit verschillende onderdelen van het zorgconcern	Op basis van bestuurskwaliteiten; bestuurders vanuit verschillende onderdelen van het zorgconcern	Binnen RvB op basis van bestuurskwaliteiten en in directie op basis van zowel bestuurlijke als zorginhoudelijke kwaliteiten; bestuurders vanuit verschillende onderdelen van het zorgconcern

**Tabel 6:** Structuren binnen de strategische top

ZorgSaam heeft een gecentraliseerd bestuur in de vorm van een Raad van Bestuur, dat verantwoordelijk is voor het gehele zorgconcern. Het bestuur richt zich hierbij voornamelijk op de ontwikkeling van strategie en het stellen van kaders voor het concern.

ZNB en Meavita Nederland kennen daarentegen een gedecentraliseerd bestuur. Bij beide is sprake van meerdere bestuurslagen, met zowel een centraal bestuur als decentrale besturen. Het centrale bestuur bestaat voor beide zorgconcerns uit een Raad van Bestuur, die dezelfde verantwoordelijkheden hebben als de Raad van Bestuur van ZorgSaam. Bij ZNB bestaat het decentrale bestuur uit twee divisiedirecties. Meavita Nederland kent een decentraal bestuur dat wordt gevormd door een landelijke directie. De decentrale besturen zijn verantwoordelijk voor de aansturing van de aan hen toegekende divisies of werkmaatschappijen, het vertalen van divisie- of concernbeleid en de juiste uitvoering daarvan.

De drie zorgconcerns hebben allemaal een Raad van Bestuur dat is samengesteld uit drie leden, waarbij enkel een lid van de Raad van Bestuur van ZorgSaam een medische achtergrond heeft. Waar mogelijk heeft een lid een verleden binnen een divisie, onderdeel of werkmaatschappij van het betreffende zorgconcern. De decentrale besturen van ZNB en Meavita Nederland zijn verschillend samengesteld, wat voortkomt uit fundamentele organisatorische verschillen tussen die zorgconcerns. Binnen ZNB bestaat een directie MCL

en een directie Noorderbreedte. Het MCL heeft een achthoofdige directie. Elk cluster en het Medisch Facilitair Bedrijf (MFB) hebben een directeur. Naast deze vier directeuren bestaat de directie uit twee leden van de Raad van Bestuur, een lid van de medische staf en de directeur van de Dienst Informatie en Administratie (DIA). Noorderbreedte heeft een driehoofdige directie, waarvan één directeur ook lid is van de Raad van Bestuur. De directeuren zijn verantwoordelijk voor de aansturing van een aantal aan hen toegewezen locaties/centra. Binnen Meavita Nederland bestaat de landelijke directie uit vier algemeen directeuren. Elke algemeen directeur is verantwoordelijk voor het functioneren van de aan hem toegewezen werkmaatschappij.

Iedere structuurkeuze omtrent de strategische top blijkt effect te hebben op zorginhoudelijke doelstellingen, doch soms indirect en algemeen van aard. Deze effecten komen nu aan bod.

### *Centralisatie versus decentralisatie*

Tussen de drie zorgconcerns bestaan verschillen omtrent centralisatie en decentralisatie van het bestuur en de verantwoordelijkheden die daarmee samenhangen, welke van invloed zijn op zorginhoudelijke doelstellingen. Uit een analyse van het materiaal blijkt dat met een gecentraliseerd bestuur het beter mogelijk is tot eenduidige zorginhoudelijke doelstellingen te komen. Echter met een gedecentraliseerd bestuur blijkt het beter mogelijk om de bereiking van ketenzorg en belevingsgerichte zorg te monitoren en makkelijker om op die doelen aan te sturen.

Door bestuurlijke verantwoordelijkheden neer te leggen bij één gecentraliseerd bestuur wordt gekomen tot een eenduidige aansturing van het concern. Het lid van de Raad van bestuur van ZorgSaam geeft hierbij aan: “We moeten kaderen, temporiseren in de zin van nu dit, want anders komt er niets van. We maken keuzes en stellen prioriteiten, dat is ons werk denk ik”. Centrale aansturing heeft het mogelijk gemaakt tot eenduidige zorginhoudelijke doelstellingen te komen waaraan alle medewerkers in het concern zich dienen te conformeren. Bij ZorgSaam wordt dit effect duidelijk doordat de respondenten direct ketenzorg noemen op de vraag naar zorginhoudelijke doelstellingen van het zorgconcern: “De zorginhoudelijke doelstelling is de gedachte van ketenzorg” (Stafdiensthoofd ZorgSaam). Ondanks dat een gecentraliseerd bestuur eenduidigheid in zorginhoudelijke doelen bewerkstelligt, is dit geen garantie dat die doelen daadwerkelijk bereikt worden. Factoren die hierin ook een rol spelen: de wijze waarop medewerkers concreet invulling geven aan het werken naar zorginhoudelijke doelstellingen en de inrichting van de uitvoerende kern op die doelen. Volgens het stafdiensthoofd van ZorgSaam weten medewerkers wat ketenzorg is, echter daarbij “zijn ze nog heel erg gefocused op hun eigen afdeling en het stukje zorg dat zij daar verlenen”. Het lid van de Raad van Bestuur zegt over de inrichting van de uitvoerende kern: “We hadden er wel over nagedacht hoe

ketenzorg strak te organiseren. De organisatie moest hiervoor transmuraliseren, waartoe een dienst is ontwikkeld. We weten nu wat transmuraal werken is, maar ook dat je er geen dienst van moet maken. Je moet dat terugbrengen naar elke dienst, dus nu gaan we het ziekenhuis heel anders organiseren". Een nadeel van centrale aansturing is volgens het lid van de Raad van Bestuur van ZorgSaam dat soms verkeerde beslissingen worden genomen omtrent zorginhoud en bijbehorende doelen, doordat daarover niet altijd voldoende kennis aanwezig is bij de bestuurders. Daarom is binnen ZorgSaam decentraal toch wel wat ruimte, ondanks het centrale bestuur. Beleid- en besluitvorming betreffende zorginhoud worden bij voorkeur lager in het concern neergelegd, omdat die kennis daar wel aanwezig is. Medewerkers lager in het concern staan dicht bij de werkvloer en de externe omgeving, waardoor zij beter op de hoogte zijn van wensen die daar leven omtrent zorginhoud. Het lid van de Raad van Bestuur van ZorgSaam zegt hierover: "Binnen ZorgSaam is wel een decentrale structuur aanwezig. Wij proberen enkel richting te geven via de missie en jaarplannen. Wij moeten vooral goed luisteren wat er intern, op microniveau, gebeurt. Zij hebben vaak goede ideeën en daar moeten we ruimte voor geven om die te verwezenlijken. Je moet juist besluiten laten nemen door degene die er het meeste vanaf weten en die er het meeste mee te maken krijgen".

Een centraal bestuur kan daarentegen ook bestuurlijke verantwoordelijkheden decentraliseren naar een bestuur of besturen lager in een zorgconcern. Een decentraal bestuur zit dicht bij de werkvloer, waardoor het beter mogelijk is de aandacht te richten op de zorginhoudelijke doelen ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Door deze gerichtheid van een decentraal bestuur is de bereiking van die doelen beter te monitoren en is het makkelijker daarop aan te sturen. Het lid van de Raad van Bestuur van ZNB geeft aan: "Die directies zijn met andere onderwerpen bezig en zitten dicht bij de uitvoering. Directies hebben ook sneller contact met de werkvloer". Een aanvulling hierop komt van het directielid Noorderbreedte, die vertelt dat de directies zich op deze manier beter kunnen richten op de inhoud van de organisatie en bijbehorende doelen als ketenzorg en synergieprojecten en dat aansturing op die doelen beter mogelijk is.

Een gedecentraliseerd bestuur heeft ook nadelen. Ten eerste leidt het tot een extra laag in het zorgconcern. Dit kan een belemmering vormen voor duidelijke communicatie betreffende zorginhoudelijke doelstellingen van het centrale bestuur naar andere onderdelen in het concern en andersom. De divisiedirecteur van Meavita geeft aan: "De langere lijnen lijkt me een nadeel. Er gaat vaak veel mis in de communicatie". Een tweede nadeel is dat door de vrijheid van het decentrale bestuur, het centrale bestuur niet altijd goed zicht heeft op de uitvoering van de strategie en bereiking van zorginhoudelijke doelstellingen. De consequentie hiervan is dat het centrale bestuur niet in staat is het decentrale bestuur, en daarmee eigenlijk het hele zorgconcern, aan te sturen op die zorginhoudelijke doelstellingen. De financieel manager

van Meavita Nederland vertelt dat een Raad van Bestuur stuurloos is, wanneer het niet over stuurinformatie beschikt.

### *Samenstelling van bestuur*

De wijze waarop de drie zorgconcerns hun strategische top hebben samengesteld, kent zowel overeenkomsten als verschillen. Dit blijkt verschillende effecten op zorginhoudelijke doelstellingen te hebben. In een decentraal bestuur, waar zowel bestuurlijke als zorginhoudelijke kwaliteiten vereisten zijn voor leden, komt beter zorgbeleid tot stand én is de noodzakelijke afstemming voor ketenzorg makkelijker te bewerkstelligen dan in het centrale bestuur. Door daarnaast de verschillende belangen van onderdelen of zorgvormen binnen een zorgconcern te vertegenwoordigen in het bestuur, wordt makkelijker bereikt dat die onderdelen of zorgvormen zich schikken naar het concernbrede beleid en bijbehorende zorginhoudelijke en financiële doelen.

Uit een analyse van het materiaal blijkt dat de keuze voor bestuurders ten eerste vooral wordt ingegeven door de kwaliteiten van die bestuurders. Binnen een Raad van Bestuur van een dergelijk grote organisatie als een zorgconcern gaat het voornamelijk om de bestuurskwaliteiten op strategisch niveau van een (toekomstig) lid. Op basis van die kwaliteiten wordt iemand benoemd en niet op basis van medische achtergrond en kennis over zorginhoud. De strategisch adviseur van Meavita Nederland stelt: "Besturen is een vak dat bestuurders dienen te verstaan. Bestuurders worden basis van hun bestuurskwaliteiten gekozen". In geen van de drie centrale besturen speelde de participatie van een arts als bestuurslid dan ook een rol in de samenstelling ervan. Het lid van de Raad van Bestuur van ZNB geeft aan: "Op algemeen bestuurlijk, strategisch niveau vinden wij dat het niet hoeft om een geneesheer-directeur te hebben". In het centrale bestuur van ZorgSaam heeft één lid wel een medische achtergrond. Echter volgens het lid van dat bestuur is daar niet specifiek voor gekozen, maar is die samenstelling historisch zo gegroeid.

In een decentraal bestuur zijn naast bestuurlijke kwaliteiten van bestuurders ook zorginhoudelijke kwaliteiten een vereiste. Daar worden bestuurders gekozen op basis van hun kennis over een zorgvorm of onderdeel in het zorgconcern en ook op basis van managementervaring. Dit leidt er toe dat goed zorgbeleid tot stand komt, doordat het gebaseerd is op betrouwbare kennis vanuit verschillende invalshoeken. Het directielid van het MCL geeft aan: "Ik ben klinisch fysicus en hoofd van de sector klinisch fysica, daar geef ik eigenlijk als professional leiding aan. Ik ben in de nucleaire geneeskunde opgeleid en ik heb ook gewoon verstand van dat vak. Dat is ook mijn rol in de directie, ik ben deels gewoon deskundig op een aantal van die vakgebieden. Dat vind ik zelf ook wel prettig, je weet dan in ieder geval waarover het gaat". In verband met de kennis van een arts speelt de participatie van een dergelijke

professional in een decentraal bestuur wél een rol. Het lid van de Raad van Bestuur geeft aan: “In de directie van het ziekenhuis neemt iemand uit de medische staf zitting. Daar is die verbinding wel gemaakt en daar hebben we specifiek iemand voor gevraagd”.

