



HET FACILITAIR BEDRIJF IN DE KANTELENDE ZIEKENHUISORGANISATIE

Een onderzoek naar de strategische keuzen en de positionering van de
facilitaire organisatie bij kanteling van de ziekenhuisorganisatie

Scriptie in het kader van de postdoctorale fase van de
Opleiding "Master of Facility Management"
Academie voor Management/
Rijks Universiteit Groningen/
Technische Universiteit Eindhoven

Gorinchem, oktober 1999

R. Brik-Wolfs

***HET FACILITAIR BEDRIJF IN DE KANTELENDE
ZIEKENHUISORGANISATIE***

**Een onderzoek naar de strategische keuzen en de positionering van de facilitaire
organisatie bij kanteling van de ziekenhuisorganisatie**

Scriptie in het kader van de postdoctorale fase van de
Opleiding "Master of Facility Management"
Academie voor Management /
Rijks Universiteit Groningen /
Technische Universiteit Eindhoven

Gorinchem, oktober 1999

R. Brik-Wolfs

SAMENVATTING

In dit rapport wordt een onderzoek beschreven naar de positionering van de facilitaire organisatie in algemene ziekenhuizen bij kanteling van de ziekenhuisorganisatie. Het rapport is geschreven ter afronding van de postdoctorale fase van de Opleiding "Master of Facility Management" van de Academie voor Management/Rijks Universiteit Groningen en de Technische Universiteit Eindhoven.

Het onderwerp van dit rapport is ingegeven door de situatie in het ziekenhuis waar ik werkzaam ben. Het Albert Schweitzer ziekenhuis is op 1 januari 1999 ontstaan uit een fusie tussen twee middelgrote ziekenhuizen in de regio Dordrecht. In het jaar voorafgaand aan de fusie is in beide ziekenhuizen een kantelingsproces in gang gezet. Zowel de fusie als de kanteling van de organisatie hebben gevolgen voor de facilitaire ondersteuning. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de strategische keuze gemaakt om beide facilitaire organisaties te integreren en om te vormen tot een facilitair bedrijf, dat uiteindelijk zal moeten functioneren als een onderneming binnen de totale ziekenhuisorganisatie met een eigen resultaatverantwoordelijkheid en een eigen winst- en verliesrekening.

De wereld van de gezondheidszorg is voortdurend in beweging. De toenemende zorgvraag, de vraag om zorg op maat, de voortdurende beperking in financiële middelen en de toenemende wet- en regelgeving vragen om herbezinning op de structuur van de zorg. Deze herbezinning wordt nog verstrekt door de fusieprocessen die zich afspelen tussen ziekenhuizen, maar ook tussen ziekenhuizen en overige zorginstellingen.

Onder invloed van al deze ontwikkelingen komt de huidige structuur van de ziekenhuisorganisatie steeds verder onder druk te staan. De ziekenhuisorganisatie dient meer flexibel, slagvaardiger, beter beheersbaar en beheerbaar te worden. Om dit te bewerkstelligen wordt in veel ziekenhuizen gesproken over de zogenaamde kanteling van de organisatie.

Met kanteling wordt bedoeld dat de oude verticale ziekenhuisstructuur, welke is gebaseerd op een hiërarchische aansturing van deelsystemen, ondergebracht in functies c.q. diensten, 180 graden wordt gekanteld naar een horizontale structuur, opgebouwd uit processen die zijn ondergebracht in min of meer autonome eenheden, die voor een afgebakende patiëntengroep alle functies op gecoördineerde wijze vervullen.

De veranderingen binnen het ziekenhuis hebben ook gevolgen voor de facilitaire organisatie. Vanuit de toenemende diversiteit in de vraag vanuit de verschillende delen van de ziekenhuisorganisatie en als gevolg van externe ontwikkelingen, wordt in toenemende mate een relatie gelegd tussen de functionele bijdrage van de facilitaire organisatie en de slagvaardigheid van de totale ziekenhuisorganisatie.

Binnen facilitaire organisaties is een aantal trends waarneembaar om de ontwikkelingen in het primaire proces te ondersteunen, dan wel op pro-actieve wijze het primaire proces de gelegenheid te geven haar doelstellingen te realiseren. De waarneembare trends zijn:

- kostenconformiteit in prijs en kwaliteit;
- interne zelfstandigheid, resultaatverantwoordelijkheid;
- het loslaten van het principe van gedwongen winkelnering;
- externe verzelfstandiging.

In hoeverre een facilitaire organisatie zich zal ontwikkelen richting een externe verzelfstandiging wordt bepaald door de strategische keuze van de organisatie als geheel.

De centrale probleemstelling van het onderzoek is dan ook:

Welke strategische keuzen liggen ten grondslag aan de positionering van de facilitaire organisatie bij kanteling van de ziekenhuisorganisatie; zijn er keuzen gemaakt op basis van de functie van de facilitaire organisatie of zijn er keuzen gemaakt op basis van ontwerpfilosofieën van de moederorganisatie?

Ten behoeve van het onderzoek is literatuur bestudeerd over de typering van facilitaire organisatie en is beschrijvend/exploratief onderzoek verricht bij vier vergelijkbare algemene ziekenhuizen.

Voor de literatuurstudie is voornamelijk gebruik gemaakt van de typering van (facilitaire) organisaties van Becker in zijn boek "The Total Workplace" (1990) en Simon in zijn boek "De strategische functietypologie; functioneel denkraam voor management (1989).

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het niet volledig gestructureerde interview. Op basis van de probleemstelling is een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Ten behoeve van het interview is op basis van deze onderzoeksvragen een zogenaamde lijst met topics opgesteld:

- de typering van de (facilitaire) organisatie voor de kanteling;
- de aanleiding tot de kanteling;
- de gekantelde organisatie;
- het facilitair bedrijf in de gekantelde organisatie.

Uit het onderzoek is gebleken dat algemene ziekenhuizen vóór de kanteling kunnen worden getypeerd als organisaties met een traditionele dienstenstructuur.

Binnen de onderzochte ziekenhuizen zijn interne afstemmingsproblemen, soms versterkt door het groter worden van de organisatie als gevolg van fusies, voor de organisatie aanleiding geweest om na te gaan denken over de structuur van de organisatie. Het primaire proces is hierbij leidend geweest. In de strategische besluitvorming van de ziekenhuizen is over het algemeen weinig aandacht geweest voor strategisch uitspraken aangaande de facilitaire organisatie.

Als gevolg van alle veranderingen binnen de ziekenhuisorganisaties zijn facilitaire organisaties zich gaan ontwikkelen. Aandachtspunten in deze ontwikkeling zijn:

- het definiëren van de facilitaire deelprocessen;
- het transparant maken van de kosten die zijn verbonden aan deze facilitaire deelprocessen;
- het opbouwen van een klant-leverancierrelatie;
- klantvriendelijkheid;
- het formuleren van beleid aangaande in- en uitbesteding van diensten;
- het formuleren van beleid aangaande centralisatie en decentralisatie van budgetten;
- het maken van afspraken met de klant aangaande de hoeveelheid, prijs en kwaliteit van de dienstverlening.

Op basis van de onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat algemene ziekenhuizen zich bij strategische besluitvorming voornamelijk richten op het primaire proces van de organisatie. Ontwerpbeslissingen over de facilitaire organisatie worden niet genomen op grond van een strategische analyse van het facilitaire proces. De facilitaire processen worden na de kanteling gedetailleerd in kaart gebracht. Gaande dit proces vindt strategische analyse en verdere beleidsvorming plaats.

De facilitaire organisatie, die binnen de ziekenhuisorganisatie een nauwe verwevenheid kent met het primair proces, oefent een grote invloed uit op de condities van alle processen binnen het ziekenhuis en is derhalve medebepalend voor de organisatorische capaciteiten en het functioneren van de gehele organisatie in relatie tot de veranderende omgeving. Daarom verdient het aanbeveling om de facilitaire organisatie te betrekken bij de strategische besluitvormingsprocessen voor de gehele ziekenhuisorganisatie, inclusief de positionering van de facilitaire organisatie zelf.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	2
INHOUDSOPGAVE	5
VOORWOORD	8
1 INLEIDING	9
2 LITERATUURVERKENNING EN INHOUDELIJKE ORIENTATIE	11
2.1 INLEIDING	11
2.2 DE ORGANISATIE VAN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN	11
2.2.1 Het ziekenhuis als organisatie	11
2.2.2 De organisatievorm van het algemene ziekenhuis	12
2.3 BESTURINGSTRENDS IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN	13
2.4 FACILITAIR MANAGEMENT ALS VAKGEBIED	14
2.4.1 Inleiding	14
2.4.2 Definities van facilitair management	14
2.4.3 De toegevoegde waarde van facilitair management	15
2.5 TYPERING VAN FACILITAIRE ORGANISATIES	16
2.5.1 Inleiding	16
2.5.2 Becker	16
2.5.3 Simon	18
2.5.4 Mintzberg	22
2.6 STRATEGIE EN POSITIONERING VAN DE FACILITAIRE TYPOLOGIEËN	24
2.6.1 Inleiding	24
2.6.2 Strategie en strategisch management	24
2.6.3 Samenhang tussen strategie en de typologieën van Becker, Simon en Mintzberg	25
2.7 ORGANISATIEVERANDERING	25
2.7.1 De organisatieverandering als cyclisch proces	25
2.7.2 De diagnosefase	26
2.7.3 De ontwerpfase	27
2.7.4 De veranderingsfase	28
2.7.5 Ontwikkelingen binnen het primaire proces en hun invloed op de facilitaire organisatie	30
2.8 ONTWIKKELINGEN EN TRENDS BINNEN DE FACILITAIRE ORGANISATIE	31
2.8.1 Inleiding	31
2.8.2 Trends binnen facilitaire organisaties	31
2.8.3 Kritische succesfactoren bij de realisatie van de gewenste facilitaire organisatie	33
2.8.4 Trends binnen facilitaire organisaties en de typologieën van Becker en Simon	34
2.9 KORTE SAMENVATTING LITERATUURVERKENNING	35

3	DOELSTELLING, PROBLEEMSTELLING EN BEGRIPSOMSCHRIJVING	37
3.1	INLEIDING	37
3.2	DOELSTELLING	37
3.3	PROBLEEMSTELLING	37
3.4	BEGRIPSOMSCHRIJVING	38
4	ONDERZOEKSOPZET	40
4.1	INLEIDING	40
4.2	RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK	40
4.3	TYPE ONDERZOEK	40
4.4	KEUZE ONDERZOEKSEENHEDEN	41
4.5	METHODE VAN DATAVERZAMELING	41
5	RESULTATEN	43
5.1	INLEIDING	43
5.2	TWEESTEDEN ZIEKENHUIS	43
5.2.1	Algemeen	43
5.2.2	De typering en inrichting van de organisatie vóór de kanteling	43
5.2.3	Aanleiding tot de veranderingen	44
5.2.4	De gekantelde organisatie	44
5.2.4	De positionering en het ontwerp van de facilitaire organisatie	45
5.3	GROENE HART ZIEKENHUIS	47
5.3.1	Algemeen	47
5.3.2	De typering en inrichting van de organisatie vóór de kanteling	47
5.3.3	Aanleiding tot de veranderingen	47
5.3.4	De gekantelde organisatie	49
5.3.5	Het facilitair bedrijf: strategie, doelstelling en positionering	50
5.3.6	Invoeren van de organisatieveranderingen	52
5.3.7	Groeimodel	53
5.4	MEDISCH SPECTRUM TWENTE	53
5.4.1	Algemeen	53
5.4.2	De typering en inrichting van de organisatie voor de kanteling	53
5.4.3	Aanleiding tot de veranderingen	54
5.4.4	De gekantelde organisatie	54
5.4.5	Het facilitair bedrijf: strategie, doelstelling en positionering	55
5.4.6	Invoeren van de organisatieveranderingen	57
5.5	REINIER DE GRAAF GROEP	58
5.5.1	Algemeen	58
5.5.2	De typering en inrichting van de organisatie vóór de kanteling	58
5.5.3	Aanleiding tot de veranderingen	58
5.5.4	De gekantelde organisatie	58
5.5.5	Het facilitair bedrijf: strategie, positionering en structuur	59
5.5.6	Invoeren van de organisatieveranderingen	60

6	ANALYSE VAN DE ONDERZOEKSRISULTATEN	62
6.1	INLEIDING	62
6.2	ANALYSE	62
6.2.1	Algemeen	62
6.2.2	Op welke wijze kan de ziekenhuisorganisatie voor de kanteling worden getypeerd?	62
6.2.3	Op welke wijze kan de facilitaire organisatie vóór de kanteling worden getypeerd?	63
6.2.4	Welke redenen liggen ten grondslag aan de kanteling van de ziekenhuisorganisatie?	63
6.2.5	Op welke wijze is de organisatie na de kanteling ingericht?	64
6.2.6	Op welke wijze wordt het beleid bepaald binnen de gekantelde organisatie?	65
6.2.7	Welke strategische keuzen bepalen de positionering van de facilitaire organisatie?	66
6.2.8	Is er een relatie tussen strategische keuzen en het facilitair beleid?	67
6.2.9	In welke richting ontwikkelt zich de facilitaire organisatie sinds de kanteling?	68
6.2.10	Kan met de huidige structuur de gekozen strategie worden bereikt?	69
6.2.11	Hoe worden de veranderingen binnen de facilitaire organisatie geïmplementeerd?	69
6.2.12	Is er na de kanteling sprake van een situatiefit?	70
6.2.13	Is de nieuwe structuur een oplossing voor de vroegere interne problemen?	70
6.2.14	Wat zijn de sterke en zwakke punten van de gemaakte keuzen?	71
6.2.15	Is er sprake van een continu proces van diagnose, ontwerp en verandering?	71
7	CONCLUSIE	72
7.1	Inleiding	72
7.2	Conclusie ontwikkelingen in de facilitaire organisatie in termen van Becker	72
7.3	Conclusie ontwikkelingen in de facilitaire organisatie in termen van Simon	72
7.4	Conclusie ontwikkelingen in de facilitaire organisatie in termen van De Leeuw	73
7.5	Conclusie met betrekking tot de doelstelling en probleemstelling	74
7.6	Slotconclusie	75
	GERAADPLEEGDE LITERATUUR	76
	BIJLAGEN	78
1.	Topics ten behoeve van half gestructureerd interview	
2.	Organogram TweeSteden ziekenhuis	
3.	Organogram sector facilitaire zaken TweeSteden ziekenhuis	
4.	Organisatieopzet Groene Hart Ziekenhuis	
5.	Organogram Medisch Spectrum Twente	
6.	Overzicht organisatiestructuur facilitair bedrijf Medisch Spectrum Twente	

VOORWOORD

De postdoctorale fase van de opleiding “Master of Facility Management” van de Academie voor Management te Groningen en de Technische Universiteit te Eindhoven, wordt afgerond met het schrijven van een scriptie. Deze scriptie dient een raakvlak te hebben met het facilitaire vakgebied.