Een gedecentraliseerd bestuur waarin kennis aanwezig is vanuit verschillende invalshoeken leidt er eveneens toe dat afstemming tussen die zorgvormen of onderdelen makkelijker bewerkstelligd kan worden. Deze afstemming is noodzakelijk voor de realisatie van ketenzorg. Het lid van de Raad van Bestuur van ZNB vertelt in dit kader dat tussen de directies van het MCL en Noorderbreedte intensief contact bestaat omtrent ketentrajecten. En dat daarbij voldoende aandacht moet zijn voor afspraken omtrent die trajecten.

Ten tweede blijkt aan de keuze een belangencomponent te zitten. Men kiest bestuurders uit verschillende onderdelen van een zorgconcern om te zorgen dat de belangen van die onderdelen geborgd blijven. Dit doet zich zowel op het niveau van de centrale als decentrale besturen voor.

Voor alle drie de zorgconcerns geldt dat in het centrale bestuur zoveel mogelijk wordt geprobeerd de belangen van divisies, onderdelen of werkmaatschappijen te borgen door een lid daarvoor verantwoordelijk te stellen. Hierbij gaat de voorkeur uit naar iemand met een verleden binnen een divisie, onderdeel of werkmaatschappij. “Vanuit de optiek dat er ook echt specifieke aandacht moet zijn voor Noorderbreedte bestaat de Raad van Bestuur uit drie personen. Waarbij mijn collega’s zich vooral richten op het ziekenhuis en ik me meer richt op Noorderbreedte” (lid Raad van Bestuur ZNB). Lukt het niet om die verschillende belangen in één centraal bestuur voldoende te borgen, dan is daarvoor meestal ruimte in een decentraal bestuur. In een decentraal bestuur zijn de zorginhoudelijke en/of financiële belangen van onderdelen of zorgvormen binnen het zorgconcern geborgd, doordat hiervoor verschillende directieleden zijn aangesteld. Hierbij geldt echter wel dat die belangen zich binnen de beleidskaders en zorginhoudelijke en financiële doelstellingen van het centrale bestuur dienen te bevinden. Het lid van de Raad van Bestuur van ZNB geeft aan: “Je moet een kader aangeven en daarover consensus hebben”.

Door de borging van belangen bereikt een bestuur, of dit nu een centraal of decentraal bestuur is, dat verschillende zorgvormen of onderdelen zich wel dienen te conformeren aan vastgesteld beleid en (zorginhoudelijke) doelstellingen. De strategisch adviseur van Meavita Nederland stelt daarbij: “De directeuren zullen ervoor moeten zorgen dat de doelen, die met elkaar zijn afgesproken, gerealiseerd worden”.

Desondanks schuilt het gevaar dat directieleden in een decentraal bestuur misbruik maken van hun tamelijk autonome positie en vooral de belangen van hun eigen zorgvorm of onderdeel nastreven. Hierdoor kunnen zij de bereiking van concernbrede zorginhoudelijke

-en financiële doelstellingen belemmeren. De strategisch adviseur van Meavita Nederland geeft aan: “Er zijn noden en behoeftes vanuit de werkvloer, die leiden tot vragen om faciliteiten, mogelijkheden, maatregelen, noem maar op en er is een Raad van Bestuur die zegt: “We moeten die kant op.” Dat schuurt”. Voor ketenzorg kan het nastreven van eigen belangen vooral negatief uitpakken, daar samenwerking en het vinden van afstemming juist zo belangrijk is. Het stafdiensthoofd van ZorgSaam geeft hierbij aan dat wanneer je de ketengedachte in leven wil houden, er wel samenwerking moet zijn tussen onderdelen.

#### 4.3.2 Het middenkader

In paragraaf 2.5.2 is besproken dat het middenkader gestructureerd kan worden naar functie, naar proces, naar regio of naar organisatietype. En dat daaruit de keuze voor integraal of functioneel management voortkomt. De drie zorgconcerns zijn verschillend omgegaan met de wijze waarop het middenkader kan worden gestructureerd (zie tabel 7).

	ZNB	ZorgSaam	Meavita Nederland
Structurering naar functie, proces, regio of organisatietype	Naar functie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• afdelingshoofden binnen clusters van MCL</li> <li>• locatie- en centrummanagers van NB</li> </ul>	Naar functie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rayonmanagers in de thuiszorg</li> <li>• diensthoofden en afdelingshoofden in het ziekenhuis</li> <li>• locatiemanagers en teamleiders in de ouderenzorg</li> </ul>	Naar functie en regio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• divisiedirecteuren bij Meavita</li> <li>• regiodyrecteuren bij de overige drie werkmaatschappijen</li> </ul> Binnen de werkmaatschappijen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• locatiemanagers en teamleiders/ afdelingshoofden bij intramurale zorg</li> <li>• regiomanagers en teamleiders bij extramurale zorg</li> </ul>
Gebruik van functioneel of integraal management	Functioneel management met integrale verantwoordelijkheid	Functioneel management met integrale verantwoordelijkheid	Functioneel management met integrale verantwoordelijkheid

**Tabel 7:** Structuren binnen het middenkader

ZNB kent een middenkader dat bestaat uit afdelinghoofden die werkzaam zijn binnen de clusters van het MCL en locatie- en centrummanagers van Noorderbreedte. Het middenkader van ZorgSaam bestaat uit rayonmanagers in de thuiszorg; diensthoofden en afdelingshoofden in het ziekenhuis; locatiemanagers en teamleiders in de ouderenzorg. Meavita Nederland heeft ten slotte het grootste middenkader bestaande uit divisiedirecteuren bij Meavita en regiodyrecteuren bij de overige drie werkmaatschappijen. Binnen die werkmaatschappijen zijn bij de intramurale zorg locatiemanagers en teamleiders/ afdelingshoofden aanwezig en bij de extramurale zorg regiomanagers en teamleiders.

De drie zorgconcerns maken in het middenkader allen gebruik van functioneel management, waarbij echter integrale verantwoordelijkheid bestaat. Binnen de drie zorgconcerns zijn managers namelijk verantwoordelijk voor een aan hen toegewezen zorgvorm, zoals thuiszorg, verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg of ziekenhuiszorg. De integrale verantwoordelijkheid van de managers krijgt vorm doordat zij verantwoordelijk zijn voor: primair zorgproces, financiën, personeel en faciliteiten. Een belangrijke taak hierbij is het stellen van kaders waarbinnen de daadwerkelijke zorg door professionals kan worden uitgevoerd. Echter hierbij moeten zij zich bewegen binnen de kaders die zijn gesteld door de strategische top. Het lid van de Raad van Bestuur van ZorgSaam geeft aan: “Wij stellen de kaders en bewaken de grenzen. Binnen de kaders is men integraal verantwoordelijk voor het totaal resultaat. Dat is echt een heel bewuste keuze”. Het directielid van Noorderbreedte stelt hierbij dat “managers integraal verantwoordelijk zijn voor het aansturen van een locatie, op het gebied van zorg, facilitair, maar ook budgettair”. Volgens het lid van de Raad van Bestuur van ZorgSaam bestaat ook verantwoordelijkheid voor personeel.

De keuze voor functioneel management, met integrale verantwoordelijkheden, binnen het middenkader heeft verschillende positieve effecten op zorginhoudelijke doelstellingen. Echter het blijkt een negatieve invloed te hebben op de totstandkoming van ketenzorg. Daarvoor blijkt integraal management een betere keuze te zijn.

#### *Voor- en nadelen van functioneel management met integrale verantwoordelijkheid*

Vanuit geanalyseerd materiaal wordt duidelijk dat integrale verantwoordelijkheid, die binnen functioneel management bestaat, er toe leidt dat makkelijker kan worden beslist inzake zorginhoudelijke doelstellingen binnen één zorgvorm. Volgens de strategisch adviseur van Meavita Nederland is het voordeel van integrale verantwoordelijkheid dat de beslissingslijnen eenvoudiger zijn, doordat iemand daadwerkelijk ja of nee kan zeggen tegen iets. Daarnaast is door functioneel management met integrale verantwoordelijkheid afstemming over de zorgverlening in één zorgvorm, zowel binnen als buiten het zorgconcern, beter en sneller te bereiken. De bij de zorgverlening betrokken professionals zijn allen aanwezig in die zorgvorm, waardoor het vinden van afstemming minder inspanning zal vergen. Het directielid Noorderbreedte geeft aan dat door integrale verantwoordelijkheid “minder afstemmingsproblemen bestaan in het primaire proces en dat men beter in kan spelen op de directe omgeving”. Een aanvulling hierop komt van de strategisch adviseur van Meavita Nederland. Hij vertelt dat managers verantwoordelijk zijn voor de zorginhoudelijke kwaliteit en dat zij hiertoe komen in samenspraak met de inhoudelijke deskundigen, de zorgverleners zelf. Dit alles moet echter wel gebeuren binnen de kaders die zijn gesteld door de Raad van Bestuur en/of directies, waardoor de handelingsvrijheid van het middenkader ietwat wordt beperkt. De strategisch adviseur van Meavita Nederland zegt hierover: “Het is eigenlijk nooit

zo, in geen enkele organisatie, dat iedereen met verantwoordelijkheden volkomen autonoom of zelfstandig is. Er is altijd een verbinding”.

Echter de voordelen van functioneel management met integrale verantwoordelijkheid dragen weinig bij aan de totstandkoming van ketenzorg, daar zij enkel betrekking hebben op één zorgvorm. Voor ketenzorg is afstemming tussen en besluitvorming over verschillende zorgvormen noodzakelijk, maar functioneel management biedt hiertoe niet de voorwaarden. Het directielid van Noorderbreedte vertelt ook dat het niet eenvoudig is om te sturen op de kaders van Noorderbreedte (o.a. ketenzorg), omdat alle locaties verschillend zijn en verschillend handelen.

#### *Een andere keuze voor het middenkader*

In het middenkader van een zorgconcern kan echter ook gebruik worden gemaakt van integraal management. Dit biedt wel voorwaarden voor de realisatie van ketenzorg. Bij integraal management hebben managers integrale verantwoordelijkheid voor meerdere zorgvormen. Hierdoor wordt onder andere afstemming tussen verschillende zorgvormen makkelijker bewerkstelligd en kan zorg op maat worden geleverd. Het diensthoofd van ZorgSaam geeft aan: “Integraal management waarborgt de samenhang tussen zorgvormen”. Het lid van de Raad van Bestuur van ZorgSaam zegt in dit kader dat je met integrale verantwoordelijkheid maatwerk kunt leveren.

Echter ook integraal management kent een nadeel. Er worden wel eens verkeerde beslissingen genomen, die soms ook betrekking hebben op zorginhoudelijke doelstellingen. Niet elke manager heeft namelijk voldoende kennis en kunde op alle gebieden waarvoor hij verantwoordelijk wordt gesteld. De strategisch adviseur van Meavita Nederland geeft aan: “Het grootste gevaar is eigenlijk dat degene die integraal verantwoordelijk is, ook denkt dat hij deskundig is. En dat is wel een valkuil van integraal management. Er worden soms beslissingen genomen die niet passen in het beleid van de organisatie. Maar het kan ook erger, dat het onwettige beslissingen zijn”.

#### *4.3.3 De technostructuur en de ondersteunende diensten*

Zoals in de paragrafen 2.5.3 en 2.5.5 is aangegeven staat voor de technostructuur en de ondersteunende diensten dezelfde structuurkeuze centraal, namelijk het wel of niet integreren van de verschillende functies binnen die onderdelen in centrale afdelingen. Hierbij gaat het om functionele integratie: integratie in ondersteunende processen. Deze processen zijn te vinden in zowel de technostructuur als in de ondersteunende diensten van een zorgconcern. De drie zorgconcerns zijn verschillend omgegaan met de keuze omtrent



	ZNB	ZorgSaam	Meavita Nederland
Centralisatie of decentralisatie van de staf	<p>Gedecentraliseerde staf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• centrale staf bestaande uit controllers op het gebied van financiën, sociale zaken en ICT</li> <li>• decentrale stafdiensten bestaande uit Personeel en Organisatie, Dienst Informatie en Administratie, Voorlichting en Communicatie, Planning en Control, het Stafbureau en het Expertisecentrum</li> </ul>	<p>Gecentraliseerde staf bestaande uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Economische Administratieve dienst</li> <li>• Dienst Informatieverwerking en Automatisering</li> <li>• Personeel en Managementondersteuning</li> </ul>	<p>Gedecentraliseerde staf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• concernstaf bestaande uit medewerkers op het gebied van control, HRM, marketing, PR, juridische zaken, innovatie en inkoop</li> <li>• decentrale stafdiensten met dezelfde aandachtsgebieden als de concernstaf</li> </ul>

**Tabel 8:** Structuren binnen de technostructuur

functioneel integreren in de ondersteuning, waardoor verschillende structuren zijn ontstaan voor de staf en de ondersteunende diensten. Ten eerste de structuren voor de technostructuur (zie tabel 8). Binnen ZorgSaam bestaat de technostructuur uit centraal georganiseerde stafdiensten, waardoor sprake is van functionele integratie. De diensten die onderdeel uitmaken van de centrale staf zijn de Economische Administratieve dienst, Dienst Informatieverwerking en Automatisering en Personeel en Managementondersteuning. De stafdiensten ondersteunen en adviseren andere onderdelen van het zorgconcern. ZNB en Meavita Nederland hebben allebei een technostructuur bestaande uit zowel een centrale staf als decentrale stafdiensten. Er is sprake van decentralisatie binnen de technostructuur, waardoor deze deels functioneel geïntegreerd is. De centrale staven van de twee zorgconcerns verschillen echter van elkaar. De 'concernstaf' van Meavita Nederland behelst meerdere aandachtsgebieden dan de centrale staf van ZNB. Bij Meavita Nederland bestaat de concernstaf uit medewerkers op het gebied van control, HRM, marketing, PR, juridische zaken en innovatie. Binnen ZNB bestaat de centrale staf uit controllers op het gebied van financiën, sociale zaken en ICT. De centrale staven van beide concerns bieden ondersteuning aan de Raad van Bestuur en stellen kaders op het gebied van verschillende beleidszaken. Ook de decentrale stafdiensten van de twee concerns zijn verschillend ingericht. Meavita Nederland kent binnen de werkmaatschappijen stafdiensten met dezelfde aandachtsgebieden als de concernstaf. Bij ZNB zijn er enkele decentrale diensten die werken voor zowel het MCL als Noorderbreedte, namelijk Personeel en Organisatie, Dienst Informatie en Administratie, en Voorlichting en Communicatie. Binnen Noorderbreedte zijn decentrale diensten Planning en Control, Personeel en Organisatie, het Stafbureau en het Expertisecentrum aanwezig. De decentrale stafdiensten van beide concerns bieden in het kader van hun eigen aandachtsgebied ondersteuning en advies aan medewerkers binnen de werkmaatschappijen of divisies.

	ZNB	ZorgSaam	Meavita Nederland
Centralisatie of decentralisatie van de ondersteunende diensten	Gecentraliseerde ondersteunende diensten, ondergebracht in één Facilitair Bedrijf	Gecentraliseerde ondersteunende diensten, ondergebracht in één Facilitaire Dienst	Voornamelijk gedecentraliseerde ondersteunende diensten, ondergebracht in een dienstcentrum per werkmaatschappij; de dienst inkoop is enkel centraal georganiseerd in de concernstaf

**Tabel 9:** Structuren binnen de ondersteunende diensten

Daarnaast de structuren voor de ondersteunende diensten (zie tabel 9). ZNB en ZorgSaam kennen beide gecentraliseerde ondersteunende diensten, waardoor sprake is van functionele integratie. Beide zorgconcerns hebben hun ondersteunende diensten ondergebracht in respectievelijk een Facilitair Bedrijf en een Facilitaire dienst. De centrale ondersteunende diensten werken voor het gehele zorgconcern en verlenen diensten buiten het kader van de zorgverlening door de uitvoerende kern. De dienstverlening bestaat uit technische -en hotelmatige diensten, zoals technisch onderhoud, tuinonderhoud, schoonmaak, restaurant en linnenkamer.

Meavita Nederland kent voornamelijk decentrale ondersteunende diensten, waardoor geen sprake is van functionele integratie. De ondersteunende diensten zijn ondergebracht binnen de vier werkmaatschappijen. “Bij Vitras kennen ze een ondersteunende dienst. Thuiszorg Groningen kent een aantal geografische gebieden, die in zich ook weer ondersteunende diensten hebben. Bij Meavita heeft men een dienstencentrum. Bij Sensire is er ook een dienstencentrum” (Financieel manager). Enkel de dienst inkoop is centraal georganiseerd, deze dienst maakt onderdeel uit van de concernstaf.

De structuurkeuze omtrent wel of niet functioneel integreren blijkt voor de technostructuur en de ondersteunende diensten veelal dezelfde voor- en nadelen te hebben. Uit een analyse van het materiaal blijkt dat financiële doelbereiking centraal staat bij het integreren van zowel de staf als de ondersteunende diensten in centrale diensten. Het bereiken van zorginhoudelijke doelen is hieraan ondergeschikt of geen punt van aandacht. Dit is ook het geval bij decentralisatie van de ondersteunende diensten. Hierbij blijken zorginhoudelijke doelen niet centraal te staan, ondanks het voordeel van decentralisatie voor die doelen. Enkel daar waar sprake is van zowel een centrale staf als decentrale stafdiensten blijken zorginhoudelijke doelstellingen een rol te spelen.

#### *De voor- en nadelen van centrale diensten*

De keuze voor functionele integratie binnen de staf en de ondersteunende diensten is voornamelijk ingegeven door kostenbesparing. Met centraal georganiseerde stafdiensten en ondersteunende diensten zijn schaalvoordelen te behalen. Het afdelingshoofd van

ZorgSaam geeft aan: "Wat betreft de stafdiensten, die zijn centraal georganiseerd. Dat was puur bedoeld om de schaalvoordelen te behalen. Niet meer en niet minder. We zitten dus centraal bij ZorgSaam en van daaruit proberen wij alles te regelen. Dat willen we op een eenduidige wijze voor elkaar zien te krijgen". Ook het tot stand brengen van een eenduidige en gecoördineerde manier van werken voor medewerkers speelt een rol in de keuze voor functionele integratie. Standaardisatie van werkzaamheden is ook noodzakelijk wanneer schaalvoordelen behaald willen worden. "Als je alles door iedereen op zijn manier laat doen, heb je niet de voordelen van schaalvoordelen" (Diensthoofd ZorgSaam). Tot slot is behoud van kennis en specialisatie onder medewerkers een reden om voor gecentraliseerde diensten te kiezen. Het stafdiensthoofd van ZorgSaam stelt dat "je met decentralisatie het risico loopt dat één of twee man hier werk doen, dat ze daar ook doen en daar ook. Ten tweede loop je het risico dat alle kennis en specialisatie die je hebt opgebouwd kwijt raakt".

Gecentraliseerde diensten kennen ook een nadeel. De (gepercipieerde) kwaliteit van de ondersteuning die de staf en de ondersteunende diensten leveren kan afnemen. De eenduidige manier van werken heeft tot gevolg dat niet altijd de ondersteuning kan worden geleverd die wordt gewenst door andere onderdelen in het zorgconcern. Hierdoor is het moeilijker om in te spelen op hun behoeftes en wensen. Het afdelingshoofd van ZorgSaam zegt hierover: "Leidinggevenden hebben toch hun eigen wensen en behoeftes en als je dat centraal wil regelen is dat toch best lastig. Je loopt er nu dus tegenaan dat de kwaliteit wel eens achteruit zou kunnen gaan". Dit bemoeilijkt ook de realisatie van ketenzorg en belevingsgerichte zorg, doordat de ondersteuning dus minder goed kan worden afgestemd op datgene wat nodig is voor de zorgverlening aan een patiënt. Het directielid van het MCL vertelt dat het nadeel van centrale afdelingen is dat men zich niet kan richten op de behoeftes van het individu, waardoor volgens hem de zorg minder efficiënt en effectief is.

#### *Het waarom van decentrale diensten*

Gedecentraliseerde stafdiensten en ondersteunende diensten dragen bij aan de realisatie van ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Door gebruik te maken van decentrale diensten kunnen ondersteuning en advies beter worden afgestemd op de wensen en behoeftes van managers en professionals inzake ketenzorg en belevingsgerichte zorg. De decentrale diensten bevinden zich namelijk dicht bij de werkvloer. Hierdoor bereiken vragen van managers en professionals over ketenzorg en belevingsgerichte zorg sneller de staf en de ondersteunende diensten. Ook kunnen diezelfde managers en professionals makkelijker gebruik maken van kennis die bij de ondersteuning aanwezig is over ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Door de nabijheid met de werkvloer worden de staf en de ondersteunende diensten op hun beurt in staat gesteld makkelijker en sneller in te spelen op de bestaande vragen. De staffunctionaris van Noorderbreedte geeft aan: "Iedere divisie heeft

gewoon een P&O afdeling nodig en een administratieve afdeling. Ze zijn gevormd naar aparte aandachtsgebieden voor de beide onderdelen, zodat ze beter kunnen inspelen op hun omgeving en daar aan behoeftes kunnen voldoen". Zij vertelt daarbij dat stafafdelingen vanuit hun expertise een bijdrage leveren aan de zorginhoudelijke doelbereiking. Met bovengenoemde voordelen verhogen decentrale stafdiensten en ondersteunende diensten ook de kwaliteit van hun dienstverlening. Volgens het directielid van het MCL worden de diensten door de nabijheid met de werkvloer "betrouwbaarder en zal de kwaliteit omhoog gaan".

Het decentraliseren van de staf en de ondersteunende diensten brengt ook nadelen met zich mee. Centrale staf- en ondersteunende diensten hebben soms verminderd zicht op de werkzaamheden die uitgevoerd worden door hun decentrale diensten, omdat zij zich lager in het zorgconcern bevinden. Hierdoor kunnen de centrale diensten daarover de grip verliezen. De strategisch adviseur van Meavita Nederland zegt hierover: "Door de concernstaf is er weer een gelaagdheid ontstaan bovenop de staffuncties in de werkmaatschappijen. Dan kan het zo gaan verwateren dat je er geen grip meer over hebt". Daarnaast bestaan verschillende nadelen die zich hoofdzakelijk voordoen bij de decentrale ondersteunende diensten. Hierbij gaat het om nadelen voor de werkzaamheden van die diensten zelf, zoals inefficiëntie, gebrek aan expertise, weinig inkoopmacht en meer kosten. Op basis daarvan geven zorgconcerns dan ook de voorkeur aan centrale ondersteunende diensten, waaruit blijkt dat zorginhoudelijke doelstellingen geen rol spelen in deze structuurkeuze. De respondenten binnen Meavita Nederland geven aan dat de wijze waarop de ondersteunende diensten nu gestructureerd zijn niet de beste is. De strategisch adviseur van Meavita Nederland geeft aan: "De dominantie ligt in het regionale, dat geeft efficiëntieverlies, gebrek aan expertise, gebrek aan inkoopmacht enzovoort. Allemaal dingen die je misloopt op deze manier". Een aanvulling hierop komt van het directielid van het MCL: "Decentralisatie is heel veel duurder en je hebt meer medewerkers nodig, daarom houden we het om redenen als effectiviteit en efficiëntie toch centraal".