Het werken in een fuserende, reorganiserende en kantelende ziekenhuisorganisatie maakte de keuze voor het onderwerp redelijk makkelijk. Deze scriptie beschrijft dan ook de wijze waarop de facilitaire organisatie wordt gepositioneerd en vorm gegeven in een sterk veranderende omgeving.

In de periode voorafgaand aan het schrijven van de scriptie vormden de wekelijkse colleges en de ontmoetingen met docenten en studiegenoten in Utrecht, evenals de studiereis naar Hong Kong en Shanghai zowel een rustpunt als inspiratiepunt.

Graag wil ik Rob Stutterheim, hoofd facilitair bedrijf van het Albert Schweitzer ziekenhuis, bedanken voor de gelegenheid die mij is geboden om de opleiding te volgen in deze voor het facilitair bedrijf zo drukke periode.

Ook wil ik Joop Hoekman bedanken voor het lezen van de teksten, het stellen van vragen en zijn inspirerende en prikkelende opmerkingen.

Een speciaal woord van dank richt ik aan het secretariaat van het facilitair bedrijf. Nolly Nugteren dank ik voor haar bereidheid om de scriptie te redigeren en telkenmale de aanpassingen te verwerken. Els Engelberts en Paula Faessen dank ik voor de gelegenheid die zij Nolly hiertoe hebben gegeven door het overnemen van werkzaamheden.

Verder wil ik graag drs. Ph. Wagner bedanken voor zijn begeleiding tijdens het schrijven van deze scriptie. De contacten, soms belemmerd door enige (agenda-) technische beperkingen, waren evenals zijn colleges bijzonder boeiend, verhelderend en constructief.

Tevens een woord van dank aan die ziekenhuisorganisaties die zich bereid hebben getoond om mee te doen aan mijn onderzoek. De ontwikkelingen binnen deze organisaties vergen een enorme tijdsinvestering van het facilitair management. Toch was er de bereidheid om medewerking te verlenen aan dit onderzoek.

Tot slot, maar niet in de laatste plaats, wil ik Douwe bedanken. Zijn niet aflatende steun en toewijding in de afgelopen maanden hebben het mogelijk gemaakt om een juiste balans te vinden tussen werk, studie en privéleven.

1 INLEIDING

De wereld van de gezondheidszorg is voortdurend in beweging. De toenemende zorgvraag, de vraag om zorg op maat, de voortdurende beperking in financiële middelen en de toenemende wet- en regelgeving vragen om een herbezinning op de structuur van de zorg. Deze herbezinning heeft ook zijn effecten op de ziekenhuisorganisatie. Dit wordt nog versterkt door de fusieprocessen die zich afspelen tussen ziekenhuizen, maar ook tussen ziekenhuizen en overige zorginstellingen.

Dit geldt eveneens voor het Albert Schweitzer Ziekenhuis, een groot algemeen ziekenhuis in de regio Dordrecht. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis is op 1 januari 1999 ontstaan uit een fusie tussen het Drechtsteden ziekenhuis en het Merwedeziekenhuis. Deze beide ziekenhuizen waren allebei al een fusieproduct. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis is nu een ziekenhuis met vier locaties en ongeveer 1000 bedden.

Bij de beide fusiepartners was in het afgelopen jaar een kantelingsproces in gang gezet. Met kanteling wordt bedoeld dat de oude verticale ziekenhuisstructuur, welke is gebaseerd op een hiërarchische aansturing van deelsystemen, ondergebracht in functies c.q. diensten, 180 graden wordt gekanteld naar een horizontale structuur, opgebouwd uit processen die zijn ondergebracht in min of meer autonome werkeenheden, die voor een afgebakende patiëntengroep alle functies op gecoördineerde wijze vervullen. De uitwerking naar de autonome eenheden was in beide organisatie verschillend. Daarnaast richtte de kanteling zich met name op de herinrichting van primaire processen en niet zozeer op de ondersteunende functies.

In het jaar voorafgaand aan de fusie hebben de beide fusiepartners gezamenlijk gewerkt aan het formuleren van een zorgvisie, de missie en de doelstellingen van het nieuwe ziekenhuis. Het jaar 1999 wordt gebruikt om de structuur van de organisatie verder uit te werken.

De fusie heeft ook gevolgen voor de facilitaire ondersteuning. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis heeft de strategische keuze gemaakt dat beide facilitaire organisaties dienen te integreren en te worden omgevormd tot een facilitair bedrijf dat uiteindelijk zal moeten functioneren als een onderneming binnen de totale ziekenhuisorganisatie met een eigen resultaatverantwoordelijkheid en een eigen winst- en verliesrekening. Daarom heb ik gekozen voor het onderwerp: een onderzoek naar de strategische keuzen en positionering van het facilitair bedrijf in een kantelende ziekenhuisorganisatie.

Literatuur, specifiek over de positionering van de facilitaire organisatie in de kantelende ziekenhuisorganisatie, is niet gevonden. In de vakliteratuur zijn alleen artikelen gevonden waarin op basis van de ontwikkelingen binnen het primaire proces in ziekenhuizen wordt aangegeven hoe de facilitaire organisatie hierop dient te anticiperen. Voor de literatuurverkenning is gebruik gemaakt van de typologie voor facilitaire organisaties van Becker en de strategische functietypologie van Simon.

De verwachting is dat de uit het onderzoek verkregen resultaten het management van de ziekenhuisorganisatie en het facilitair bedrijf kunnen helpen bij de besluitvorming aangaande de functie en de inrichting van de facilitaire organisatie: welke organisatievorm ondersteunt de strategische keuzes. De bedoeling van het onderzoek is zeker niet om pasklare oplossingen te genereren. Behalve relevantie voor de eigen organisatie kan het onderzoek ook gegevens

opleveren voor andere ziekenhuisorganisaties die van belang kunnen zijn voor de besluitvorming over de positionering van de facilitaire organisatie.

Het onderzoek heeft zowel een beschrijvend als exploratief karakter. De facilitaire organisaties van een aantal vergelijkbare ziekenhuisorganisaties worden beschreven. Daarnaast wordt onderzoek gepleegd naar het hoe en waarom van bepaalde keuzen met betrekking tot de facilitaire organisatie.

Dit heeft geleid tot de volgende probleemstelling:

Welke strategische keuzen liggen ten grondslag aan de positionering van de facilitaire organisatie bij kanteling van de ziekenhuisorganisatie: zijn er keuzen gemaakt op basis van de functie van de facilitaire organisatie of zijn er keuzen gemaakt op basis van ontwerpfilosofieën van de moederorganisatie?

Op basis van deze probleemstelling is een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van de niet volledig gestructureerde open interviewmethode. In vier vergelijkbare algemene ziekenhuizen is het management van het facilitair bedrijf geïnterviewd met behulp van een zogenaamde topiclijst. Dit is een lijst waarop vooraf wordt geïnventariseerd over welke onderwerpen informatie verkregen dient te worden. De onderzoeksvragen zijn de basis geweest voor het opstellen van de topiclijst.

De resultaten van de interviews zijn verwerkt aan de hand van de onderwerpen op de topiclijst. Vervolgens zijn deze resultaten geanalyseerd aan de hand van de eerder geformuleerde onderzoeksvragen. De typologieën van Becker en Simon hebben hierbij gediend als leidraad.

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 1 beschrijft de aanleiding tot dit onderzoek alsmede de praktische relevantie ervan. Hoofdstuk 2 is de literatuurverkenning. In dit hoofdstuk worden de typologieën van Becker en Simon behandeld. In hoofdstuk 3 zijn de doelstelling en probleemstelling omschreven. Hoofdstuk 4 gaat over de wijze waarop het onderzoek is opgezet. De resultaten van het onderzoek worden weergegeven in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de resultaten geanalyseerd aan de hand van de in hoofdstuk 3 geformuleerde onderzoeksvragen. Tot slot vindt in hoofdstuk 7 een discussie plaats over de behaalde onderzoeksresultaten.

2 LITERATUURVERKENNING EN INHOUDELIJKE ORIENTATIE

2.1 INLEIDING

De wereld van de gezondheidszorg is voortdurend in beweging. De toenemende zorgvraag, de vraag om zorg op maat, de voortdurende beperking in financiële middelen en de toenemende wet- en regelgeving vragen om een herbezinning op de structuur van de zorg. Deze herbezinning heeft ook zijn effecten op de ziekenhuisorganisatie.

In 1994 is het rapport van de commissie Biesheuvel verschenen. De voorstellen in dit rapport hebben ertoe geleid dat ziekenhuizen zijn gaan nadenken over de structuur van de ziekenhuisorganisatie en de wijze waarop deze structuur zou kunnen wijzigen om beter in te kunnen spelen op de veranderende markt. Sindsdien zijn vele artikelen verschenen over de wijzigingen in de organisatiestructuur van ziekenhuizen. Deze artikelen beperken zich echter vrijwel uitsluitend tot het primaire proces van de ziekenhuisorganisatie. De veranderingen die zich binnen het ziekenhuis voltrekken hebben echter ook gevolgen voor de facilitaire processen in de ziekenhuisorganisatie. Over de wijze waarop de facilitaire organisatie dient in te spelen op de ontwikkelingen in het primaire proces is echter nog weinig geschreven. Zo er al literatuur is, betreft het hier voornamelijk beschrijvingen van ervaringen van ziekenhuizen.

2.2 DE ORGANISATIE VAN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

2.2.1 Het ziekenhuis als organisatie

Wulff (1996) geeft aan dat de ziekenhuisorganisatie één van de oudste organisatievormen is. De meeste Nederlandse ziekenhuizen vinden hun wordingsgeschiedenis in de tweede helft van de vorige eeuw op grond van particuliere, meestal katholieke of protestants-christelijke, initiatieven. Ook in voorgaande eeuwen kende men primitieve vormen van georganiseerde zorg in de vorm van de gods- of gasthuizen. Hier lag het accent op de verpleging en verzorging van mensen die te arm waren voor thuiszorg of een besmettelijke ziekte onder de leden hadden. Inmiddels is het ziekenhuis een complex en kapitaalsintensief bedrijf geworden, waarin talloze medewerkers met zeer gedifferentieerde kwaliteiten werkzaam zijn. De oorspronkelijke activiteiten van verpleging en verzorging zijn nog wel te herkennen, maar het accent kwam in de loop der tijden meer op de curatieve zorg te liggen.

Voorts geeft Wulff aan dat ziekenhuizen kunnen worden beschouwd als dienstverlenende organisaties met als gemeenschappelijk kenmerk het verlenen van medisch specialistische en verpleegkundige hulp. Ziekenhuizen proberen net als andere organisaties hun doelstellingen op een zo efficiënt mogelijke wijze te realiseren. Zij doen dit echter niet met het oogmerk om winst te maken. Financiering van de ziekenhuizen in Nederland vindt grotendeels plaats via verzekeringen en bijdragen van de overheid.

De ziekenhuizen in Nederland kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën:

- academische ziekenhuizen welke zijn verbonden aan een universiteit met een medische faculteit. Behalve gespecialiseerde patiëntenzorg leveren zij ook een bijdrage aan wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek en aan het verzorgen van opleidingen;

- categorale ziekenhuizen welke geneeskundige en verpleegkundige hulp bieden aan specifieke patiëntencategorieën;
- algemene ziekenhuizen welke medische en verpleegkundige behandeling leveren voor een beperkte duur voor vele soorten patiënten. Deze categorie kenmerkt zich door het grote aantal verschillende soorten verrichtingen en door een concentratie van voorzieningen ten behoeve van behandeling en verpleging alsmede van deskundig personeel.

Om als dienstverlenende organisatie voor medisch specialistische en verpleegkundige hulp te kunnen functioneren worden binnen de ziekenhuisorganisatie drie processen onderscheiden, namelijk:

- het primaire proces: het proces waaraan de organisatie haar bestaansrecht ontleent. Het betreft hier alle activiteiten die in directe relatie staan tot de diagnose en de therapie van patiënten;
- de faciliterende processen: alle activiteiten die in directe relatie staan tot de levering en instandhouding van de materiële middelen die nodig zijn voor het primaire proces;
- de voorwaardenscheppende processen: alle activiteiten die in directe relatie staan tot het beheer en bestuur van de middelen die nodig zijn voor de primaire en de faciliterende processen (bijvoorbeeld informatiemanagement)

(Wulff, 1996).

Binnen de organisatiekunde worden de faciliterende en de voorwaardenscheppende processen ook wel aangeduid als de secundaire processen.