#### *4.3.4 De uitvoerende kern*

In paragraaf 2.5.4 is beschreven dat bij de uitvoerende kern de keuze centraal staat omtrent structurering naar integrale eenheden, naar divisionele eenheden of naar een combinatie van zowel divisionele -en integrale eenheden. Voor alledrie de zorgconcerns geldt dat de uitvoerende kern is gestructureerd naar een combinatie van zowel divisionele -en integrale eenheden, waarin de daadwerkelijke zorgverlening door professionals tot stand komt. Echter de wijze waarop die eenheden zijn ingericht, verschilt per zorgconcern (zie tabel 10).

	ZNB	ZorgSaam	Meavita Nederland
Structurering naar integrale eenheden, divisionele eenheden of naar een combinatie van zowel divisionele -en integrale eenheden	Combinatie van eenheden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• divisionele eenheden bestaande uit cluster binnen het MCL</li> <li>• integrale eenheden bestaande uit locaties en centra binnen NB</li> </ul>	Combinatie van eenheden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• divisionele eenheden bestaande uit diensten binnen ZorgSaam Ziekenhuis</li> <li>• integrale eenheden bestaande uit rayons binnen ZorgSaam</li> </ul>	Combinatie van eenheden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• divisionele eenheden bestaande uit divisies binnen Meavita en enkele divisies binnen Sensire en Thuiszorg Groningen</li> <li>• integrale eenheden bestaande uit regio's binnen Sensire en Vitras</li> </ul>

**Tabel 10:** Structuren binnen de uitvoerende kern

De drie zorgconcerns kennen allen divisionele eenheden in de uitvoerende kern, welke gebaseerd zijn op specialismen en functie. Echter qua inrichting verschillen die eenheden van elkaar. Binnen de uitvoerende kern van zowel ZNB als ZorgSaam vormen de divisionele eenheden samen het ziekenhuisdeel. In het MCL wordt binnen clusters, gebaseerd op snijdende specialismen, interne specialismen, overige specialismen en het MFB, zorg verleend. In ZorgSaam Ziekenhuis vindt zorgverlening plaats binnen de diensten Transmurale zorg, Klinische zorg, Onderzoek & Behandeling en Poliklinische zorg. Bij Meavita Nederland zijn binnen drie werkmaatschappijen divisionele eenheden aanwezig, waarbinnen geen ziekenhuiszorg plaatsvindt maar voornamelijk thuiszorg en ouderenzorg. De uitvoerende kern van Meavita bestaat uit enkele divisionele eenheden. De zorgverlening vindt daar plaats binnen de divisies Thuiszorg, Woonzorg, Jeugdgezondheidszorg, Flexwerk, Voordeelplan, Winkels en Particuliere zorg. Ook binnen Sensire en Thuiszorg Groningen zijn divisionele eenheden aanwezig. De divisionele eenheden binnen Sensire bestaan uit Thuishulp Sensire en Yunio (kinder- en jeugdgezondheidszorg). De divisionele eenheden bij Thuiszorg Groningen bestaan uit jeugdgezondheidszorg en de verschillende regio's waarin thuiszorg wordt verleend.

De integrale eenheden in de drie zorgconcerns zijn gebaseerd op regio en doelgroep, waarbij echter verschil bestaat qua inrichting. Bij ZNB bestaan integrale eenheden binnen Noorderbreedte. De integrale eenheden zijn daar de locaties en centra waar verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg wordt verleend en waaruit ook de thuiszorg tot stand komt. Bij ZorgSaam worden de integrale eenheden gevormd door de rayons, waarin thuiszorg en ouderenzorg wordt verleend. De integrale eenheden binnen Meavita Nederland zijn te vinden in Sensire en Vitras. Daar worden in regio's verschillende zorgvormen aangeboden, zoals thuiszorg, verpleeghuiszorg en maatschappelijk werk.

Voor een meerderheid van de eenheden geldt dat de zorgverlening daarbinnen wordt gecoördineerd door zorgcoördinatoren of coördinerende wijkverpleegkundigen. Zij hebben de verantwoordelijkheid voor het primaire zorgproces en dus voor de totstandkoming van

ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Dit houdt in dat zij verantwoordelijk zijn voor kwalitatief goede zorg, die efficiënt en effectief wordt verleend door professionals gericht op de zorgvraag van de patiënt. “Zorgcoördinatoren sturen het primaire proces. Zij zijn over het algemeen managers die in staat zijn, en dat doen op het moment dat het nodig blijkt te zijn, om zelf in te grijpen of om te coachen of om te ondersteunen” (Directielid Noorderbreedte). Het stafdiensthoud van ZorgSaam geeft hierbij aan: “Zorgcoördinatoren hebben geen hele managementtaak, maar hebben zij vooral de taak rond het bed en de kwaliteit. Zij staan aan het bed en coördineren daar de zorg”. De keuze voor een combinatie van divisionele eenheden en integrale eenheden blijkt van invloed te zijn op zorginhoudelijke doelbereiking, doch spelen ook financiën een rol in die keuze.

#### *Combineren: een duidelijke keuze*

Uit een analyse van het materiaal blijkt dat de keuze voor een combinatie van divisionele -en integrale eenheden binnen de uitvoerende kern wordt ingegeven door verschillende redenen. Ten eerste leidt het tot voordelen voor de bereiking van ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Door die combinatie kunnen aansturing en ondersteuning namelijk beter worden afgestemd op de zorgverlening door professionals, welke zij in het kader van ketenzorg en belevingsgerichte zorg uitvoeren, in de verschillende eenheden. Dit is met name het geval bij zorgconcerns waarin zich ook een ziekenhuis bevindt. Daar wordt ziekenhuiszorg in divisionele eenheden verleend en ouderenzorg en thuiszorg in integrale eenheden. Deze eenheden betreffen zorgvormen die op heel veel punten verschillen, bijvoorbeeld op het gebied van zorgverlening, wensen en behoeften van belanghebbenden en ontwikkelingen in het veld. De combinatie van eenheden leidt er dan ook toe dat op die verschillen beter kan worden ingespeeld. Het directielid van Noorderbreedte geeft aan: “Ziekenhuiszorg en ouderenzorg/ thuiszorg zijn heel verschillend, qua aansturing, qua cultuur, qua historie”. Het lid van de Raad van Bestuur van ZorgSaam vertelt daarnaast dat “thuiszorg en ziekenhuis toch twee verschillende takken van sport zijn” en dat ze ook te maken hebben met heel andere ontwikkelingen. Volgens de staffunctionaris van Noorderbreedte is vanwege die verschillen een splitsing ontstaan tussen het ziekenhuis en de ouderenzorg/thuiszorg, waardoor beter kan worden ingespeeld op hun omgeving.

Daarnaast bestaat er door die combinatie van eenheden veel meer aandacht voor en gerichtheid op ketenzorg, vooral in de zorgconcerns die een ziekenhuis herbergen. Door het bestaande onderscheid in zorgvormen is ketenzorg binnen die zorgconcerns geen vanzelfsprekendheid. Om ketenzorg tot stand te brengen moeten de professionals binnen het ziekenhuis en de professionals in de ouderenzorg/thuiszorg weer intensief contact met elkaar zoeken, opdat afspraken worden gemaakt over de inhoud van die zorg en over de noodzakelijke afstemming tussen zorgvormen. Volgens het lid van de Raad van Bestuur van

ZNB is er door het onderscheid tussen MCL en Noorderbreedte een veel nadrukkelijker benadering als het over ketenzorg gaat. Daarbij stelt hij: “Tegelijkertijd zien we wel dat de lijntjes in het operationele proces weer aan elkaar vast worden geknoopt. Ik denk aan intensieve contacten tussen het ziekenhuis en NB als het gaat om de inhoud van zorg. De beste ketentrajecten lopen daar waar professionals goede contacten hebben”.

Tot slot speelt de financiering van zorg een rol in de keuze voor divisionele -en integrale eenheden. Deze combinatie leidt tot meer zekerheid voor het zorgconcern omtrent de financiering van zorgverlening, vooral in de zorgconcerns die een ziekenhuis herbergen. Door de splitsing van ziekenhuiszorg en ouderenzorg/thuiszorg bestaat duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor welke zorgvorm en op basis van welke wet(ten) de zorgverlening in die zorgvorm gefinancierd wordt. Het directielid van het MCL geeft aan dat de splitsing “te maken heeft met de manier waarop de zorg wordt gefinancierd. Is het een AWBZ-patiënt of een ziekenhuispatiënt? Wie is nu verantwoordelijk voor welk stukje zorg en waar is de grens tussen die twee mogelijkheden? Ik denk dat de financieringsstructuur in dit land er niet toe bijdraagt dat je tot een geïntegreerde aanpak van zorg komt”.

#### **4.4 Structuurveranderingen**

Structuren binnen ZNB, ZorgSaam en Meavita Nederland zullen in de toekomst gaan veranderen. Men blijkt terug te komen op keuzes die in het verleden zijn gemaakt door veranderende omstandigheden en door het besef dat met een andere structuur doelstellingen beter bereikt kunnen worden. Het lid van de Raad van Bestuur van ZorgSaam zegt hierover: “Een organisatie is dynamisch en niet statisch. Het is continu onderhevig aan verandering en daarbij dus ook de organisatiestructuren”. De divisiedirecteur van ZNB geeft aan dat “je na een aantal jaren tot de conclusie kan komen dat een bepaalde structuur wel leuk is, maar dat daarmee de doelen niet gehaald worden”. Tot slot geeft de strategisch adviseur van Meavita Nederland aan:

Er is geen ideale organisatiestructuur. Ik heb zowel met divisies als met regionale eenheden gewerkt en het werkt allebei. Hoezeer de ene de andere ook verwijt dat hij minder efficiënt is, dan zal de ander zeggen ik verkoop meer. Qua performance denk ik dat het eigenlijk niet uitmaakt. Waarom je kiest voor het één of het ander heeft te maken met de omstandigheden waarin je opereert. In de ene markt is het veel beter om in divisies georganiseerd te zijn en in de andere juist regionaal.

Door deze gewaarwordingen staan verschillende structuurveranderingen op stapel binnen de zorgconcerns, waarbij het bereiken van zowel zorginhoudelijke als financiële doelstellingen een rol blijken te spelen. Binnen ZNB bestaan voorstellen om de functionele structuur van het MCL te wijzigen. Men wil centra vormen rondom specialismen of patiëntencategorieën,

waarvoor de (poli)klinische behandeling, de dagzorg en de gedecentraliseerde onderzoek-behandelafdelingen samenkomen in één organisatorische eenheid. Hiermee wil het MCL de kwaliteit van zorg verder verbeteren. Daarnaast is Noorderbreedte bezig met een ingrijpende deconcentratie van zorg. De komende jaren zullen de verschillende locaties van Noorderbreedte toegroeien naar een servicenetwerk voor hoofdzakelijk zelfstandig wonende ouderen. Dit vindt zijn vertaling in het opzetten van multifunctionele centra en woonvormen in dorpen en wijken, in kleinschalige verpleeghuiszorg in bestaande zorgcentra en in het aanbieden van thuiszorg en service vanuit zorgcentra en steunpunten. Hiermee wil men toekomen aan de wens van ouderen om, ondanks een zorgvraag, zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen (Jaardocument 2006).

Bij ZorgSaam is de gehele organisatiestructuur onderwerp van een veranderingstraject om te komen tot een partieel regionaal geordende divisiestructuur. De bedoeling is dat de organisatie in 2009 wordt aangestuurd in twee divisies. Een divisie cure die bestaat uit drie meer zelfverantwoordelijke zorgsectoren (Roose 2007). In die divisie komt volgens het lid van de Raad van Bestuur het onderscheid tussen kliniek en polikliniek te vervallen en gaat het zich richten op zorgprocessen voor bepaalde doelgroepen. Daarnaast komt er een regionaal georganiseerde divisie care, waarin de thuiszorg en de ouderenzorg worden samengevoegd. Met deze structuurveranderingen wil men uiteindelijk komen tot een meer integrale aansturing van zorgvormen, waarmee wordt beoogd kwalitatief goede zorg op een effectieve en efficiënte wijze aan te bieden (Roose 2007).

Voor Meavita Nederland geldt dat nog wordt gezocht naar de gewenste organisatiestructuur. Dit zorgconcern bestaat pas sinds 1 januari 2007. Allereerst is een strategie ontwikkeld voor het gehele concern, waarna nu de bestaande structuren onder de loep worden genomen. Dit traject moet leiden tot een aanbeveling omtrent de gewenste organisatiestructuur voor Meavita Nederland in het kader van zowel zorginhoudelijke als financiële doelbereiking. De strategisch adviseur geeft aan:

Meavita Nederland bestaat pas sinds 1 januari 2007. Dus wat we eerst gedaan hebben is onze strategie op orde krijgen. Vanuit die strategie moet er gezocht worden naar een manier om de strategische doelen daadwerkelijk te bereiken. Daaruit komt de vraag naar voren hoe je dan je processen gaat inrichten en hoe je de structuur gaat inrichten. De strategie die het concern moet gaan volgen heeft men al wel voor ogen, echter men is nog volop bezig met het ontwikkelen van de gewenste organisatiestructuur. De ontwikkeling van gewenste organisatiestructuren wordt gebaseerd op 'best practice' onderzoek binnen de vier deelnemende organisaties. En de boodschap is straks 'de best practice is voor iedereen'.

Volgens hem komen vanuit de vernieuwde strategie veranderingen voort in de structuren van de werkmaatschappijen, gericht op het bereiken van de beste zorgverlening qua proces en inhoud. De inkoopmanager vertelt echter dat de best practice onderzoeken die nu



plaatsvinden te maken hebben met het zo efficiënt mogelijk inrichten van shared services op het gebied van inkoop, ICT, administratie en facilitaire dienstverlening. “Dus op welke manier kun je die ondersteunende processen gaan organiseren dat je daar synergievoordelen uithaalt” (Inkoopmanager).

#### **4.5 Concernvorming en de effecten op zorginhoudelijke doelstellingen**

De invloed die verschillende structuren binnen onderdelen van zorgconcerns hebben op zorginhoudelijke doelbereiking is nu aan bod geweest. Echter ook zijn door de respondenten uitspraken gedaan over de vorming van een zorgconcern op zich en de effecten daarvan op zorginhoudelijke doelstellingen.

Uit een analyse van het materiaal blijkt dat concernvorming samengaat met schaalvergroting. Dit leidt tot verschillende voordelen betreffende zorginhoudelijke doelstellingen, zowel indirect als direct. De inkoopmanager van Meavita Nederland geeft hierbij aan: “De meerwaarde zit bij ons natuurlijk in het feit dat we groter zijn”.

##### *De voordelen van schaalvergroting bij concerns*

Schaalvergroting leidt ten eerste tot een uitbreiding van zorgverlening en kennis daarover, doordat een verscheidenheid aan zorgvormen en -producten van verschillende organisaties samenkomen. “Waar het ook om gaat is dat je een enorme differentiatie aan dienstverlening in huis krijgt en daardoor ook heel veel kennis” (Inkoopmanager Meavita Nederland).

Ten tweede is door schaalvergroting meer geld beschikbaar in de zorgconcerns, wat meer mogelijkheden biedt om bepaalde investeringen te doen. De financieel manager van Meavita Nederland zegt hierover: “We hebben gewoon meer geld op de bank staan en wat je dan ook ziet is dat er geïnvesteerd wordt in bijvoorbeeld technologie”. Daarnaast biedt schaalvergroting betere mogelijkheden om je als zorgconcern bezig te houden met zorgspecialisatie en zorginnovatie, doordat dus meer geld en kennis aanwezig is. “Als je met veel bent, kun je makkelijker zeggen: ‘We gaan een stukje specialiseren of we gaan iets ontwikkelen’.” (Stafdiensthoofd ZorgSaam). De strategisch adviseur van Meavita Nederland vertelt in het kader hiervan dat het gewoon onbetaalbaar is om daarin actief te zijn, wanneer je niet genoeg schaal hebt.

Ten vierde biedt schaalvergroting managers en professionals de mogelijkheid meer tijd te besteden aan ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Door schaalvergroting is het efficiënt en effectief om administratieve werkzaamheden van managers en professionals over te laten nemen door een stafdienst van het zorgconcern. Hierdoor worden zij ontlast van een tijdrovende taak. De financieel manager van Meavita Nederland stelt: “Door vergroting kun je

heel veel van die administratieve ballast wegnemen bij verpleegkundigen. Daar kun je een aparte afdeling op inrichten en dan wordt dat administratieve proces een eigen proces. Door die administratieve belasting op een andere plek neer te leggen wordt het een stuk eenvoudiger om zelf meer uren aan je cliënt te besteden”.

Een grotere schaal biedt ten vijfde een betere mogelijkheid om ketenzorg te organiseren. De benodigde zorgvormen voor ketenzorg zijn al bij elkaar gebracht in de zorgconcerns, waardoor ketenzorg makkelijker te ondersteunen is. Het stafdiensthooft van ZorgSaam geeft aan: “Als concern kunnen we van begin tot eind alle zorg rond de patiënt verzorgen. Dus de diagnose, de behandeling en de nazorg. Maar ook de zorg wanneer iemand uit het ziekenhuis terechtkomt bij een verzorginghuis of de thuiszorg”.

Tot slot is het door schaalvergroting beter mogelijk de toegankelijkheid van zorg te waarborgen of zelfs te verbeteren, door die samenkomst van zorgvormen. De divisiedirecteur van Meavita Nederland stelt hierbij: “Als je het dan hebt over toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg en ook een over een breed productpakket. Ja, dat kun je makkelijker borgen op een grote schaal”.

#### *Een kanttekening bij concernvorming*

Concernvorming leidt niet automatisch tot een goede bereiking van ketenzorg, ondanks dat het de benodigde zorgvormen bij elkaar brengt. Het directielid van Noorderbreedte stelt: “Je kunt ook weer niet zeggen dat je ketenzorg per sé vanuit een organisatie moet organiseren. Dat is niet zo, maar het is voor ons wel een stuk gemakkelijker”. Onderhoud van relaties en communicatie blijken kritische succesfactoren voor de bereiking van ketenzorg. Het lid van de Raad van Bestuur van ZNB zegt hierover:

Tegelijkertijd moet je ook beseffen dat gemak ook een keerzijde heeft. Er worden relaties verondersteld die in de praktijk ook echt goed onderhouden moeten worden. Bij organisaties buiten ZNB krijgt dat onderhoud veel meer aandacht. Binnen de Zorggroep wordt er soms uitgegaan van een vanzelfsprekendheid dat dit allemaal gebeurt. Concernvorming brengt alles bij elkaar, maar dat is geen garantie dat ketenzorg goed intact blijft. We moeten heel alert zijn binnen de organisatie dat die ketenzorg een plaatsje krijgt. Er moet tijd voor worden uitgetrokken om die relaties goed te onderhouden.

Onderhoud van relaties en communicatie moeten bijdragen aan de totstandkoming van samenhang tussen de verschillende zorgvormen in de concerns die onderdeel uitmaken van ketenzorg. “In ketenzorg dient samenhang te zijn in de verschillende fasen van zorgverlening. Daarom halen wij interne schotten weg en leggen we goede verbindingen met verschillende takken van sport” (Lid Raad van Bestuur ZorgSaam).

## 5 Conclusie en discussie

In dit onderzoek is door middel van literatuurstudie, documentenanalyse en interviews antwoord gezocht op de volgende probleemstelling: Wat zijn voor zorgconcerns effectieve organisatiestructuren, in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen? In het kader van deze probleemstelling zijn verschillende conclusies te trekken, welke in paragraaf 5.1 worden behandeld. In paragraaf 5.2 wordt ten eerste een reflectie gegeven op de resultaten, waarbij één vraag centraal staat. Daarnaast wordt gereflecteerd op de gebruikte theorie en methodologie.

### 5.1 Conclusie

#### 5.1.1 Effecten van structuren op zorginhoudelijke doelstellingen

Uit dit onderzoek blijkt dat de verschillende structuren die aanwezig zijn binnen zorgconcerns effect hebben op de zorginhoudelijke doelstellingen van die concerns, te weten ketenzorg en belevingsgerichte zorg (zie tabel 11). Echter concrete relaties tussen structuren van zorgconcernonderdelen en zorginhoudelijke doelstellingen zijn soms moeilijk te ontleden. Hetgeen wel bekend is over die relaties heeft geleid tot de volgende conclusies.

Organisatieonderdeel van het zorgconcern	Ontwerpparameter	Betere voorwaarden voor
<b>Strategische top</b>	centralisatie	eenduidige en concernbrede zorginhoudelijke doelstellingen
	decentralisatie	monitoren van zorginhoudelijke doelbereiking en aansturing op zorginhoudelijke doelstellingen
	samenstelling: vertegenwoordigers van verschillende organisatieonderdelen	schikken naar concernbrede zorginhoudelijke doelstellingen; bereiking van ketenzorg
<b>Middenkader</b>	functioneel management met integrale verantwoordelijkheid	besluitvorming over zorginhoudelijke doelstellingen binnen één zorgvorm en afstemming over zorgverlening in die zorgvorm
	integraal management	bereiking van ketenzorg
<b>Technostructuur</b>	centralisatie	bereiking van andere doelstellingen dan de zorginhoudelijke
	decentralisatie	bereiking van ketenzorg en belevingsgerichte zorg
<b>Uitvoerende kern</b>	combinatie van divisionele –en integrale eenheden	bereiking van ketenzorg en belevingsgerichte zorg
<b>Ondersteunende diensten</b>	centralisatie	bereiking van andere doelstellingen dan de zorginhoudelijke
	decentralisatie	bereiking van ketenzorg en belevingsgerichte zorg

**Tabel 11:** Relatie tussen structuurkeuzes en zorginhoudelijke doelstellingen

Zorgconcerns die in de strategische top kiezen voor een gecentraliseerd bestuur komen makkelijker tot eenduidige, concernbrede zorginhoudelijke doelstellingen. Bij een gecentraliseerd bestuur is namelijk sprake van een eenduidige aansturing van het concern, die nodig is voor de totstandkoming van die eenduidige doelen. Echter wanneer zorgconcerns kiezen voor een gedecentraliseerd bestuur is het beter mogelijk de zorginhoudelijke doelen ketenzorg en belevingsgerichte zorg te monitoren en aan te sturen. Een decentraal bestuur zit dicht bij de werkvloer, waardoor het beter de aandacht kan richten op die doelen.

Wanneer in een gecentraliseerd -of gedecentraliseerd bestuur de verschillende belangen van onderdelen of zorgvormen binnen een zorgconcern worden vertegenwoordigd, wordt makkelijker bereikt dat zij zich schikken naar de zorginhoudelijke doelen van het concern. Daarnaast is in een decentraal bestuur de noodzakelijke afstemming voor ketenzorg makkelijker te bewerkstelligen, doordat daarin kennis aanwezig is vanuit verschillende onderdelen of zorgvormen van het zorgconcern.