2.2.2 De organisatievorm van het algemene ziekenhuis

De organisatiestructuur van algemene ziekenhuizen kan worden omschreven als een traditionele functionele organisatiestructuur (dienstenstructuur). De functionele structuur kenmerkt zich door de toenemende specialisatie van de verschillende disciplines en communicatie- en coördinatieproblemen tussen de disciplines. Het streven naar het gezamenlijk realiseren van de doelstellingen van de organisatie wordt hierbij uit het oog verloren (Jägers, 1995). Verder zijn de werkzaamheden sterk geformaliseerd, waardoor een uitgebreide leidinggevende structuur nodig is.

Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de huidige organisatievorm van algemene ziekenhuizen niet meer voldoet. Wulff verwijst in zijn proefschrift (1996) naar een aantal van deze onderzoeken waarbij knelpunten zijn aangetoond in het functioneren van ziekenhuizen. Deze knelpunten worden door Wulff (1996) als volgt samengevat:

- afstemmingsproblemen tussen de uitvoerende medewerkers van de verschillende afdelingen. Afstemming beperkt zich in hoofdzaak tot de direct patiëntgebonden vraagstukken;
- opstuwingsproblemen: door gebrekkige coördinatie en communicatie komen veel problemen terecht bij het naast hogere niveau en uiteindelijk op de directietafel;
- besturingsproblemen: doelmatigheid en kwaliteit van het werk zijn moeilijk te sturen en te controleren;
- een gebrek aan integratie tussen de professionele kant en de bureaucratische beheerskant, die uiteindelijk nadelig is voor de zorg aan de patiënt;
- onvoldoende afstemming en samenwerking tussen specialisten en specialistische afdelingen;
- de routing van de patiënt door de organisatie, die vaak met veel ongemak gepaard gaat.

2.3 BESTURINGSTRENDS IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Onder invloed van een aantal ontwikkelingen komt de traditionele functionele structuur van algemene ziekenhuizen steeds meer onder druk te staan. De huidige structuur belemmert de ziekenhuizen om in te kunnen spelen op alle ontwikkelingen. Wulff (1996) geeft in zijn proefschrift de volgende heldere opsomming van deze ontwikkelingen.

- De invoering van de budgetfinanciering in 1993. De financiële middelen van ziekenhuizen werden begrensd waardoor ziekenhuizen werden gedwongen om keuzen te maken.
- De toenemende vergrijzing van de bevolking. Dit leidt tot veranderingen in de vraag qua aard en omvang van de zorg.
- De groeiende professionalisering en specialisatie van medische, verpleegkundige en paramedische beroepsgroepen. Dit belemmert de planning van zorg op maat en stelt hoge eisen op het gebied van interdisciplinaire samenwerking.
- De ontwikkelingen en ontdekkingen in de medische wetenschap. Deze leiden tot een complexer wordend primair proces met organisatorische consequenties op het gebied van training, opleiding, patiëntenstromen, communicatie, planning en coördinatie.
- De toenemende wederzijdse afhankelijkheid tussen het ziekenhuismanagement en de daarbinnen veelal vrij gevestigde medisch specialisten. Veel regelgeving richt zich ook op het ziekenhuis als totale organisatie en minder op de individuele beroepsbeoefenaar. Voorbeelden hiervan zijn de Wet omtrent de overeenkomst inzake Geneeskundige Behandeling en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.
- De toenemende druk om aandacht te besteden aan kwaliteit en doelmatigheid van de ziekenhuisorganisatie en daarover rekenschap te geven (Kwaliteitswet Zorginstellingen).

Deze ontwikkelingen dwingen het ziekenhuismanagement tot bezinning op de huidige organisatiestructuur. De tendens die hierbij is waar te nemen is het kantelen van de organisatie van de oude traditionele functionele structuur naar een procesgerichte structuur. Hiermee wordt bedoeld dat de oude verticale ziekenhuisstructuur, welke is gebaseerd op een hiërarchische aansturing van deelsystemen, ondergebracht in functies c.q. diensten, 180 graden wordt gekanteld naar een horizontale structuur, opgebouwd uit processen die zijn ondergebracht in min of meer autonome eenheden, die voor een afgebakende patiëntengroep alle functies op gecoördineerde wijze vervullen. Participatie van medisch specialisten in het ziekenhuismanagement vormt een wezenlijk onderdeel van de nieuwe structuur. Hiermee wordt de klassieke scheiding in het zogenaamde dualistische model tussen het management (beheerskant) en de medische professie (patiëntenzorgkant) opgeheven en wordt het ziekenhuis een meer geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Deze ontwikkelingen moeten er toe leiden dat de ziekenhuisorganisatie meer flexibel, slagvaardiger, beter beheersbaar en beheerbaar wordt voor het ziekenhuismanagement.

Samengevat kunnen de besturingstrends in algemene ziekenhuizen als volgt worden weergegeven:

- het streven naar decentralisatie van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar autonome eenheden met een eigen budget;
- het omzetten van een functionele organisatievorm naar een meer proces- en klantgerichte organisatievorm;

- een integrale verantwoordelijkheid voor de inhoud en de beheersing van de zorg en behandeling; met andere woorden het management (de beheerskant) en de professionals (de patiëntenzorgkant) zijn gezamenlijk verantwoordelijk;
 - het introduceren van resultaatgericht management (prestatieverplichting)
- (Kraus e.a., 1995, Wulff, 1996, Berg, Van den, e.a., 1998).

Al deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de facilitaire processen. In de literatuur wordt hieraan slechts weinig aandacht besteed. Er is hiernaar nog weinig onderzoek gedaan. Het proefschrift van Wulff (1996) en de publicatie van Kraus en Folter (1995) behandelen alleen de gevolgen voor de organisatiestructuur rondom de patiëntenzorg. De organisatorische opbouw en plaats van de facilitaire en bedrijfsmatige ondersteuning van centrale of decentrale functies en de relaties daarvan met de (sub)zorgeenheden worden in het geheel niet behandeld.

2.4 *FACILITAIR MANAGEMENT ALS VAKGEBIED*

2.4.1 *Inleiding*

Alvorens kan worden ingegaan op de analyse van de facilitaire organisatie en de veranderingen als gevolg van de ontwikkelingen in de structuur van het primaire proces binnen algemene ziekenhuizen, is het van belang om het vakgebied facilitair management nader te definiëren.

In de tachtiger jaren is het facilitair management over komen waaien vanuit Amerika. De energiecrisis in de jaren zeventig, de groei van automatisering en zakelijke dienstverlening, de technologische ontwikkelingen, de toenemende wet- en regelgeving (o.a. Arbo/milieu) en daarnaast het mondiger worden van gebruikers, hebben geleid tot een toenemende belangstelling voor en verdere professionalisering van het vakgebied (Ytsma, 1998).

2.4.2 *Definities van facilitair management*

Facilitair management kan op vele manieren worden gedefinieerd. De meeste definities richten zich op een aantal specifieke terreinen binnen het facilitaire vakgebied. Van Wagenberg geeft in zijn intreedende "Facility Management; zoeken naar theoretische grondslagen" (1996) een aantal van de meest gebruikte definities van het vakgebied.

Becker (1990) gaat in zijn definiëring met name in op de huisvestingskant en definieert facilitair management als: "Facility Management is responsible for coordinating all efforts related to planning, design and managing buildings and their systems, equipment and furniture to enhance the organization's ability to compete successfully in a rapid world" (aangehaald uit Van Wagenberg, 1996).

Facilitair management heeft in de ogen van Becker tot doel om de effectiviteit van de organisatie te bevorderen om in een snel veranderende wereld te kunnen concurreren met anderen.

Regteschot hanteert een ruimere definitie van facilitair management, namelijk “het integraal managen (plannen en bewaken) van de huisvesting, de diensten en middelen die moeten bijdragen aan een effectieve, efficiënte, flexibele en creatieve verwezenlijking van de doelen van een organisatie in een veranderende omgeving” (aangehaald uit introereede Van Wagenberg, 1996).

Van Wagenberg hanteert in zijn introereede zelf de volgende definitie: “facilitair management is een algemene managementfunctie, verantwoordelijk voor de faciliteit als resultaat van planning en coördinatie van ondersteunende processen, gericht op de bevordering van het succes van het primaire proces van de betreffende organisatie.” Van Wagenberg geeft hiermee aan dat de inhoud van het vakgebied niet duidelijk kan worden afgebakend. Facilitair management wordt hier gehanteerd als een abstract en open begrip, waarbij de grens tussen inhoud van de ondersteuning en het primaire proces niet altijd eenduidig is te trekken. De inhoud van facilitair management verschilt dan ook per organisatie en verandert in de tijd.

De drie genoemde definities hebben één ding gemeen: er wordt meer of minder expliciet uitgegaan van de steeds veranderende omgeving van de organisatie. Organisaties zijn voortdurend in beweging. Dit betekent dat primaire processen voortdurend meebewegen. Dit heeft weer gevolgen voor de facilitaire processen binnen de organisaties. De definitie van Van Wagenberg laat de meeste ruimte om mee te bewegen met deze voortdurende veranderingen, zonder dat de definitie zelf geweld wordt aangedaan, doordat Van Wagenberg de formulering “algemene managementfunctie” hanteert. Daarnaast laat hij, hoewel niet expliciet omschreven, ook nog ruimte voor de niet materiële aspecten van facilitair management. Facilitair management omvat immers niet alleen aspecten van materiële aard ter bevordering van het functioneren van het primaire proces, maar tevens aspecten van organisatorische en dienstverlenende aard die van belang zijn voor het functioneren van de organisatie in haar geheel.

2.4.3 De toegevoegde waarde van facilitair management

In de paragrafen 2.2.1 en 2.4.2 zijn de facilitaire processen gedefinieerd als die processen die in directe relatie staan tot de levering en instandhouding van de materiële middelen die nodig zijn voor het primaire proces. Een effectieve organisatie van de facilitaire processen levert een belangrijke bijdrage aan de efficiëntie van het primaire proces.

De kennis en kunde die binnen de facilitaire organisatie aanwezig zijn bieden de mogelijkheid om naast materiële middelen ook organisatorische capaciteit en diensten te leveren die het voortbestaan van de organisatie in de omgeving kunnen waarborgen en die zorgdragen voor het totale functioneren van de organisatie. Met name in deze laatste aspecten ligt de toegevoegde waarde van het facilitaire vakgebied.

Organisaties zijn open systemen. Veranderingen in de omgeving gaan gepaard aan snelle en onvoorspelbare afwisselingen in kansen en bedreigingen voor de organisatie. Om te overleven dienen organisaties hierop in te spelen. Het strategisch management richt zich zowel op de afstemming op de externe omgeving, als op de ontwikkeling van bekwaamheden binnen de organisatie om de strategische veranderingen te realiseren (Keuning en Eppink, 1993).

Het facilitaire proces kan invloed uitoefenen op de het functioneren en het aanpassingsvermogen van het primaire proces. Hiermee levert het facilitair management een belangrijke

bijdrage aan het aanpassingsvermogen van de gehele organisatie binnen de steeds veranderende omgeving. Verstoringen in facilitaire processen zijn direct van invloed op de flexibiliteit en de continuïteit van het totale werkproces en daarmee op het functioneren van de organisatie als geheel (Wagner, 1996).

Gezien de rol die het facilitaire management kan spelen in de continuïteit en het voortbestaan van de organisatie zullen bij de strategische besluitvorming in de organisatie ook de rol en de toegevoegde waarde van het facilitair management in toenemende mate van belang zijn.

2.5 TYPERING VAN FACILITAIRE ORGANISATIES

2.5.1 Inleiding

Bij het zoeken naar literatuur in het kader van deze scriptie zijn weinig aanknopingspunten gevonden om facilitaire organisaties te typeren. Becker is de enige door mij gevonden auteur die in zijn boek "The Total Workplace" (1990) een duidelijke typering geeft, specifiek gericht op facilitaire organisaties.

Het boek "De strategische functietypologie; functioneel denkraam voor management" (1989) van Simon beschrijft organisatietyologieën die gehanteerd kunnen worden voor facilitaire organisaties.

Mintzberg definieert in zijn boek "Organisatiestructuren" (1999) een ziekenhuisorganisatie als een professionele bureaucratie, waarbij de ondersteunende diensten kunnen worden gedefinieerd als een machinebureaucratie.

Voor de typering van de facilitaire organisaties in de traditionele ziekenhuisstructuur wordt gebruik gemaakt van bovengenoemde literatuur. De typeringen worden omschreven, waarbij tevens wordt ingegaan op de samenhang tussen de typeringen van de verschillende auteurs.

2.5.2 Becker

Becker onderscheidt drie typen facilitaire organisaties, namelijk:

- een tight fit facilitaire organisatie;
- een loose fit facilitaire organisatie;
- een elastic fit facilitaire organisatie.

Elk type facilitaire organisatie heeft een aantal kenmerken. Elementen vanuit de verschillende typen kunnen in alle drie typen organisaties voorkomen. Het type facilitaire organisatie is afhankelijk van het doel.

Tight fit facilitaire organisatie

De tight fit facilitaire organisatie wordt gevonden in grote organisaties in een turbulente omgeving. Deze vorm leidt tot stress en frustraties. Zij wordt gekenmerkt door:

- het creëren van orde in de chaos;
- het werken met centrale standaarden en formele aanvraagprocedures;
- een hoge mate van kostenbewustzijn;
- een maximale controle en een maximale hoeveelheid informatie;
- een hoge mate van bureaucratie;
- een hoge mate van centralisatie;
- een reactieve tactische organisatie;
- een strenge regelgeving.

Essentie van dit type facilitaire organisatie is de formalisatie van de facility management functie (bureaucratisering van de facilitaire functie) en de gerichtheid op kostenreductie.

Loose fit facilitaire organisatie

De loose fit facilitaire organisatie wordt gevonden in kleine startende ondernemingen en in middelgrote tot volwassen organisaties in een stabiel zakelijke omgeving. Deze vorm wordt gekenmerkt door:

- een geringe controle over de faciliteiten;
- een minimale hoeveelheid informatie;
- het nemen van ad hoc beslissingen;
- het maken van afspraken tussen medewerkers onderling;
- weinig aandacht voor de corporate image;
- een reactieve en tactische organisatie.