Voor zorgconcerns die in het middenkader kiezen voor functioneel management met integrale verantwoordelijkheden is besluitvorming over zorginhoudelijke doelstellingen binnen één zorgvorm makkelijker te bereiken én is het makkelijker te komen tot afstemming over zorgverlening in die zorgvorm. Bij functioneel management zijn namelijk alle bij de zorgverlening betrokken professionals aanwezig in één zorgvorm en ook zijn beslissingslijnen eenvoudiger. Kiezen zorgconcerns echter voor integraal management dan kan ketenzorg beter worden bereikt. Met integraal management wordt afstemming tussen verschillende zorgvormen makkelijker bewerkstelligd en kan zorg op maat worden geleverd, wat voorwaarden zijn voor ketenzorg.

Zorgconcerns die in de technostructuur en in de ondersteunende diensten kiezen voor centraal georganiseerde stafdiensten en ondersteunende diensten kunnen hiermee andere doelstellingen dan de zorginhoudelijke beter bereiken. Wanneer zorgconcerns kiezen voor decentralisatie van stafdiensten en ondersteunende diensten biedt dit wel voorwaarden voor de bereiking van ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Door decentrale diensten kunnen ondersteuning en advies beter worden afgestemd op de wensen en behoeftes van managers en professionals inzake de zorginhoudelijke doelen.

Zorgconcerns die in de uitvoerende kern kiezen voor een combinatie van divisionele eenheden en integrale eenheden genieten voordelen omtrent de bereiking van ketenzorg en belevingsgerichte zorg. Verschillen tussen de twee soorten eenheden maken dat het door die combinatie beter mogelijk is aansturing en ondersteuning af te stemmen op de

zorgverlening door professionals, gericht op ketenzorg en belevingsgerichte zorg, in de verschillende eenheden. Daarnaast bestaat er door die combinatie van eenheden veel meer aandacht voor en gerichtheid op ketenzorg, omdat het in dit geval geen vanzelfsprekendheid is.

### *5.1.2 Stilstaan bij zorginhoudelijke doelstellingen*

Uit dit onderzoek komt tevens naar voren dat zorgconcerns niet altijd even goed stilstaan bij de effecten die structuren van zorgconcernonderdelen kunnen hebben op zorginhoudelijke doelstellingen. Zoals gesteld in paragraaf 5.1.1 zijn concrete relaties tussen structuren en zorginhoudelijke doelstellingen soms moeilijk te ontleden. Hierop is van invloed geweest dat de respondenten in dit onderzoek af en toe moeite hadden om concrete uitspraken te doen over de invloed van structuren op de bereiking van ketenzorg en/of belevingsgerichte zorg. Terwijl zij wel duidelijk de invloed konden aangeven van sommige structuren op financiële doelbereiking. Hierdoor lijkt het alsof binnen zorgconcerns soms minder goed wordt nagedacht over de invloed van een structuur op zorginhoudelijke doelbereiking.

### *5.1.3 Financiële doelstellingen versus zorginhoudelijke doelstellingen*

Uit dit onderzoek blijkt dat financiële doelstellingen regelmatig een centrale rol spelen in de wijze waarop bepaalde onderdelen in zorgconcerns worden gestructureerd. Dit is het geval bij de structurering van de technostructuur en de ondersteunende diensten. Zorgconcerns kiezen er veelal voor om die onderdelen centraal te organiseren, zodat kostenbesparing bereikt kan worden door de ontstane schaalvoordelen.

In een zorgconcern bestaan zorginhoudelijke -en financiële doelstellingen dus naast elkaar, doch wel hebben zij een wisselwerking op elkaar. Het nastreven van financiële doelstellingen is daarom van invloed op de bemoelijkte ontleding van relaties tussen structuren en zorginhoudelijke doelbereiking. Wanneer financiële doelstellingen op de voorgrond staan bij de structurering van een onderdeel in het zorgconcern, verdwijnen zorginhoudelijke doelstellingen naar de achtergrond. Hierdoor spelen ze slechts een ondergeschikte rol of zijn ze zelfs geen punt van aandacht, wat een wissel trekt op de zorginhoudelijke doelbereiking.

## 5.2 Discussie

### 5.2.1 Reflectie op de resultaten

De resultaten van dit onderzoek vormen aanleiding voor de vraag naar welke plaats de klantvraag inneemt binnen zorgconcerns. Wanneer men de zorginhoudelijke doelstellingen van de drie zorgconcerns nagaat en wat daarover is gezegd door de respondenten, komt daaruit naar voren dat de zorgconcerns veel waarde hechten aan de vraag van hun klanten. De onderzochte concerns stellen alledrie de zorgvraag van de patiënt of cliënt centraal in de zorginhoudelijke doelstellingen die zij nastreven, dus zowel binnen de belevingsgerichte zorg van Meavita Nederland als binnen de ketenzorg van ZNB en ZorgSaam. De respondenten in dit onderzoek beamen dit, doordat zij ook aangeven dat de zorgvraag van een patiënt of cliënt centraal staat. Echter haaks op het belang van de patiënt of cliënt dat men in zorgconcerns wil borgen staat het financiële belang van de zorgconcerns zelf. Waar mogelijk proberen zorgconcerns ook kostenbesparingen te realiseren. Dit gebeurt voornamelijk door ondersteunende -en stafdiensten te centraliseren met het oog op te behalen schaalvoordelen.

Verskillende ontwikkelingen in de gezondheidszorg maken dat het logisch is dat zorgconcerns zich steeds meer richten op de financiën. Door de marktwerking in de zorg ontstaat steeds meer concurrentie, waarop zorginstellingen dienen in te spelen door zich te onderscheiden van andere zorgorganisaties. Dit is mogelijk door te investeren in nieuwe, onderscheidende zorgproducten of -diensten, waarvoor echter wel geld nodig is (Van der Lugt 2005). Concurrentie leidt daarentegen ook tot meer onzekerheid omtrent zorgfinanciering, waardoor zowel de overheid als banken een steeds groter eigen vermogen verwachten van zorginstellingen (Lapré & Van Montfort 2001; Van der Lugt 2005). Het nastreven van financiële doelstellingen kent echter nadelen voor de ondersteuning door de ondersteunende -en stafdiensten in het kader van zorginhoudelijke doelstellingen. Deze ondersteuning is namelijk beter te bewerkstelligen wanneer die diensten decentraal zijn georganiseerd. De vraag rijst dan ook of de klantvraag daadwerkelijk centraal staat binnen zorgconcerns, zoals gesteld door zowel de theorie als de zorgconcerns zelf.

Zoals gesteld in paragraaf 5.1.3 bestaan in een zorgconcern zorginhoudelijke -en financiële doelstellingen naast elkaar, echter zij hebben wel een wisselwerking op elkaar. Het diensthoofd van ZorgSaam geeft dit treffend weer: "Doelstellingen zijn altijd gericht op productie, geld en kwaliteit. Alles wat we doen zijn kosten, dus de productie moet zo efficiënt mogelijk zijn. Aan de andere kant wil de patiënt tegenwoordig het beste. Daar is een continu spanningsveld". Kan door deze constatering gesteld worden dat de klantvraag geen centrale plaats meer inneemt

binnen zorgconcerns wanneer ook financiële doelstellingen worden nagestreefd? Het antwoord daarop is nee. Uit de resultaten blijkt dat, ondanks het nastreven van financiële doelstellingen en verschillende structuren die daarop gebaseerd zijn, binnen de concerns continu wordt gewerkt aan vraaggerichte zorg.

Door verschillende ontwikkelingen binnen de zorgconcerns wordt duidelijk dat het zo goed mogelijk beantwoorden van de zorgvraag van een patiënt of cliënt steeds een punt van aandacht is én blijft. Voorbeelden hiervan zijn voor ZorgSaam: de toegang tot verschillende zorgvormen voor Zeeuws-Vlaamse inwoners waarborgen door bijvoorbeeld te fuseren met een minder rendabel wooncentrum; de komende structuurveranderingen gericht op een meer integrale aansturing van zorgvormen, waarmee wordt beoogd kwalitatief goede zorg op een effectieve en efficiënte wijze aan te bieden.

Dergelijke ontwikkelingen zijn ook voor ZNB aan te geven. Ten eerste wil men de structuur van het MCL wijzigen. Het is de bedoeling centra te vormen rondom specialismen of patiëntencategorieën, waarvoor de (poli)klinische behandeling, de dagzorg en de gedecentraliseerde onderzoek- behandelafdelingen samenkomen in één organisatorische eenheid. Hiermee wil het MCL de kwaliteit van zorg verder verbeteren. Daarnaast is Noorderbreedte bezig met een ingrijpende deconcentratie van zorg. De komende jaren zullen de verschillende locaties van Noorderbreedte toegroeien naar een servicenetwerk voor hoofdzakelijk zelfstandig wonende ouderen. Hierdoor kunnen zij zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Tot slot zijn voor Meavita Nederland twee voorbeelden te noemen waaruit blijkt dat ook dit concern zich blijft richten op de zorgvraag van zijn cliënten. Hierbij wordt bedoeld op: de zoektocht naar een gewenste organisatiestructuur die onder andere de beste zorgverlening qua proces en inhoud tot stand moet brengen; de oprichting van een serviceorganisatie die andere dingen doet dan zorg en gericht is op bevordering van de algehele gezondheid.

### *5.2.2 Reflectie op de theorie*

De resultaten van dit onderzoek bevestigen de theorie in het feit dat structuurkeuzes binnen een zorgconcern invloed hebben op de realisatie van zorginhoudelijke doelstellingen. Verschillende structuurkeuzes binnen de onderdelen van een zorgconcern leiden tot betere voorwaarden voor de bereiking van ketenzorg en belevingsgerichte zorg (zie tabel 11). Hierbij gaat het met name om de keuzes voor decentralisatie in de technostructuur en ondersteunende diensten en voor integraal management in het middenkader. In de theorie wordt over deze keuzes gesteld dat ze leiden tot betere voorwaarden voor de bereiking van integrale zorg en effectieve zorg, waartoe ketenzorg en belevingsgerichte zorg behoren.

Daarnaast bevestigen de resultaten de theorie omtrent de voordelen van zorgconcerns, die zijn ontstaan door concernvorming, ten opzichte van kleinere, alleenstaande zorginstellingen. Tot slot benadrukt dit onderzoek nog eens extra dat zorginhoudelijke doelstellingen niet altijd centraal staan in de structurering van zorgconcernonderdelen, maar dat financiële doelstellingen daarin ook regelmatig een grote rol spelen. Deze twee soorten strategische doelstellingen zijn in een zorgconcern niet los van elkaar te zien.

### 5.2.3 *Reflectie op de methodologie*

De vraag naar effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns in relatie tot hun zorginhoudelijke doelstellingen is onderzocht middels een kwalitatief onderzoek bij drie zorgconcerns, te weten twee ketenconcerns en één landelijk concern. Het onderzoek heeft vanuit de respondenten en vanuit enkele documenten kwalitatieve gegevens opgeleverd, die geanalyseerd en geordend zijn. De betrouwbaarheid van de respondentgegevens is geborgd doordat gebruik is gemaakt van dataregistratie door een cassetterecorder en de opnames daarop zijn uitgetypt. Dit heeft geleid tot een databestand dat direct beschikbaar is voor analyse en aanvullend onderzoek.

Omtrent de interne -en externe validiteit van het onderzoek zijn enkele kritische noten te stellen. Om binnen het onderzoek interne validiteit te bewerkstelligen, is gebruik gemaakt van triangulatie van verschillende gegevensbronnen. Echter in de drie concerns waren documenten betreffende de probleemstelling maar beperkt aanwezig en bruikbaar. In een enkel geval werden die documenten ook niet beschikbaar gesteld. Daarnaast zijn per concern slechts vier of vijf personen geïnterviewd. Het tijdsbestek waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden liet echter niet meer interviews toe.

Het aantal respondenten blijkt achteraf gezien te weinig om concrete relaties weer te kunnen geven tussen structuren van een zorgconcern en de zorginhoudelijke doelbereiking. Dit wordt versterkt door de eenzijdigheid binnen het totaal van respondenten qua organisatieonderdelen waartoe zij behoren. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat de uitvoerende kern en de ondersteunende diensten onderbelicht zijn in dit onderzoek. Vanuit het totaal van dertien interviews werden de relaties tussen structuren en zorginhoudelijke doelbereiking dus niet altijd goed zichtbaar. Respondenten hadden soms ook moeite daarover uitspraken te doen. Daarnaast is de probleemstelling van dit onderzoek onderschat. De relatie tussen structuren en zorginhoudelijke doelstellingen blijkt ingewikkelder dan vooraf gedacht, wat tijdens de resultatenanalyse tot uiting is gekomen. Een laatste kritische noot omtrent de interne validiteit betreft dat de respondenten niet at random zijn gekozen, maar voorgedragen zijn door de concerns zelf. Hierdoor is niet met



zekerheid te zeggen of de gegevens vanuit de respondenten representatief zijn voor de drie cases in dit onderzoek. Om de interne validiteit te verhogen zouden meer interviews moeten plaatsvinden met directeuren, managers, functionarissen in de staf en de ondersteunende diensten en ook met professionals, die daarbij at random gekozen moeten zijn.

De externe validiteit van het onderzoek vormt een probleem, doordat maar drie zorgconcerns zijn onderzocht. Het is moeilijk te bepalen in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar andere cases. Wel is uit de resultaten duidelijk geworden dat zowel tussen de cases onderling als tussen praktijk en theorie overeenkomsten bestaan. Deze overeenkomsten doen zich voor in de structuren van zorgconcernonderdelen en de effecten daarvan op zorginhoudelijke doelstellingen. Dit komt de externe validiteit ten goede.

## 6 Aanbevelingen

Met dit onderzoek is beoogd bestuurders en/of managers van (te ontwikkelen) zorgconcerns een handvat te bieden bij de keuze van een organisatiestructuur die past bij de zorginhoudelijke doelstellingen van het concern. In het kader van deze doelstelling worden in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan voor zowel de praktijk als voor aanvullend onderzoek.

### 6.1 Aanbevelingen voor aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek is van belang om het theoretisch kader te versterken en uit te bouwen. Ten eerste is het aan te bevelen om het gebruikte theoretisch conceptueel model in meer zorgconcerns en onder meer respondenten te toetsen. Hierbij is het ook van belang basisconcerns en regionale concerns als onderzoekseenheden te gebruiken. Hierdoor worden resultaten mogelijk concreter en de interne -en externe validiteit van die resultaten versterkt, waarmee tot een generaliseerbare theorie kan worden gekomen.

Daarnaast is aan te bevelen onderzoek te doen naar effectieve organisatiestructuren voor zorgconcerns in relatie tot hun *strategische doelstellingen*. Deze constatering komt voort uit de conclusie dat zorginhoudelijke doelstellingen en financiële doelstellingen niet los van elkaar zijn te zien bij de structurering van zorgconcerns. Wanneer hiertoe diepgaander onderzoek wordt gedaan, worden de relaties tussen structuren en doelstellingen van zorgconcerns wellicht duidelijker en vollediger dan nu het geval is.

Een laatste aanbeveling betreft de ontwikkeling van een meetinstrument. Een meetinstrument kan bij de aanbevolen onderzoeken een hulpmiddel zijn om de effecten van structuren op zowel zorginhoudelijke als financiële doelbereiking beter zichtbaar te laten worden. Het ontwikkelen van een dergelijk instrument hoeft geen ingewikkelde exercitie te zijn, aangezien zorgconcerns al vele prestatie-indicatoren tot hun beschikking hebben waarmee zij doelbereiking kunnen monitoren. Zorgconcerns werken in het kader van hun beleidscycli sowieso met prestatie-indicatoren op het gebied van financiële doelstellingen. Echter de kans is groot dat verschillende prestatie-indicatoren op het gebied van zorginhoudelijke doelstellingen nog geformuleerd dienen te worden, omdat deze nog niet sterk verankerd zijn in beleidscycli. Wanneer ook die prestatie-indicatoren geformuleerd zijn, dienen alle prestatie-indicatoren in samenhang te worden gebracht met bestaande theorieën omtrent structuren van zorgconcerns en hun relatie met doelstellingen. Hiermee is het meetinstrument een feit.

## 6.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van dit onderzoek is het vanwege de gestelde kritische noten in paragraaf 5.2.3 moeilijk een aanbeveling te doen over een effectieve organisatiestructuur voor een zorgconcern in relatie tot zijn zorginhoudelijke doelstellingen.

De eerste aanbeveling voor de praktijk ligt op het gebied van strategievorming binnen zorgconcerns. Wat staan bestuurders en/of managers van een (te ontwikkelen) zorgconcern het meest voor: een strategie in het teken van zorginhoudelijke doelstellingen of een strategie waarin ook financiële doelstellingen een belangrijke rol spelen? En wat zijn de consequenties hiervan voor de organisatiestructuur? Door uitvoeriger bij deze vraagstukken stil te staan zijn structuren beter vorm te geven naar hetgeen men wil bereiken met concernvorming. Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat structuren onderhevig zijn aan verandering doordat men regelmatig tot de conclusie komt dat met bepaalde structuren doelen niet worden bereikt. Ook hierbij kan het voorgestelde meetinstrument (zie paragraaf 6.2) een hulpmiddel zijn. Door als bestuurders en managers gebruik te maken van een dergelijk meetinstrument kan men continu monitoren in hoeverre de structuren binnen het zorgconcern nog bijdragen aan doelbereiking. Blijkt het nodig te zijn structuren aan te passen, dan kan dit door de continue monitoring tijdig en mogelijk met minder consequenties voor medewerkers in het concern.

Daarnaast is het van belang dat bestuurders en managers beseffen dat structuren binnen zorgconcerns slechts een hulpmiddel zijn om te komen tot de gewenste strategie, zij zijn geen garantie voor succes. Structuren binnen zorgconcerns zijn omvangrijk qua zorgvormen, stafdiensten en dergelijke. Juist vanwege die grote omvang van zorgconcerns zijn relatiebeheer en communicatie kritische succesfactoren. Alleen daardoor kan afstemming en samenhang ontstaan gericht op de vastgestelde strategie en bijbehorende doelen. Het is aan te bevelen om als bestuurders en managers erop toe te zien dat aanwezige overlegstructuren en communicatie- en informatiesystemen goed benut worden om tot afstemming en samenhang te komen in een zorgconcern.

## Geraadpleegde literatuur

- Alexander, J.A., Zuckerman, H.S. & D.D. Pointer. 1995. 'The challenges of governing integrated health care systems.' *Health Care Management Review* 20 (4): 69-81.
- Andriessen, J. 2006. *Grootschalig organiseren voor kleinschalige zorg*. Bilthoven: Zorg Consult Nederland.
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & J. Teunissen. 2001. *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Bartman, S.M. & A.F.M. Dorresteyn. 2000. *Van het concern*. Vierde druk. Deventer: Gouda Quint.
- Bazzoli, G.J. e.a. 1999. 'A taxonomy of health networks and systems: Bringing order out of chaos.' *Health Service Research* 33 (6):1683-1717.
- Vries, B. de. 2000. 'Structuur zorgconcerns moet zorgvernieuwing ondersteunen.' *Zorgvisie* (30).
- Charns, M.P. 1997. 'Organization design of integrated delivery systems.' *Hospital & Health Services Administration* 42 (3):411-432.
- Conrad, D.A. 1993. 'Coordinating patient care services in regional health systems: The challenge of clinical integration.' *Hospital & Health Services Administration* 38 (4):491-508.
- Conrad, D.A. & S.M. Shortell. 1996. 'Integrated health systems: Promise and performance.' *Frontiers of Health Services Management* 13 (1):3-40.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.
- Daft, R.L. 1986. *Organization Theory and Design*. New York: West Publishing

Devers, K.J., e.a. 1994. 'Implementing organized delivery systems: An integration scorecard.' *Health Care Management Review* 19 (3):7-20.

Fabbricotti, I. 2006. *Zorgen voor zorgketens: Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.

Gillies, R.R. e.a. 1993. 'Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study.' *Hospital & Health Services Administration* 38 (4):467-489.

Gillies, R.R., Shortell, S.M. & G.J. Young. 1997. 'Best practices in managing organized delivery systems.' *Hospital & Health Services Administration* 42 (3):299-321.

Hitchner, C.H. e.a. 1994. 'Integrated delivery systems: A survey of organizational models.' *Wake Forest Law Review* 29 (1):273-304.

Hoek, H. 1996. 'Concerns in de gezondheidszorg.' *ZM magazine* (1): 12-18.

Koolen, R. 2003. 'Fusiegolf is niet te stoppen.' *Zorgvisie* 33 (10).

Lapré, R. & G. van Montfort. 2001. *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Londen, H. van. 1998. *De waarde en waarden van concerns*. Assen: Van Gorcum.

Lugt, P. van der. 2005. 'Top-100: Het is gewoon onzekerheid.' *Zorgvisie* 35 (10):25-27.

Luke, R.D. 1992. 'Local Hospital Systems: Forerunners of regional systems?' *Frontiers of Health Services Management* 9 (2):3-47.

Mintzberg, H. 2004. *Organisatiestructuren*. Zeventiende druk. Den Haag: Academic Service. [1992]

Morlock, L. & J. Alexander. 1986. 'Models of governance in multihospital systems: Implications for hospitals and system level decisionmaking.' *Medical Care* 24 (12):1118-1135.

- Peters, G.R. 1994. 'Organizational and business issues affecting integrated delivery systems.' *Topics in Health Care Financing* 20 (3):1-12.
- Pointer, D.D., Alexander, J.A. & H.S. Zuckerman. 1995. 'Loosening the Gordian knot of governance in integrated health care delivery systems.' *Frontiers of Health Services Management* 11 (3):3-37.
- Rippen, C. & M.G. Huiskamp. 2002. *Over leven van concerns*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- RVZ. 1998. *Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief*. Zoetermeer: RVZ.
- Savage, G.T. e.a. 1997. 'Governance of integrated delivery systems/networks: A stakeholder approach.' *Health Care Management Review* 22 (1):7-20.
- Shortell, S.M. e.a. 1993. 'Creating organized delivery systems: The barriers and facilitators.' *Hospital & Health Services Administration* 38 (4):447-466.
- Shortell, S.M., R.R. Gillies & D.A. Anderson. 1994. 'The new world of managed care: Creating organized delivery systems.' *Health Affairs* 13 (5):46-65.
- Swanborn, P.G. 1996. *Case-study's: Wat, wanneer en hoe?* Amsterdam/Meppel: Boom.
- Vange, P.J. van der, P.B. Pluyter & J.T.A. Bos. 1996. *Stappen in samenwerking: Handleiding voor samenwerking en fusie*. Tweede druk. Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink.
- Yin, R.K. 1984. *Case study research: Design and methods*. Beverly Hills: Sage publications.