In deze organisaties wordt alle energie gestoken in het ontwikkelen van de producten en diensten van de organisatie. Er wordt nauwelijks gebruik gemaakt van informatie om sturing te geven. De facilitaire functie opereert op de achtergrond en inefficiency wordt gemaskeerd door het succes van de organisatie. Er is geen sprake van een visie op de facilitaire functie. De facilitaire functie is voornamelijk gericht op operationele activiteiten en wordt uitgevoerd door laag opgeleide administratieve medewerkers of oudere professionele medewerkers aan het eind van hun carrière.

Elastic fit facilitaire organisatie

De elastic fit facilitaire organisatie bouwt voort op de twee vorige stadia en integreert deze. Facilitair management is een hulpbron bij het realiseren van de doelen van de organisatie. Kenmerken van deze vorm zijn:

- gebruik van centrale richtlijnen met decentrale besluitvorming, waarbij diversiteit mogelijk is;
- een proces- en product georiënteerde organisatie;
- pro-activiteit: besluiten op facilitair gebied dienen genomen te worden in de context van de besluitvorming in de business unit. Er is voortdurend overleg met de business unit over de wederzijdse effecten van ontwikkelingen;
- het betrekken van medewerkers bij besluiten;
- innovatief vermogen;

- facility management is een bron van expertise, waarbij de kennis zowel in de organisatie zit als van buiten de organisatie wordt betrokken;
- nauwgezette maar dynamische controle;
- besluitvorming vindt plaats op basis van consensus;
- de kwaliteit van het werk, zoals deze door de klant wordt ervaren, is belangrijk.

Deze vorm van facilitaire organisatie heeft een hogere productiviteit binnen het primaire proces tot doel, is voorwaardenscheppend voor het primaire proces en heeft een visie ontwikkeld op de te leveren faciliteiten (Van Wagenberg, 1996).

Becker geeft aan dat organisaties voortdurend onderhevig zijn aan veranderingen. Oorzaken hiervan zijn volgens Becker:

- de toenemende verwachtingen bij de medewerkers;
- de stijgende nationale en internationale competitie;
- de escalatie van kosten voor ruimte en grond;
- de snel fluctuerende markten.

Innovatief vermogen van organisaties is derhalve levensbelang. Met betrekking tot deze innovatie liggen er voor organisaties drie uitdagingen, aldus Becker:

- veranderen is de norm en niet de uitzondering;
- het ontwikkelen van nieuwe praktijken, procedures en technologieën en niet vasthouden aan geëikte patronen;
- het stapsgewijze doorvoeren van veranderingen. Er kan worden geleerd uit de genomen stap ten behoeve van de volgende stap.

Facilitaire organisaties in algemene ziekenhuizen met de traditionele dienstenstructuur vertonen kenmerken van zowel de tight fit als de loose fit facilitaire organisatie. Bij beide vormen ontbreekt een visie op de facilitaire ondersteuning. Dergelijke organisaties zijn reactief tactisch. Het anticiperen op ontwikkelingen binnen het primaire proces is hiermee niet mogelijk.

2.5.3 *Simon*

De strategische functietypologie van Simon heeft betrekking op de strategische positie van een organisatie als samenhangend geheel, gericht op een bepaalde output voor derden. Bepaalde onderdelen van de organisatie verrichten een taak ten behoeve van de gehele organisatie (Simon, 1989).

Simon geeft aan dat het voor het management van een organisatie van belang is om periodiek de strategische functie te evalueren en indien nodig aan te passen. Hij heeft hiertoe een in de praktijk ontwikkelde wijze van evaluatie gevonden. Kern van deze evaluatiemethode is het op een andere manier kijken naar een organisatie-eenheid: het van afstand beschouwen van de organisatie, de omgeving en de relatie daartussen.

Simon onderscheidt organisaties op basis van:

- de functie van de output;
- de strategische afhankelijkheid.

Op basis van de functie van de output worden organisaties volgens Simon onderscheiden in:

- organisaties met een productfunctie: deze organisaties worden gekenmerkt door het feit dat zij producten aanbieden naar eigen ontwerp;
- organisaties met een capaciteitsfunctie: deze organisaties worden gekenmerkt door het feit dat zij hun (organisatie-)capaciteiten aanbieden aan anderen, om naar het ontwerp van deze andere organisatie-eenheden goederen en/of diensten voort te brengen.

Op basis van de strategische afhankelijkheid van een andere organisatie-eenheid worden organisaties onderscheiden in:

- marktorganisaties: deze organisaties zijn strategisch onafhankelijk van een andere organisatie-eenheid;
- taakorganisaties: deze organisaties zijn strategisch afhankelijk van een andere organisatie-eenheid.

Hierbij moet worden opgemerkt dat het onderscheid tussen markt- en taakorganisatie los staat van de juridische status van de organisatie (Simon, 1989).

Vanuit deze twee functie-dychotomieën worden door Simon vier typen organisaties onderscheiden. Elk van deze vier vertoont een samenhangend aantal externe en interne kenmerken op het gebied van strategie en organisatie. De vier typen kunnen in een matrix worden weergegeven: de strategische functietypologie-matrix (SFT-matrix). De positionering in de matrix wordt bepaald op basis van outputkenmerken [product (P)/capaciteitsfunctie (C)] en op basis van de bestuurlijke status [marktorganisatie (M)/taakorganisatie (T)].

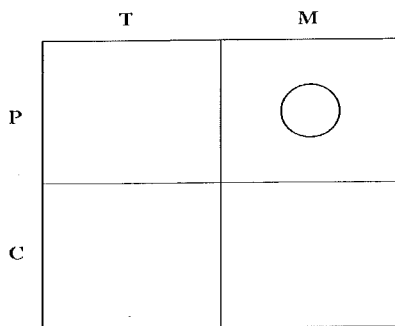
De door Simon onderscheiden typen zijn:

- een marktorganisatie met een productfunctie;
- een marktorganisatie met een capaciteitsfunctie;
- een taakorganisatie met een productfunctie;
- een taakorganisatie met een capaciteitsfunctie.

Marktorganisatie met productfunctie

Deze organisatie-eenheid is voor haar continuïteit afhankelijk van de exclusiviteit van haar product-eigenschappen, in relatie tot de vraag naar het product. Bij de evaluatie van de markt-vraag is het van belang dat de vraag naar de productfunctie en de vraag naar de capaciteitsfunctie worden onderscheiden. De organisatie streeft naar het verbeteren van de exclusiviteit van haar producteigenschappen. Het management heeft vaak strategische en operationele taken. Tot de strategische taak behoort het richting geven aan mensen en middelen, gericht op de exclusiviteit van de productkenmerken. De operationele taak bestaat uit het leiding geven aan de diverse deelgebieden, die vaak tegenstrijdige belangen hebben. In grotere organisaties worden deze taken vaak gescheiden.

In de SFT-matrix kan deze organisatie-eenheid als volgt worden weergegeven.

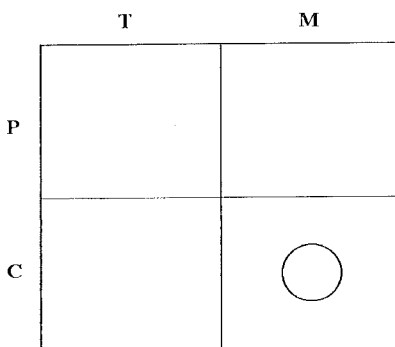


Figuur 2.1

Marktorganisatie met een capaciteitsfunctie

De organisatie-eenheid is voor haar continuïteit afhankelijk van de exclusiviteit van haar organisatiekenmerken in combinatie met de vraag naar deze specifieke capaciteitsfunctie. De strategie wordt opgezet vanuit de markt. Vragers hebben behoefte aan een voor hen specifiek aanbod. Het management dient de exclusiviteit van de eigen organisatie aan te sturen op basis van de exclusiviteit van de organisatiekwaliteiten van de concurrenten en de afnemers. Dit vereist materiedeskundigheid.

In de SFT-matrix kan deze organisatie-eenheid als volgt worden weergegeven.

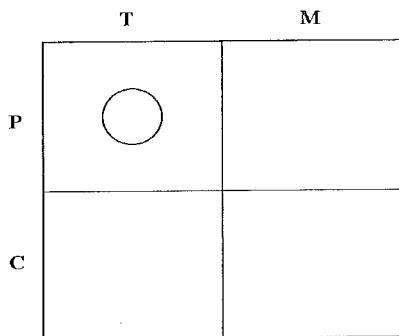


Figuur 2.2

Taakorganisatie met een productfunctie

De organisatie-eenheid voert één of meer producten, die de gebruiker afneemt op basis van de eigenschappen van het product/productconcept. De exclusiviteit van de kenmerken van het product/productconcept is hierbij van belang. De organisatie-eenheid is afhankelijk van een andere organisatie-eenheid (het beleidsorgaan). De leiding van de organisatie-eenheid moet de opdrachten vanuit het beleidsorgaan zo goed mogelijk uitvoeren. Daarnaast moet zij die maatregelen nemen die nodig zijn om de exclusiviteit van de producten/producteigenschappen te verbeteren.

In de SFT-matrix kan deze organisatie-eenheid als volgt worden weergegeven.

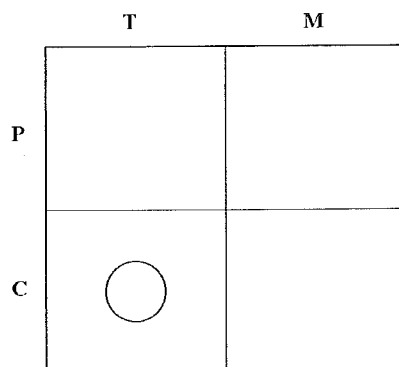


Figuur 2.3

Taakorganisatie met capaciteitsfunctie

Een zuivere taakorganisatie met capaciteitsfunctie is vergelijkbaar met een taakorganisatie met productfunctie. Het verschil heeft betrekking op de kenmerken van de output. De leiding van een taakorganisatie met capaciteitsfunctie zal zich binnen de randvoorwaarden van het beleidsorgaan moeten concentreren op de exclusiviteit van de organisatie-eigenschappen en is hierdoor onderhevig aan krachten vanuit het beleidsorgaan en vanuit de vraag. Het beleidsorgaan bepaalt het handelen van de organisatie.

In de SFT-matrix kan deze organisatie-eenheid als volgt worden weergegeven.



Figuur 2.4

De meerwaarde van de strategische functie-typologie is gelegen in het feit dat zij gebruikt kan worden als analyse-instrument voor het management bij het maken van keuzen op het gebied van strategie- en managementvraagstukken. De strategische functie typologie gaat er van uit dat er bij de strategiebepaling van de organisatie een keuze wordt gemaakt met betrekking tot de functie van de organisatie.

Facilitaire organisaties binnen algemene ziekenhuizen met een traditionele dienstenstructuur kunnen worden aangemerkt als taakorganisaties met een productfunctie. Op basis van de ontwikkelingen zullen facilitaire organisaties opnieuw hun functie dienen te bepalen en dient binnen de SFT-matrix een andere positie te worden gekozen, op basis van de functie die wordt uitgeoefend. Een nieuw gekozen positie binnen de SFT-matrix heeft consequenties voor de organisatie.

Wanneer een organisatie in meerdere kwadranten van de SFT-matrix kan worden geplaatst is er sprake van een mengvorm. In principe is elk type onderhevig aan krachten die de organisatie trekken in de richting van een andere typering. Organisaties kunnen, op basis van een bewuste strategische en organisatorische keuze, overgaan van het ene type naar een ander type (bijvoorbeeld van taakorganisatie naar marktorganisatie). Wanneer een organisatie echter geen duidelijke keuze maakt en zich blijvend positioneert in meerdere kwadranten ontstaan op termijn interne en externe fricties die de continuïteit van de organisatie kunnen bedreigen.

2.5.4 Mintzberg

Mintzberg geeft in zijn boek “Organisatiestructuren” (1999) aan dat er vijf configuraties van organisaties kunnen worden beschreven. Deze configuraties komen tot stand op basis van de coördinatiemechanismen, de ontwerpparameters en situationele factoren. De door Mintzberg beschreven effectieve configuraties worden omschreven op basis van de organisatiekenmerken (zoals standaardisatie).

Deze kenmerken zijn:

- de eenvoudige structuur;
- de machinebureaucratie;
- de professionele bureaucratie;
- de divisiestructuur;
- de adhocratie.

De configuratiesystematiek van Mintzberg kan worden gebruikt om de basisstructuur van de organisatie weer te geven. Daarnaast kan inzicht worden verkregen over de wijze waarop en hoe organisaties over kunnen gaan van de ene in de andere structuur. De uiteindelijke structuur van de organisatie wordt bepaald door de krachten die worden uitgeoefend door respectievelijk de strategische top, de technostructuur, de operators (professionals), de managers van het middenkader en de ondersteunende diensten. Naarmate één van deze krachten meer overheerst, zal de organisatie meer naar de zuivere configuratie neigen.

Ziekenhuizen kunnen volgens Mintzberg worden getypeerd als professionele bureaucratieën. In professionele bureaucratieën ziet men vaak twee bestuurlijke hiërarchieën naast elkaar ontstaan: die van de professionals, een democratische bottom-up hiërarchie en een top-down machinebureaucratie voor de ondersteunende diensten. In de professionele bureaucratie ligt de macht in de kunde. Kennis en vaardigheden geven iemand macht. De macht en de status in de niet professionele hiërarchie worden bepaald door de bestuurlijke positie die men heeft.

Facilitaire organisaties in algemene ziekenhuizen met een traditionele dienstenstructuur komen volgens de typering van Mintzberg overeen met de machinebureaucratie.

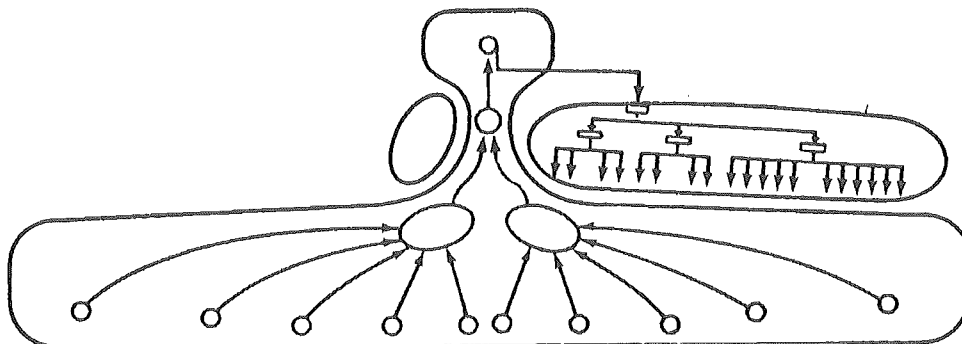
De machinebureaucratie laat zich kenmerken door:

- sterk gespecialiseerde routine werkzaamheden;
- sterk geformaliseerde procedures in de uitvoerende kern;
- een overvloed aan regels, voorschriften en geformaliseerde communicatie;
- grootschalige eenheden op productieniveau met noodzaak tot direct toezicht;
- groepering van taken op functionele basis;
- gecentraliseerde beslissingsbevoegdheid;
- een uitgebreide bestuurlijke structuur met een sterk onderscheid tussen lijn en staf;
- weinig ruimte voor initiatief van de medewerker;
- voor de uitvoering van het werk zijn minimale training en vaardigheden vereist;
- een uitgebreide leidinggevende structuur;
- drie hoofdtaken voor de leiding: het oplossen van problemen tussen de medewerkers van de uitvoerende kern, het verzamelen van feedback informatie naar de hogere regionen en het uitwerken van actieplannen die naar beneden worden doorgegeven.

De machinebureaucratie is gericht op de efficiëntie van het eigen gebied. Aanpassing aan een ander gebied is niet mogelijk. Een turbulente omgeving maakt het moeilijk om te overleven.

De professionele bureaucratie is, vanwege de professionele benadering van de dienstverlening, gecombineerd met de bureaucratische benadering om alles volgens de regels te doen, een bron van conflicten volgens Mintzberg. De lijnen raken elkaar nergens (behalve uiteindelijk in de top van de organisatie).

Een dergelijke organisatievorm is star en alleen geschikt om standaardoutput te produceren. Aanpassen aan veranderende omstandigheden en innovaties is moeilijk. Dit vraagt om een interdisciplinaire aanpak en het lopen buiten de geëigende paden.



Figuur 2.5 Parallele hiërarchieën in de professionele bureaucratie.

2.6 STRATEGIE EN POSITIONERING VAN DE FACILITAIRE TYPOLOGIEËN

2.6.1 Inleiding

Alvorens kan worden ingegaan op de waarde van de diverse typologieën in het kader van deze scriptie dient eerst de betekenis van strategie en strategisch management helder te zijn.

2.6.2 Strategie en strategisch management

Lubberding, Lievers en Verburg (1998) definiëren in hun boek “De bestaansvoorwaarden” de term Strategie als een verzameling regels en voorschriften waaraan de organisatie zich te houden heeft om het bestaansrecht te behouden, dan wel te versterken.

De Leeuw (1994) verstaat onder strategisch management het besturen van de positie van de organisatie in de omgeving. Strategie heeft een inhoudelijke en een organisatorische kant. De inhoudelijke kant betreft de positie zelf (bijvoorbeeld in termen van marktpositie). Bij de organisatorische kant gaat het om de organisatie van de strategievorming. Strategisch management richt zich op het besturen van die aspecten die voor het voortbestaan van de organisatie van essentieel belang zijn. Dit betekent dat strategisch management zowel intern als extern is gericht. Het houdt zich niet alleen bezig met de strategieformulering (voorbereiden en maken van strategische keuzen), maar bepaalt ook hoe die keuzen kunnen worden geïmplementeerd (Keuning en Eppink, 1993).

Wagner (1996) geeft aan dat de strategie van een organisatie niet alleen wordt bepaald door de krachten in de omgeving, maar tevens door mogelijkheden en beperkingen van de organisatie.

In dit verband heeft strategie betrekking op:

- de lange termijnplanning van de organisatie;
- het bestaansrecht van de organisatie;
- de structuurkeuze van de organisatie;
- de organisatorische capaciteit.

De eerste twee aspecten hebben hierbij een relatie met de eerder genoemde inhoudelijk kant. De laatste twee aspecten hebben meer betrekking op de organisatorische kant.

Vanwege de toenemende diversiteit in de vraag vanuit de andere delen van de organisatie en ten gevolge van de ontwikkelingen in de omgeving van organisaties, wordt in toenemende mate een relatie gelegd tussen de functionele bijdrage van de facilitaire organisatie en de slagvaardigheid van de organisatie. Een goede afstemming van alle activiteiten binnen de organisatie is essentieel voor het aanpassingsvermogen van organisaties. Strategische besluitvorming binnen de organisatie komt daarom steeds vaker tot stand op basis van een integraal perspectief op de organisatorische capaciteit en het functioneren van de organisatie als geheel. De secundaire processen binnen de organisatie bepalen voor een groot deel de condities waaronder de organisatie adequaat kan inspelen op de ontwikkelingen. De facilitaire organisatie oefent een grote invloed uit op de condities van alle processen binnen de organisatie en is derhalve medebepalend voor de organisatorische capaciteiten en het functioneren van de

organisatie in relatie tot de veranderende omgeving. In de strategische besluitvorming binnen organisaties zal in toenemende mate het belang van de relatie tussen de facilitaire dienstverlening en het functioneren van de organisatie worden erkend (Wagner, 1996).

2.6.3 Samenhang tussen strategie en de typologieën van Becker, Simon en Mintzberg

De facilitaire organisatie kan binnen de drie genoemde bronnen (paragraaf 2.5) worden gepositioneerd, echter elk met hun eigen invalshoek.

De typering van Becker is voornamelijk gericht op de interne facilitaire organisatie waarbij het ontwikkelen van een gedegen doch flexibel controlesysteem het doel is om het succes van de organisatie te verbeteren. De typering gaat voornamelijk in op de organisatorische kant van de strategievorming: hoe organiseer ik de facilitaire processen zodat zij maximaal bijdragen aan het succes van de organisatie? Wanneer onvoldoende kennis in de organisatie aanwezig is, wordt deze kennis betrokken van buiten de organisatie. De typering gaat niet in op de inhoudelijke kant van de strategievorming: de positie die de organisatie inneemt.

Simon gaat heel duidelijk in op de inhoudelijke kant van strategievorming. Hij brengt een koppeling tot stand tussen organisatie en omgeving. Een organisatie (het systeem) is onderdeel van een groter systeem (de omgeving). De organisatie ontleent haar bestaansrecht aan de functie die zij voor anderen buiten het systeem vervult (de externe functie). De omgeving heeft behoefte aan die functie. Essentieel in de typologie van Simon is de verbinding tussen omgeving, strategie en organisatie. Externe en interne kenmerken op het gebied van organisatie en strategie vertonen een onderlinge samenhang die bepalend is voor het voortbestaan van de organisatie.

Mintzberg positioneert een organisatie op basis van haar kenmerken. De krachten binnen de organisatie bepalen de typologie ervan. Vanuit de kenmerken van een organisatie beschrijft Mintzberg de omgeving ervan. Strategische aspecten waarbij sprake is van gerichte besturing van de organisatie spelen in de typologie van Mintzberg geen duidelijke rol.

Voor wat betreft de relatie tussen de drie genoemde typologieën en de strategie van de organisatie komt dit expliciet naar voren in de typologie van Simon. Hij benadrukt dat de strategische keuze voor een bepaald type organisatie het management in staat stelt om de continuïteit van de organisatie te vergroten. Door de keuze voor een bepaalde typologie is de organisatie beter in staat om op de interne en externe veranderingen te anticiperen.

2.7 ORGANISATIEVERANDERING

2.7.1 De organisatieverandering als cyclisch proces

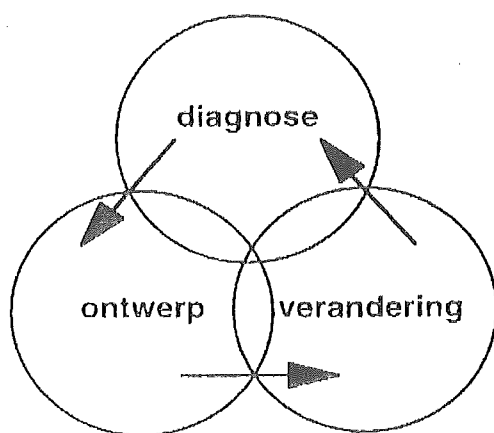
Organisaties veranderen voortdurend. Deze veranderingen kunnen “vanzelf” komen (elke organisatie maakt gedurende haar leven ontwikkelingen door die hun effect hebben op de organisatie), maar zij kunnen ook gebeuren omdat hiertoe maatregelen worden getroffen binnen de organisatie. Veranderingen in de omgeving van organisaties gaan steeds sneller en worden steeds onvoorspelbaarder. Organisaties dienen voortdurend in te spelen op deze verande-

ringen, willen zij kunnen voortbestaan. Er is dan sprake van een organisatorische fit (Lubberding, Lievers en Verburg, 1998). Als gevolg van de steeds snellere, onvoorspelbare veranderingen in de omgeving worden veranderingsprocessen in organisaties complexer.

In zijn boek “Besturen van veranderingsprocessen” (1994) hanteert De Leeuw een methodische benadering met betrekking tot de veranderingsprocessen in de organisatie. De Leeuw maakt hierbij gebruik van drie fasen, te weten:

- de diagnosefase;
- de ontwerpfase;
- de fase van verandering.

Deze drie fasen vormen een continue cyclus binnen de organisatie.



Figuur 2.6 Organisatieverandering als cyclisch proces.

Deze drie fasen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en vormen een cyclisch proces. Elke fase zegt iets over de andere fase. Ondanks deze verbondenheid kunnen de fasen wel afzonderlijk worden beschouwd. Om voort te bestaan passen organisaties zich voortdurend aan aan de veranderingen in hun omgeving. Het organisatieveranderingsproces overbrugt de fase tussen de huidige en de toekomstige situatie.

2.7.2 De diagnosefase

Het doel van de diagnosefase is om inzicht te verkrijgen in de huidige en de toekomstige vorm van de organisatie en het op grond hiervan beoordelen van het functioneren van de organisatie. De diagnose is gericht op die punten in de organisatie die het functioneren van de organisatie moeten verbeteren, gezien de veranderingen in de omgeving. Een diagnose kan zowel curatief als preventief plaatsvinden. Er is sprake van een curatieve diagnose wanneer er in de organisatie een probleem is dat opgelost moet worden. Bij een preventieve diagnose wordt nagegaan of de organisatie goed functioneert en wat er verbeterd kan worden (De Leeuw, 1986; 1994, Wagner, 1996).

In de diagnosefase dienen de volgende vragen aan de orde te komen.

- Wie heeft waarom problemen met het functioneren van een (deel)systeem van de organisatie en welke beoordelingscriteria worden hiervoor gehanteerd?
- Kunnen de problemen worden begrepen?
- Hoe kan het organisatieprobleem worden getypeerd en in hoeverre betreft het een ontwerpprobleem?
- In welke (globale) richting kan een oplossing worden gezocht? Welke andere maatregelen zijn nodig naast de verandering van de organisatievorm?

(De Leeuw, 1994).

Resultaat van de diagnosefase is een beeld en beoordeling van de huidige situatie in het licht van de toekomstige situatie. Dit vormt het begin van de volgende fase: de ontwerpfase.

Op basis van de vragen die in de ontwerpfase aan de orde dienen te komen en de typering van de traditionele ziekenhuisorganisatie (paragraaf 2.2.2), de strategische trends in ziekenhuizen (paragraaf 2.3) en de traditionele facilitaire organisaties (paragraaf 2.5), kan worden geconcludeerd dat de traditionele organisatievorm het bestaansrecht van de organisatie niet veilig stelt. Het gebrek aan integratie, de afstemmingsproblemen tussen professionals onderling, maar ook tussen professionals en ondersteunende afdelingen, de taakgerichtheid van de facilitaire organisatie met een nadruk op kostengerichtheid vormen een bedreiging voor het voortbestaan van de organisatie. Het betreft hier met name een ontwerpprobleem. De starheid van de huidige structuur draagt in belangrijke mate bij aan de aangegeven problemen. De organisatie als geheel is hierdoor niet in staat om haar doelstelling (de medische en verpleegkundige zorgverlening) te realiseren en daarmee in een maatschappelijke behoefte te voorzien.

2.7.3 De ontwerpfase

Een ontwerp kan worden gedefinieerd als de keuze van een geschikte structuur voor een organisatie, rekening houdend met haar omgeving en haar doelstellingen. Centrale vraag in deze fase is: welke organisatievorm is geschikt met het oog op de gestelde diagnose en rekening houdende met de vastgestelde kenmerken van strategie, primair proces en omgeving? (De Leeuw, 1986; 1994).

Het komen tot een nieuw ontwerp vraagt om een integrale aanpak. Door deze integrale aanpak kan worden voorkomen dat problemen ontstaan, c.q. opgelost moeten worden ten gevolge van de relaties tussen de verschillende systeemdelen. Het aangrijpingspunt voor een integraal organisatieontwerp is altijd het primaire proces. Het primaire proces begrenst de keuzemogelijkheden (De Sitter, 1998).

De structuur van de nieuwe organisatie moet zo worden gekozen dat de strategie van de organisatie gerealiseerd kan worden. In dit licht is de uitspraak van Chandler van belang: structure follows strategy (Wulff, 1996). Dit geldt voor alle niveaus binnen de organisatie.

Het nieuwe organisatie-ontwerp moet een antwoord geven op de volgende vragen.

- Kan met de nieuwe structuur de strategie van de organisatie worden gerealiseerd (strategierealisatie)?
 - Is er sprake van een situatiefit: congruentie tussen de nieuwe structuur, de omgeving, de technologie, de omvang en de leeftijd van de organisatie?
 - Kan worden voldaan aan de algemene kwaliteitseisen zoals bestuurbaarheid (mogelijkheid van het management om gericht sturing te geven), efficiency, kwaliteit van de output (beheersing en verbetering van het primaire proces) en kwaliteit van arbeid (de mate waarin de behoeften van de organisatieleden worden bevredigd)?
 - Lost de nieuwe structuur de bestaande interne problemen op?
- (Van Aken, 1994 aangehaald uit Wulff, 1996).

De organisatievorm is samengesteld uit structuur en cultuur. De Leeuw (1994) definieert de organisatievorm als het sterk overlappende complex van structuur en cultuur dat voorwerp is van verandering. Hierbij wordt onder structuur het totale patroon of de verzameling relaties verstaan. Voor de omschrijving van Cultuur hanteert De Leeuw (1994) de omschrijvingen van Sanders en Neuijen (1987): de gemeenschappelijke verstandhouding en Hofstede (1980; 1986): de collectieve mentale programmering.

Het resultaat van de ontwerpfase is een beeld en beoordeling van de toekomstige situatie. Het verschil tussen de diagnosefase en de ontwerpfase vormt het begin van de volgende fase: de veranderingsfase.

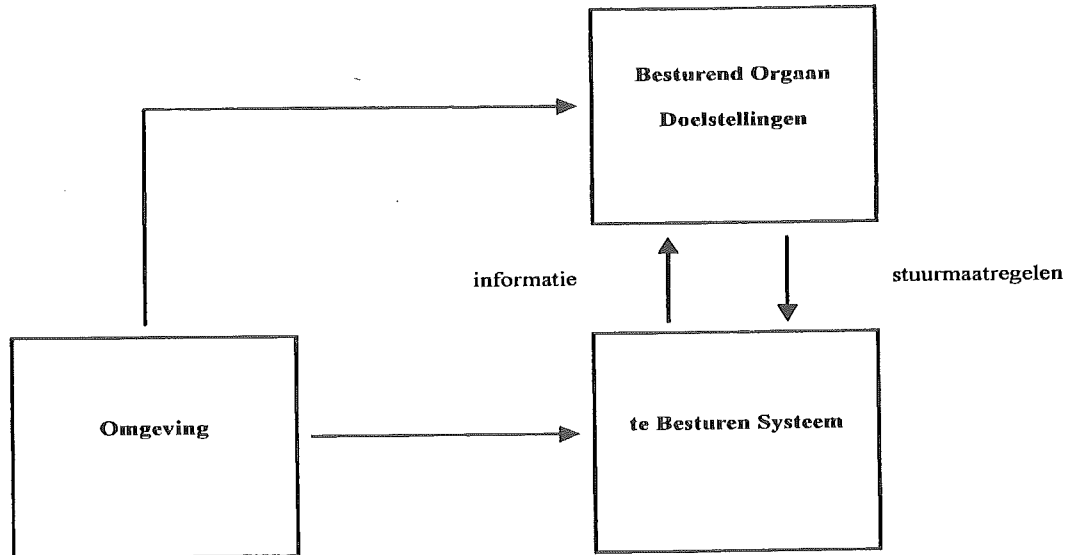
2.7.4 De veranderingsfase

In de fase van verandering vindt beeldvorming over en beoordeling van het ontwikkelingspad plaats. De veranderingsfase heeft betrekking op de weg waarlangs het verschil tussen de huidige situatie en de toekomstige situatie kan worden overbrugd.

Veranderingsprocessen moeten worden bestuurd. Besturing betekent een gerichte beïnvloeding en veronderstelt dat duidelijk is welk orgaan bestuurt en welk systeem wordt bestuurd (De Leeuw, 1994). Besturing is onafhankelijk van het uiteindelijke resultaat van de besturing. Kern van besturing is de gerichtheid van de beïnvloeding.

De uiteindelijke doelen hoeven niet compleet en expliciet te zijn. Daarnaast is de gerichte beïnvloeding onafhankelijk van de wijze waarop de taak over de organisatieleden is verdeeld.

Besturing maakt het, aldus De Leeuw, noodzakelijk om aan te geven wat wordt bestuurd: het te Besturen Systeem (BS) en wat bestuurt: het Besturend Orgaan (BO). Een besturingssituatie kan worden weergegeven door een besturend orgaan en een bestuurd systeem in een omgeving.



Figuur 4.7 BS/BO-besturingsconfiguratie.

In de BO/BS-benadering gaat De Leeuw er van uit dat zowel BS als BO kunnen corresponderen met deelsystemen en dat dit niet per definitie organisatorische subsystemen zijn. De BS/BO-benadering is toepasbaar op zowel sub- als aspectsystemen. Deze benadering maakt een flexibele toepassing van de BS/BO-besturingsconfiguratie mogelijk. Binnen de ziekenhuisorganisatie kan de Raad van Bestuur worden gezien als BO en de verschillende diensten/afdelingen als BS. Met de omgeving wordt dan de externe omgeving van de organisatie bedoeld. Binnen de verschillende diensten kan ook worden gesproken over een BO/BS-relatie. Zo kan de leiding van de facilitaire organisatie fungeren als BO en de medewerkers binnen de facilitaire organisatie als BS. Als omgeving kunnen worden gedefinieerd de overige afdelingen binnen de organisatie, maar ook de externe omgeving die betrekking heeft op het facilitaire vakgebied. In veranderingssituaties is het BO het deelsysteem dat het veranderingsproces bestuurt.

De slaagkans van veranderingstrajecten wordt mede bepaald door de mogelijkheid van de organisatie om zich aan de wijzigende omstandigheden aan te passen. Zowel het leervermogen en het acceptatievermogen van de medewerkers als het veranderingsvermogen van de organisatie zijn hierin bepalende factoren.

Cozijnsen en Vrakking (1993) rangschikken veranderingen naar niveau. Hoe dieper het niveau van de verandering hoe moeilijker het is om veranderingen daadwerkelijk door te voeren. De vier te onderscheiden niveaus zijn:

- niveau 1: de visie en strategie van de organisatie;
- niveau 2: de systemen en structuren die passen bij de visie en strategie van de organisatie;

- niveau 3: herdefiniëring en wijziging van de rollen die worden ingenomen door functionarissen in de organisatie;
- niveau 4: het gedrag van de leden van de organisatie.

Om bewust sturing te geven aan veranderingsprocessen zijn door Chin en Benne (1974) drie veranderingsstrategieën onderscheiden:

- de machts-/dwangstrategie: hierbij gaat het met name om de politieke en economische macht: mensen veranderen als ze gevolgd (moeten) geven aan de plannen van diegenen die meer macht hebben. Van deze strategie wordt gebruik gemaakt wanneer de leiding van een organisatie opdracht geeft tot verandering en daartoe regelingen treft. Het betreft hier een top-down benadering;
- de empirisch-rationele strategie (overtuigingstrategie): mensen laten zich in hun gedragingen leiden door de "rede". Mensen brengen verandering aan in hun gedrag wanneer ze inzien dat deze het eigen belang dient. Deze strategie is gericht op het rationeel rechtvaardigen en aanvaardbaar maken van veranderingen door redelijke argumenten en informatie. De inhoud van de verandering wordt bediscussieerd. Feiten, onderzoek en modellen spelen een belangrijke rol;
- de normatieve re-educatieve strategie (houdingstrategie): het gedrag van mensen verandert pas als mensen hun waarden en normen zelf hebben gewijzigd (wederopvoeding). De strategie is gericht op het mensen bewust maken van de relatie tussen waarden en normen en het gedrag;

(aangehaald uit Cozijnsen en Vrakking, 1993 en Wulff, 1996).

2.7.5 Ontwikkelingen binnen het primaire proces en hun invloed op de facilitaire organisatie

Op basis van de ontwikkelingen in de omgeving van de ziekenhuisorganisatie (paragraaf 2.3) worden ziekenhuizen gedwongen om na te denken over hun huidige organisatievorm. Met andere woorden het bestaansrecht van de ziekenhuisorganisatie komt op basis van de ontwikkelingen (wet- en regelgeving, beperking van financiële middelen, toenemende aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid) in gevaar. Primaire processen vormen het aangrijpingspunt voor het ontwerpen van een nieuw, integraal organisatie-ontwerp. Voor de facilitaire organisatie is het van belang om een helder beeld te hebben van de ontwikkelingen binnen het primaire proces. Dit biedt de facilitaire organisatie de mogelijkheid om hierop te anticiperen. Anderzijds kan de facilitaire organisatie, op basis van haar eigen deskundigheid de voorwaarden scheppen om de veranderingen binnen het primaire proces zo effectief mogelijk te laten zijn.

De trends binnen het primaire proces van ziekenhuisorganisaties kunnen als volgt worden samengevat:

- het inrichten van de organisatie naar patiënt-georiënteerde eenheden (de kanteling van de organisatie);
- decentralisatie van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar de autonome eenheden met een eigen budget;
- een integrale verantwoordelijkheid voor de inhoud en de beheersing van de zorg en behandeling;
- resultaatgericht management.

De facilitaire organisatie die van oudsher vaak zelf bepaalde welke service werd verleend aan het primaire proces, min of meer zelf haar takenpakket bepaalde en hiervoor door de organisatie de financiële middelen kreeg toebedeeld kan niet inspelen op deze ontwikkelingen. De verregaande autonomie van de patiënt-georiënteerde zorgeenheden met de decentralisatie van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar deze autonome eenheden, dwingen de facilitaire organisatie om mee te veranderen. Wanneer de facilitaire organisatie niet mee verandert, legt zij in hoge mate beperkingen op aan de organisatie als geheel om zich te kunnen aanpassen aan de veranderende omgeving. Strategieverandering van de organisatie kan zich derhalve niet alleen richten op het primaire proces, maar dient zich te richten op zowel het primaire proces als het facilitaire proces. Beide processen dienen zich gelijktijdig te ontwikkelen in dezelfde richting. Eerst dan kan de organisatie zich in haar geheel op een adequate wijze aanpassen aan de veranderingen in de omgeving. De trends en ontwikkelingen die momenteel zichtbaar zijn binnen facilitaire organisaties worden besproken in paragraaf 2.8.

2.8 ONTWIKKELINGEN EN TRENDS BINNEN DE FACILITAIRE ORGANISATIE

2.8.1 Inleiding

In de voorgaande paragrafen is ingegaan op het verband tussen de ontwikkelingen binnen het primaire proces binnen algemene ziekenhuizen en het facilitaire proces. Binnen het primaire proces zijn trends waar te nemen, die het voortbestaan van de organisatie dienen te waarborgen. Het facilitaire proces kan helpen om deze veranderingen goed door te voeren. Daarnaast kan het facilitaire proces, op basis van de deskundigheid die aanwezig is in de facilitaire organisatie pro-actief handelen om de veranderingen binnen het primaire proces mogelijk te maken. Beide processen zijn derhalve onlosmakelijk met elkaar verbonden. Verstoringen binnen zowel het primaire proces als het facilitaire proces leggen beperkingen op aan het aanpassingsvermogen van de organisatie als geheel.

Binnen facilitaire organisaties is een aantal trends waarneembaar om de ontwikkelingen in het primaire proces te ondersteunen, dan wel op pro-actieve wijze het primaire proces de gelegenheid te geven haar doelstellingen te realiseren. De inrichting van het primaire proces naar relatief autonome eenheden met een eigen budgetverantwoordelijkheid vormt hierbij het uitgangspunt.

2.8.2 Trends binnen facilitaire organisaties

De trends binnen facilitaire organisaties vertonen overeenkomsten met de trends zoals deze worden gesignaleerd binnen het primaire proces. De traditionele reactieve facilitaire organisatie maakt geleidelijk plaats voor een pro-actieve, kosten-georiënteerde facilitaire organisatie. Deze ontwikkeling verloopt geleidelijk.

De volgende trends c.q. stadia kunnen worden onderscheiden:

- *Kostenconformiteit in prijs en kwaliteit:* de autonome eenheden binnen het primaire proces gaan zich steeds meer als klant gedragen. Zij gaan eisen stellen aan de kwaliteit en de prijs van de diensten die zij inkopen bij de facilitaire organisatie en worden hierbij gedwongen om een juiste afweging te maken tussen prijs en kwaliteit. De facilitaire organisatie dient haar diensten transparant te maken, opdat het primaire proces een juiste afweging kan maken uit het aanbod van diensten, zoals deze door de facilitaire organisatie wordt aangeboden. Voor de facilitaire organisatie betekent dit dat zij de door haar te leveren diensten inzichtelijk (transparant en vergelijkbaar) moet maken: welke dienst wordt geleverd tegen welke prijs en welke kwaliteit kan men verwachten?
- *Interne zelfstandigheid, resultaatverantwoordelijkheid:* De Leeuw (1994) geeft aan dat bij resultaatgericht management het accent wordt gelegd op het bereikte resultaat en minder op de procedures. Een goed resultaat kan worden behaald door scherpe calculaties en goede contractafspraken met de interne afnemers van de facilitaire organisatie. In haar streven naar interne zelfstandigheid zal de facilitaire organisatie boven de kostprijs van de te leveren dienst een opslag berekenen. Deze opslag geeft haar de gelegenheid om zich als zelfstandige eenheid verder te ontwikkelen om uiteindelijk door te kunnen groeien naar een externe verzelfstandigde facilitaire organisatie.
- *Loslaten van het principe van gedwongen winkelnering:* de overgang naar autonoom zelfstandige eenheden impliceert ook dat eenheden zelfstandig keuzes kunnen maken tussen de diverse aanbieders van diensten. Hiermee komt het principe van gedwongen winkelnering onder druk te staan. Binnen de organisatie zal de keuze moeten worden gemaakt in hoeverre het principe van gedwongen winkelnering geheel of gedeeltelijk wordt losgelaten. Verzelfstandiging van de eenheden binnen het primaire proces met decentralisatie van bevoegdheden, gecombineerd met het loslaten van het principe van gedwongen winkelnering, waar dit het inkopen van facilitaire diensten betreft, kan de totale kosten voor de facilitaire diensten van de organisatie opdrijven. Wanneer eenheden zelfstandig de markt opgaan voor het inkopen van hun facilitaire diensten komen inkoopvoordelen als gevolg van schaalgrootte onder druk te staan. Binnen de organisatie zullen uitspraken moeten worden gedaan welke diensten centraal, dan wel decentraal ingekocht mogen worden. Het uiteindelijke resultaat voor de organisatie als geheel zal hierbij een belangrijke afwegingsfactor zijn.
- *Externe verzelfstandiging:* wanneer de facilitaire organisatie er in slaagt om zich als volledig zelfstandige eenheid in leven te houden, kan worden besloten om de organisatie als volledig zelfstandige organisatie, buiten de moederorganisatie verder te laten gaan. We spreken dan van externe verzelfstandiging. De verzelfstandigde facilitaire organisatie kan haar diensten aanbieden op de markt.

In hoeverre een facilitaire organisatie zich zal ontwikkelen richting een externe verzelfstandiging wordt bepaald door de strategische keuze van de organisatie als geheel. Deze strategische keuze bepaalt uiteindelijk de organisatievorm (structure follows strategy).

2.8.3 *Kritisch succesfactoren bij de realisatie van de gewenste facilitaire organisatie*

Facilitaire organisaties ontwikkelen zich in de richting zoals is aangegeven in paragraaf 2.8.2. Elke organisatie kiest daarbij die richting en daarmee die vorm die de organisatie in haar geheel de mogelijkheid geeft het beste te anticiperen op de ontwikkelingen in de omgeving van de organisatie om het voortbestaan te garanderen.

Er is een aantal kritische succesfactoren aan te wijzen die bepalen of de facilitaire organisatie er in slaagt zich als een effectieve en efficiënte organisatie te positioneren. Vosselman en Keijzer (1995) en De Leeuw (1994) geven in hun publicaties meer of minder expliciet een aantal van deze factoren weer, te weten:

- *Een klantvriendelijke structuur:* klanten van de facilitaire organisatie moeten gemakkelijk en bij voorkeur via één centraal punt toegang hebben tot de facilitaire organisatie: de frontoffice functie.
- *Capaciteiten:* de facilitaire organisatie zal voortdurend aandacht dienen te schenken aan zowel de materie- als commerciële deskundigheid binnen haar eigen organisatie. Het voeren van onderhandelingen met de eenheden binnen het primaire proces wordt een normaal onderdeel van de gang van zaken binnen de organisatie. De facilitaire organisatie zal op basis van haar materiedeskundigheid het primaire proces adequaat dienen te adviseren over haar diensten. Daarnaast zal zij als volwaardige partner met de eenheden binnen het primaire proces dienen te onderhandelen over de kwaliteit en prijs van haar dienstverlening. Afspraken hierover worden vastgelegd in de vorm van contracten.
- *Flexibiliteit:* de facilitaire organisatie zal de juiste verhouding dienen te vinden tussen een stuk standaardisatie en flexibiliteit. Standaardisatie kan leiden tot schaalvoordelen. Daarnaast hebben eenheden specifieke wensen met betrekking tot de dienstverlening. De facilitaire organisatie zal in moeten kunnen spelen op deze specifieke wensen en haar deskundigheid dienen aan te wenden om eenheid in verscheidenheid te bewerkstelligen.
- *Oriëntatie op de omgeving:* de facilitaire organisatie zal zich niet alleen moeten richten op de relatie met de eenheden binnen de eigen organisatie, maar zal in toenemende mate oog dienen te hebben voor de aanbieders van facilitaire diensten in de omgeving van de organisatie. Vergelijkingen met betrekking tot aard van de dienstverlening, kwaliteit en prijs van de diensten zoals deze door vergelijkbare organisaties worden aangeboden zijn belangrijk voor de bepaling van de eigen positie in de markt.
- *In- en uitbestedingsbeleid:* facilitaire organisaties worden gedwongen hun processen zo efficiënt en effectief mogelijk te organiseren en zullen worden 'afgerekend' op basis van het geleverde resultaat. Wanneer de eigen facilitaire organisatie niet in staat is om één van haar diensten concurrerend met de markt aan te bieden, zullen organisaties geneigd zijn deze facilitaire diensten uit te besteden.
- *Centralisatie en decentralisatie:* binnen organisaties zal een juiste verhouding dienen te worden gevonden in de mate van centralisatie en decentralisatie. Het ontstaan van autonome eenheden leidt tot verregeande decentralisatie. De organisatie als geheel zal goed oog moeten hebben voor de gevolgen van deze decentralisatie. In een aantal gevallen zal centrale besluitvorming wenselijk blijven, vooral daar waar het gaat om voordelen op

basis van schaalgrootte. Met name binnen de facilitaire organisatie kan centralisatie met oog voor differentiatie leiden tot financiële voordelen voor de autonome eenheden binnen de moederorganisatie.

- *Een goede administratieve organisatie:* de facilitaire organisatie zal moeten beschikken over een instrument waarmee de effectiviteit en de efficiency van de organisatie inzichtelijk gemaakt kan worden. Te leveren diensten moeten transparant zijn waar het de prijs en de kwaliteit betreft. De afspraken met de autonome eenheden dienen te worden vastgelegd. Er dient controle te worden uitgeoefend of de overeengekomen prijs/kwaliteit/prestatie wordt geleverd.

Uit het bovenstaande blijkt dat er binnen organisaties gelijktijdig tegengestelde bewegingen zichtbaar kunnen zijn (centralisatie en decentralisatie, standaardisatie en differentiatie). De organisatie als geheel zal bij haar strategische besluitvorming hiermee rekening dienen te houden. In termen van De Leeuw (1994) betekent dit dat hiermee keuzes worden gemaakt in de BO/BS-configuratie (paragraaf 2.7.4).

2.8.4 Trends binnen facilitaire organisaties en de typologieën van Becker en Simon

In paragraaf 2.5 is een typering van facilitaire organisaties beschreven aan de hand van de theorie van Becker, Simon en Mintzberg. Facilitaire organisatie zijn onderhevig aan veranderingen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de veranderingen zoals deze plaatsvinden binnen de facilitaire organisatie in relatie tot de typologieën zoals omschreven in paragraaf 2.5.

Op basis van de ontwikkelingen binnen het primaire proces van algemene ziekenhuizen en de wijze waarop de facilitaire organisatie hierop anticipeert, dient de facilitaire organisatie zich, binnen de typologie van Becker, te ontwikkelen van een tight fit / loose fit facilitaire organisatie naar een elastic fit organisatie. Decentrale besluitvorming met ruimte voor diversiteit, overleg met de business units over de wederzijdse effecten van ontwikkelingen, besluitvorming op basis van consensus en aandacht voor de kwaliteit zoals deze door de klant wordt ervaren, zijn belangrijke elementen in de huidige ontwikkelingen binnen de facilitaire organisatie en de elastic fit typering van Becker. De elastic fit facilitaire organisatie is voorwaarden-scheppend voor het primaire proces en levert zo haar bijdrage aan het succes van de organisatie. Hierbij dient te worden opgemerkt dat met name Becker zich richt op de interne facilitaire organisatie. De strategische facilitaire organisatie waarbij uitspraken worden gedaan over de positionering van de facilitaire organisatie en de mate van zelfstandigheid komen bij Becker niet aan de orde.

Simon gaat in zijn strategische functietypologie uit van de omgeving, de organisatie en de relatie daartussen. De functie van de output en de keuze voor strategische afhankelijkheid, dan wel onafhankelijkheid zijn bepalend voor de positionering van de organisatie. Met andere woorden: de keuze die door de organisatie wordt gemaakt met betrekking tot de afhankelijkheid van de facilitaire organisatie van de andere organisatie-eenheden en de functie van de output van de facilitaire organisatie, zijn bepalend hoe de facilitaire organisatie kan worden getypeerd. Wanneer de organisatie kiest voor een strategisch onafhankelijke facilitaire organisatie (externe verzelfstandiging) kan de facilitaire organisatie worden getypeerd als een marktorganisatie. Facilitaire organisaties die strategisch afhankelijk zijn van andere organisatie-eenheden worden getypeerd als taakorganisaties (interne verzelfstandiging).

Facilitaire organisaties die producten aanbieden naar eigen ontwerp, worden getypeerd als organisaties met een productfunctie. Wanneer facilitaire organisaties hun capaciteiten aanbieden aan anderen, om naar het ontwerp van deze anderen hun goederen en diensten voort te brengen, wordt de organisatie getypeerd als een organisatie met een capaciteitsfunctie.

De keuzes die organisaties maken met betrekking tot de facilitaire organisaties bepalen de uiteindelijke typering volgens de typologie van Simon. Gezien de verschillende stadia die facilitaire organisaties kunnen doormaken in hun ontwikkeling, zullen zij, afhankelijk van het stadium waarin zij verkeren, kunnen worden ondergebracht in een van de sectoren zoals genoemd binnen de strategische functietypologie-matrix van Simon. Binnen deze matrix kunnen organisaties zich bewegen richting het uiteindelijke streefmodel. Hierbij moeten de organisaties zich bewust zijn van de continuïteitsgevaaren die dreigen wanneer de organisatie niet duidelijk kiest voor het ontwikkelen in de richting van een bepaald type organisatie binnen de SFT-matrix. Zwerven door de SFT-matrix leidt uiteindelijk tot een onbeheersbare situatie.

Mintzberg heeft ziekenhuizen omschreven als professionele bureaucratieën, waarbij de facilitaire organisatie kan worden omschreven als een machinebureaucratie. Mintzberg typeert organisaties op basis van organisatiekenmerken. De wijze waarop organisaties zich dienen te ontwikkelen om hun voortbestaan te garanderen komen in de typologie van Mintzberg niet duidelijk aan de orde.

2.9 KORTE SAMENVATTING LITERATUURVERKENNING

In hoofdstuk 2 is ingegaan op de organisatievorm van het algemene ziekenhuis en de trends die zich momenteel voordien binnen de algemene ziekenhuizen. Er is een wisselwerking tussen de ontwikkelingen binnen het primaire proces en de ontwikkelingen zoals deze zich voordoen binnen facilitaire organisaties. In de omgeving van de ziekenhuisorganisatie doen zich veel veranderingen voor. Om hun voortbestaan te garanderen dienen ziekenhuizen hun organisatievorm aan te passen. Deze aanpassing noemt men “kanteling van de organisatie”. De traditionele functionele structuur maakt hierbij plaats voor een procesgerichte organisatievorm met een verregaande autonomie voor de verschillende organisatie-eenheden. De facilitaire organisatie kan het primaire proces helpen bij het realiseren van haar doelstellingen. Dit kan door anticipatie op de ontwikkelingen binnen het primaire proces, maar ook door een proactieve opstelling, waarbij het facilitaire bedrijf haar organisatorische capaciteiten beschikbaar stelt om het functioneren van de gehele organisatie in de veranderende omgeving te garanderen. Binnen de strategische besluitvorming wordt dan ook in toenemende mate de relatie tussen de facilitaire organisatie en het functioneren van de ziekenhuisorganisatie als geheel erkend.

In de literatuur wordt een aantal typering gevonden van facilitaire organisaties. Het onderbrengen van de traditionele facilitaire organisatie en het “moderne” facilitaire bedrijf wordt binnen deze typering bepaald door de kenmerken van de verschillende organisatievormen. In de literatuur wordt vooral gesproken over strategieën en trends binnen de primaire processen in ziekenhuisorganisaties. Er wordt nauwelijks ingegaan op de wederzijdse afhankelijkheid van het primaire proces en het facilitaire proces en de wijze waarop de facilitaire organisatie een rol speelt in de strategische besluitvorming.

De gevonden literatuur richt zich veelal direct op de operationele consequenties voor de facilitaire organisatie als gevolg van het kantelingsproces. De facilitaire organisatie volgt dus de kanteling. Bewuste beleidsbepalende keuzen aangaande de positionering van de facilitaire organisatie komen nauwelijks aan bod.

In dit onderzoek wordt nader ingegaan op de vraag of organisaties bewuste keuzen maken met betrekking tot de positionering van de facilitaire organisatie, welke dat zijn, en of de uiteindelijke keuze ook daadwerkelijk een bijdrage levert aan het oplossen van de knelpunten binnen de organisatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de typologieën van Becker en Simon.

De facilitaire organisaties voor en na de kanteling zullen worden getypeerd in de terminologie van Becker en Simon. Daarnaast zal worden aangegeven waar de facilitaire organisatie zich bevindt in de SFT-matrix. Simon benadrukt dat organisaties om te overleven een zo zuiver mogelijke organisatievorm binnen de matrix dienen na te streven. In het onderzoek zal worden ingegaan op de mate waarin organisaties hier bewust mee bezig zijn en op welke wijze zij dit gestalte geven. Ook zal worden ingegaan op de trends die momenteel worden waargenomen in de ontwikkeling van facilitaire organisaties (kostenconformiteit, resultaatgerichtheid, keuzen inzake gedwongen winkelnering, mate van verzelfstandiging).

3 DOELSTELLING, PROBLEEMSTELLING EN BEGRIPSOMSCHRIJVING

3.1 INLEIDING

In de algemene inleiding, is kort aangegeven wat de aanleiding is tot dit onderzoek. Binnen een onderzoek staat de probleemstelling centraal. Deze is gebaseerd op verwachtingen en ideeën van de probleemhebber. Op basis van informatieverzameling worden de verwachtingen en ideeën getoetst. Een doelstelling geeft aan waarom er onderzoek wordt gepleegd. Een probleemstelling geeft aan wat er wordt onderzocht.

3.2 DOELSTELLING

De doelstelling van dit onderzoek is:

Het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop binnen algemene ziekenhuisorganisaties met meerdere locaties besluitvorming plaatsvindt over de positionering van de facilitaire organisatie bij het kantelingsproces.

Het onderzoek is niet bedoeld om pasklare oplossingen te genereren voor de wijze waarop facilitaire organisaties binnen grotere algemene ziekenhuizen met meerdere locaties hun dienstverlening zouden kunnen organiseren. Het heeft eerder tot doel om voor het management van de ziekenhuis- en de facilitaire organisatie informatie te verstrekken en aanbevelingen te doen die van belang kunnen zijn voor de besluitvorming binnen organisaties aangaande de functie en inrichting van de facilitaire organisatie. Als gevolg van veranderingen in hun omgeving (o.a. wet- en regelgeving) worden ziekenhuizen gedwongen na te denken over de aanpassing van hun organisatievorm. Besluitvorming over deze aanpassing kan niet los worden gezien van de keuzen die de organisatie dient te maken aangaande de plaats en de functie van de facilitaire organisatie. De uit het onderzoek verkregen informatie kan ziekenhuisorganisaties helpen om te komen tot een adequate besluitvorming aangaande het facilitaire bedrijf: welke organisatievorm ondersteunt onze strategische keuzes?

3.3 PROBLEEMSTELLING

De probleemstelling van dit onderzoek kan als volgt worden omschreven:

Op grond van welke inhoudelijke argumenten vindt binnen de kantelende grotere algemene ziekenhuisorganisaties met meerdere locaties de besluitvorming plaats aangaande de positionering van de facilitaire organisatie; hoe wordt aan de gemaakte keuze voor een bepaalde positionering van de facilitaire organisatie vorm gegeven en welke criteria worden hierbij gehanteerd?

De probleemstelling kan worden uitgewerkt naar de volgende onderzoeksvragen:

- Op welke wijze kan de ziekenhuisorganisatie vóór de kanteling worden getypeerd?
- Op welke wijze kan de facilitaire organisatie vóór de kanteling worden getypeerd?

- Welke redenen liggen ten grondslag aan de kanteling van de ziekenhuisorganisatie?
- Op welke wijze is de organisatie na de kanteling ingericht?
- Op welke wijze vindt binnen de gekantelde organisatie de beleidsbepaling plaats?
- Welke strategische keuzen liggen ten grondslag aan de positionering van de facilitaire organisatie bij kanteling van de ziekenhuisorganisatie: zijn er keuzen gemaakt op basis van de functie van de facilitaire organisatie of zijn er keuzen gemaakt op basis van ontwerpfilosofieën van de moederorganisatie?
- Zijn er op basis van de strategische keuzen veranderingen doorgevoerd met betrekking tot de wijze waarop het beleid voor de facilitaire organisatie wordt geformuleerd en vastgesteld? Welke zijn deze veranderingen?
- In welke richting ontwikkelt zich de facilitaire organisatie sinds de kanteling?
- Kan met de huidige structuur de door de organisatie gekozen strategie worden gerealiseerd?
- Op welke wijze zijn de veranderingen binnen de facilitaire organisatie geïmplementeerd?
- Is er na de kanteling sprake van een situatiefit (een evenwicht tussen de nieuwe structuur en de omgeving)?
- Is de nieuwe structuur een oplossing voor de in het verleden geconstateerde interne problemen (afstemmings-, opstuwings-, besturings- en integratieproblemen)?
- Wat zijn de sterke en zwakke punten van de gemaakte keuzen? Vindt evaluatie plaats of de voorgenomen doelstellingen zijn/worden gerealiseerd?
- Is er sprake van een continu proces van diagnose, ontwerp en verandering?

De onderzoeksvragen geven sturing aan het vraag-/zoekproces in de richting van de doelstelling zoals deze staat geformuleerd in paragraaf 3.2.

3.4 BEGRIPSOMSCHRIJVING

Om begripsverwarring te voorkomen is het wenselijk om de begrippen “kanteling” en “positionering” nader te omschrijven.

Met kanteling wordt in deze scriptie bedoeld dat de verticale ziekenhuisstructuur, welke is gebaseerd op de hiërarchische aansturing van deelsystemen, ondergebracht in functies, c.q. diensten, 180 graden wordt gekanteld naar een horizontale structuur, opgebouwd uit processen die zijn ondergebracht in min of meer autonome eenheden die voor een afgebakende patiëntengroep alle functies op gecoördineerde wijze vervullen (paragraaf 2.3). In de gekantelde organisatie staat de klant centraal bij de inrichting van de processen. Dit betekent

dat alle processen binnen de organisatie opnieuw worden ingericht, waarbij de inrichting plaatsvindt over de grenzen van de verschillende afdelingen vanuit het verleden heen. Met positionering wordt in deze scriptie bedoeld de plaats die de facilitaire organisatie inneemt ten opzichte van de omgeving op basis van de functie die zij inneemt. Het betreft hier zowel de interne omgeving (de plaats die de facilitaire organisatie inneemt te opzichte van het primaire proces en de Raad van Bestuur), als de externe omgeving (de aanbieders van facilitaire diensten).

4 ONDERZOEKSOPZET

4.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de relevantie van het onderzoek, het soort onderzoek, de te hanteren methode van onderzoek, alsmede op de wijze waarop de onderzoekseenheden zijn gekozen.

4.2 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK

In de voorgaande hoofdstukken is aangegeven dat er weinig bekend is over en weinig onderzoek verricht is naar de wijze waarop facilitaire organisaties in de veranderende situatie van algemene ziekenhuizen worden gepositioneerd en vorm gegeven. Dit onderzoek poogt een bijdrage te leveren aan vermeerdering van kennis aangaande dit onderwerp. Vanuit die optiek kan het onderzoek op tweeërlei wijze relevant zijn, namelijk:

- voor de eigen ziekenhuisorganisatie die momenteel aan grote veranderingen onderhevig is, waarbij de facilitaire organisatie opnieuw vorm gegeven dient te worden;
- voor het management van algemene ziekenhuizen en managers van facilitaire organisaties, vanwege de bijdrage die het kan leveren aan een adequate besluitvorming aangaande de positionering en vormgeving van de facilitaire organisatie.

In beide gevallen is sprake van een praktische relevantie. Het onderzoek wordt niet verricht om te komen tot een bepaald conceptueel model aangaande de positionering en vormgeving van facilitaire organisaties.

4.3 TYPE ONDERZOEK

In de literatuur van Baarda en De Goede (1998) wordt gesproken over kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken. Dit onderzoek kan worden getypeerd als kwalitatief. Kwalitatief onderzoek wordt gebruikt wanneer het onderzoek wordt verricht naar de aard en eigenschappen van te onderzoeken verschijnselen. Bij kwantitatief onderzoek wordt ingegaan op het aantal, de omvang en intensiteit van te onderzoeken eigenschappen en kenmerken. Daarnaast maken Baarda en De Goede (1998) onderscheid tussen beschrijvend, exploratief en verklarend. Het doel en het karakter van het onderzoek bepalen het uiteindelijke type onderzoek.

Dit onderzoek is zowel beschrijvend als exploratief. Op basis van het literatuuronderzoek worden de facilitaire organisaties van een aantal gelijkwaardige ziekenhuisorganisaties beschreven en in kaart gebracht. Daarnaast wordt onderzoek gepleegd naar het hoe en waarom van bepaalde keuzen en de relatie tussen de gemaakte keuzen en het welbevinden van de organisatie. Dit geeft het onderzoek dus ook een exploratief karakter.

De Leeuw (1986) maakt onderscheid tussen diverse onderzoekstypen op basis van de verbinding met of afstand tot concrete organisatorische problemen. In termen van De Leeuw kan het onderzoek worden getypeerd als beleidsondersteunend onderzoek. Hierbij kan de uitkomst worden gebruikt om een toename te realiseren van de rationaliteit van het beleid.

Doel van dit onderzoek is het verstrekken van relevante informatie en zo mogelijk het doen van aanbevelingen aangaande de facilitaire organisaties binnen algemene ziekenhuizen, opdat zij vanuit haar specifieke deskundigheid een maximale bijdrage kan leveren aan het voortbestaan van de organisatie in haar omgeving.

4.4 KEUZE ONDERZOEKSEENHEDEN

Bij de selectie van onderzoekseenheden wordt onderscheid gemaakt tussen een gerichte en een niet gerichte selectie. Bij een gerichte selectie wordt op grond van theoretische overwegingen een onderzoeksgroep samengesteld. Bij een niet gerichte selectie wordt niet toegewerkt naar een specifieke samenstelling van onderzoekseenheden (Baarda en De Goede, 1998).

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een gerichte selectie van onderzoekseenheden. Hier is voor gekozen om de relevantie van het onderzoek zo hoog mogelijk te laten zijn. Nederland heeft bijna honderd algemene ziekenhuizen die qua omvang en ontwikkelingsstadium nogal variëren. Om zoveel mogelijk relevante informatie te verwerven dienen de onderzoekseenheden zodanig te worden gekozen dat zij redelijk gelijkwaardig en vergelijkbaar zijn. De eigen ziekenhuisorganisatie is hierbij als uitgangspunt genomen.

Als selectiecriteria zijn gehanteerd:

- de organisatie moet vallen onder de categorie algemene ziekenhuizen;
- de ziekenhuisorganisatie moet beschikken over minimaal 500 bedden;
- het ziekenhuis dient te bestaan uit tenminste twee locaties;
- de ziekenhuisorganisatie moet zijn gekanteld, dan wel bezig zijn met de implementatie van de kanteling.

Op basis van een aantal praktijkbeschrijvingen in de vaktijdschriften en op basis van contacten binnen het werkveld zijn vier ziekenhuizen gevonden die aan deze criteria voldoen, te weten:

- Het TweeSteden Ziekenhuis te Tilburg/Waalwijk
- Het Medisch Spectrum Twente te Enschede
- Het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda
- De Reinier de Graafgroep in Delft/Voorburg/Naaldwijk

Deze ziekenhuizen zijn telefonisch benaderd met het verzoek mee te doen aan het onderzoek. Allen toonden zich hiertoe bereid.

4.5 METHODE VAN DATAVERZAMELING

Baarda en De Goede (1998) geven aan dat bij kwalitatief onderzoek gebruik kan worden gemaakt van drie methoden van data-verzameling, te weten: participerende observatie, interviews en documentverzameling.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de interviewmethode en documentverzameling. Deze vorm van interview behoort tot de categorie van open interviews. Bij open interviews kun je als interviewer vragenderwijs gespreksonderwerpen exploreren.

Voordelen van open interviews zijn:

- de snelheid waarmee informatie kan worden verkregen over meerdere onderwerpen;
- de mogelijkheid tot onmiddellijk doorvragen wanneer daartoe aanleiding is;
- de mogelijkheid tot uitdieping van bepaalde onderzoeksvragen (Baarda, De Goede en Van der Meer, 1997).

Er is gekozen voor de niet volledig gestructureerde vorm, omdat hierbij vooraf een aantal onderwerpen wordt vastgesteld die aan de orde dienen te komen, zodat een aantal basisgegevens kan worden verkregen. Ten behoeve van de interviews wordt vooraf een lijst samengesteld met topics: onderwerpen die in ieder geval aan de orde gesteld dienen te worden (bijlage 1). Het interview begint met een aantal gestructureerde vragen. Vervolgens komen de vooraf vastgestelde onderwerpen aan de orde. Hierbij wordt een open beginvraag gesteld. Door middel van doorvragen wordt de actieve inbreng van de geïnterviewde gebruikt voor de verdere verwerving van gegevens.

Uitgangspunt voor het samenstellen van de lijst met topics vormt de probleemstelling. Voor het samenstellen van de lijst met topics is door Baarda, De Goede en Van der Meer-Middelburg (1997) een aantal richtlijnen aangereikt, te weten:

- het plaatsen van de topics in een logische volgorde;
- het beginnen met een aantal gestructureerde vragen ter gewenning aan de interview-situatie;
- een opklimmende moeilijkheidsgraad;
- van brede beginvraag naar smallere subtopics.

Op basis van de onderzoeksvragen, zoals deze in paragraaf 3.3 zijn aangegeven, is de lijst met topics opgebouwd van verleden naar heden, als volgt:

- de organisatie vóór de kanteling;
- de aanleiding tot de kanteling;
- de gekantelde organisatie;
- het facilitair bedrijf in de gekantelde organisatie.

Naast de uit de interviews verkregen gegevens is gebruik gemaakt van gegevens uit documenten van de betreffende organisaties. Het betreft hier met name interne beleidsstukken.

Alle geïnterviewden hebben het betreffende verslag na uitwerking toegezonden gekregen om de weergave te kunnen toetsen.

De verkregen gegevens zijn verwerkt in het licht van de probleem- en doelstelling op basis van de volgorde in de topiclijst. Voor het onderzoek is niet relevante informatie weggelaten, tenzij deze als verhelderend voor de situatie-omschrijving kon worden beschouwd.

5 RESULTATEN

5.1 *INLEIDING*

Het onderzoek richt zich op vijf grotere algemene ziekenhuizen met meerdere vestigingen, te weten:

- Het TweeSteden ziekenhuis
- Het Groene Hart