## Geraadpleegde literatuur documentenanalyses

### *Zorggroep Noorderbreedte*

- Ossevorth, Y.A. 2004. De menselijke maat: Beleidsplan Divisie Ouderenzorg 2003-2007 (actualisatie planperiode 2005-2007).
- Zorggroep Noorderbreedte. 2007. Jaardocument 2006.
- [www.zorggroepnoorderbreedte.nl](http://www.zorggroepnoorderbreedte.nl)

### *ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen*

- Roose, M. 2007. Eindrapport werkgroep directoraten.
- ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen. 2007. Jaardocument 2006.
- [www.zorgsaam.org](http://www.zorgsaam.org)

### *Meavita Nederland*

- [www.meavitanederland.nl](http://www.meavitanederland.nl)
- [www.meavita.nl](http://www.meavita.nl)
- [www.sensire.nl](http://www.sensire.nl)
- [www.thuiszorg-groningen.nl](http://www.thuiszorg-groningen.nl)
- [www.vitras.nl](http://www.vitras.nl)

## Bijlage 1

### Interviewvragen op concerniveau en op het niveau van organisatieonderdelen

#### *Algemeen*

Welke zorginhoudelijke doelstellingen liggen ten grondslag aan de vorming van het concern?

Welke organisatiestructuren worden binnen het zorgconcern gehanteerd en met welke intentie(s)?

Hebben zich veranderingen voorgedaan in organisatiestructuren sinds de vorming van het zorgconcern? En zo ja, waarom?

Wat is de ervaring omtrent de huidige zorginhoudelijke doelbereiking van het zorgconcern en de rol hierin van organisatiestructuren?

Welke verwachtingen bestaan over de zorginhoudelijke doelbereiking in de toekomst?

#### *De strategische top*

Hoe is de Raad van Bestuur samengesteld en waarom is voor die samenstelling gekozen?

Welke taken en verantwoordelijkheden heeft de Raad van Bestuur?

Hoe vindt beleid- en besluitvorming plaats en waarom is daar voor gekozen?

Hoe vindt afstemming plaats tussen de Raad van Bestuur en de andere organisatieonderdelen en waarom is daar voor gekozen?

Op welke wijze wordt inzicht verkregen in het bereiken van zorginhoudelijke doelstellingen?

Hoe vindt aansturing op zorginhoudelijke doelstellingen plaats?

Welke bijdrage levert de Raad van Bestuur aan de zorginhoudelijke doelstellingen?

Welk effect heeft de organisatiestructuur van de Raad van Bestuur op de zorginhoudelijke doelbereiking en waarom?

#### *Het middenkader*

Welke managementlagen bestaan tussen de strategische top en de uitvoerende kern?

Op welke wijze is het middenkadermanagement gestructureerd en waarom is daar voor gekozen?

Welke taken en verantwoordelijkheden hebben managers van het middenkader?

Hoe vindt beleid- en besluitvorming plaats en waarom is daar voor gekozen?

Hoe vindt afstemming plaats tussen de managers van het middenkader onderling en met de andere organisatieonderdelen en waarom is daar voor gekozen?

Op welke wijze wordt inzicht verkregen in het bereiken van zorginhoudelijke doelstellingen?

Hoe vindt aansturing op zorginhoudelijke doelstellingen plaats?



Welke bijdrage levert het middenkadermanagement aan de zorginhoudelijke doelstellingen?  
Welk effect heeft de organisatiestructuur van het middenkadermanagement op de zorginhoudelijke doelbereiking en waarom?

#### *De technostructuur*

Welke stafafdelingen bestaan in het zorgconcern?  
Op welke wijze zijn deze afdelingen gestructureerd en waarom?  
Welke taken en verantwoordelijkheden hebben de stafafdelingen (in het algemeen)?  
Hoe vindt afstemming plaats tussen de stafafdelingen onderling en met de andere organisatieonderdelen en waarom is daar voor gekozen?  
Op welke wijze wordt inzicht verkregen in het bereiken van zorginhoudelijke doelstellingen?  
Welke bijdrage leveren de stafafdelingen aan de zorginhoudelijke doelstellingen?  
Welk effect heeft de organisatiestructuur van de stafafdelingen op de zorginhoudelijke doelbereiking en waarom?

#### *De uitvoerende kern*

Welke zorgverlenende afdelingen zijn aanwezig in het zorgconcern?  
Hoe zijn deze afdelingen gestructureerd en waarom?  
Welke professionals bevinden zich in die uitvoerende kern?  
Wat zijn hun taken en verantwoordelijkheden?  
Hoe vindt afstemming plaats tussen de professionals onderling en met de andere organisatieonderdelen en waarom is daar voor gekozen?  
Hoe worden professionals aangestuurd op het bereiken van zorginhoudelijke doelstellingen?  
Op welke wijze wordt inzicht verkregen in de zorginhoudelijke doelbereiking?  
Welke bijdrage leveren de professionals aan de zorginhoudelijke doelstellingen?  
Welk effect heeft de organisatiestructuur van de uitvoerende kern op het bereiken van de zorginhoudelijke doelstellingen en waarom?

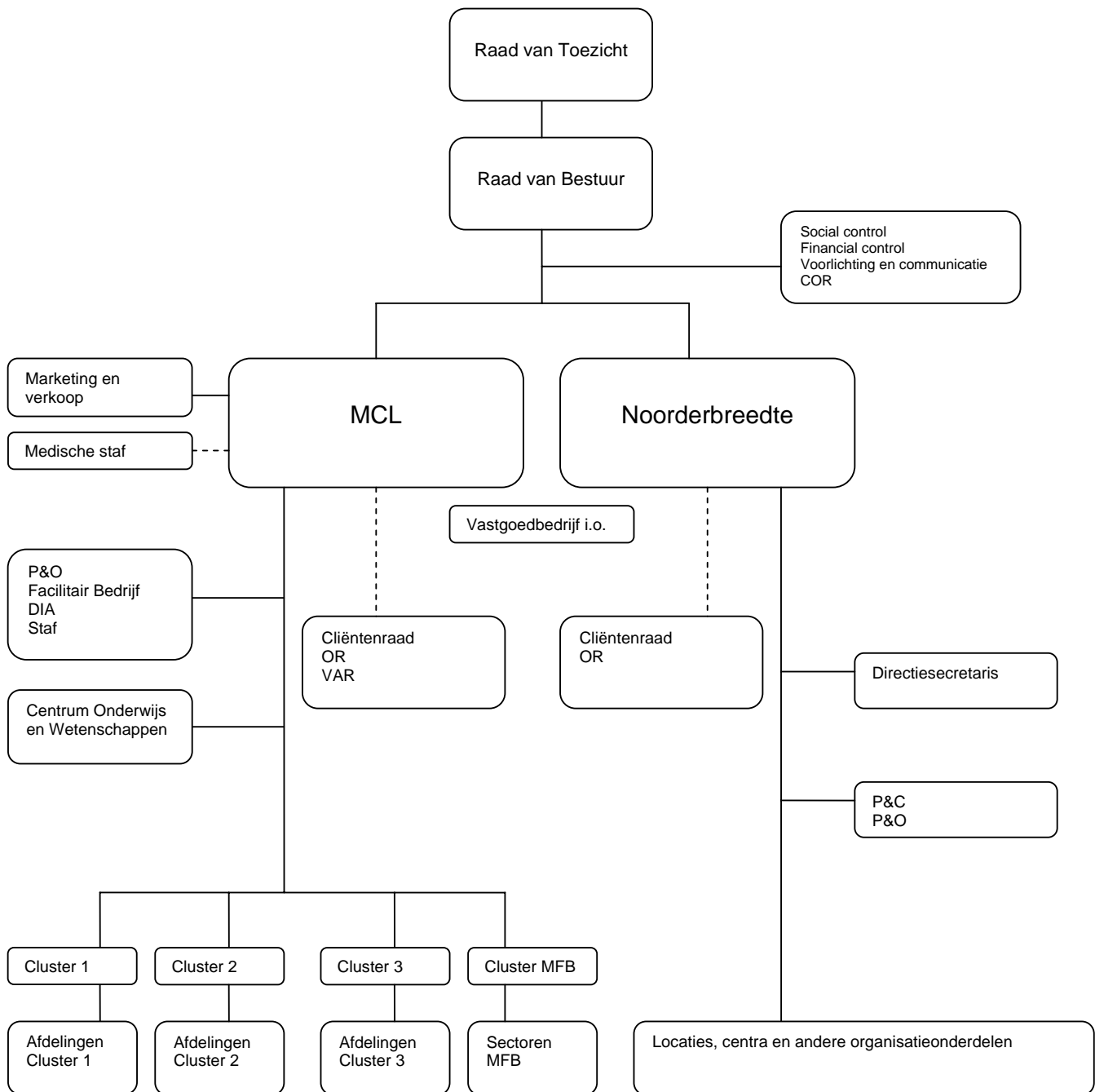
#### *De ondersteunende diensten*

Waaruit bestaan de ondersteunende diensten binnen het zorgconcern?  
Op welke wijze zijn deze diensten gestructureerd en waarom?  
Welke taken en verantwoordelijkheden hebben deze diensten?  
Hoe vindt afstemming plaats tussen de ondersteunende diensten onderling en met de andere organisatieonderdelen en waarom is daar voor gekozen?  
Welke bijdrage leveren de ondersteunende diensten aan de zorginhoudelijke doelstellingen?  
Welk effect heeft de organisatiestructuur van de ondersteunende diensten op de zorginhoudelijke doelbereiking en waarom?

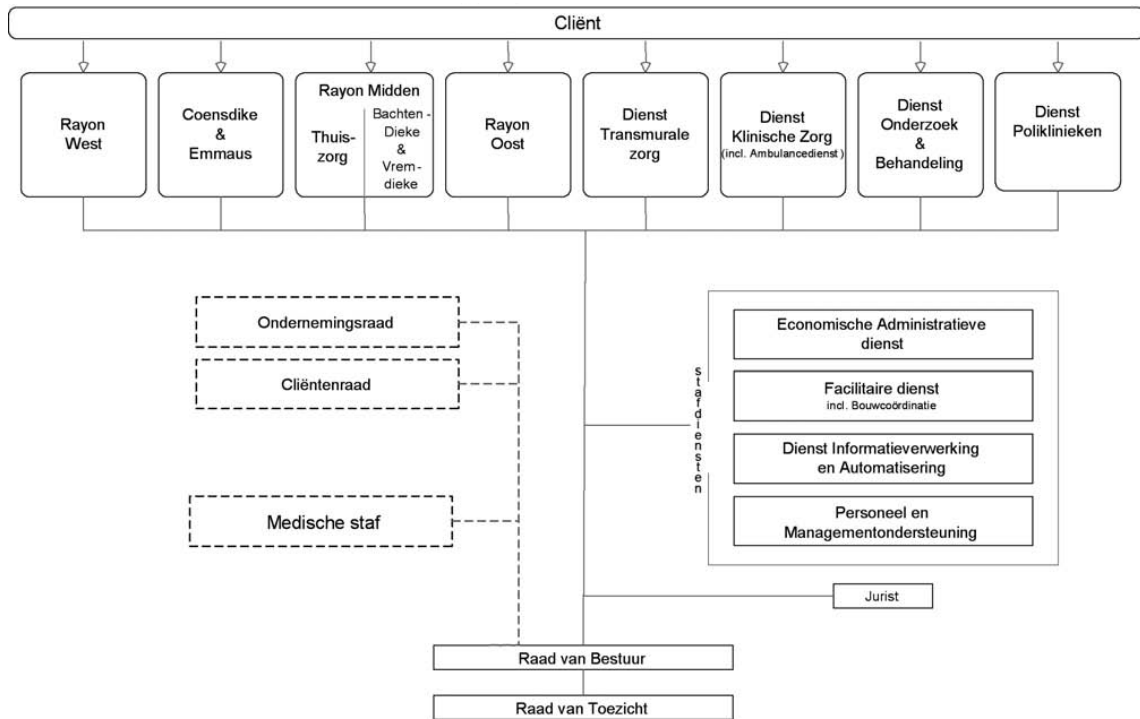
## Bijlage 2

### Organigrammen van de onderzochte zorgconcerns

#### Zorggroep Noorderbreedte



## ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen



## Meavita Nederland

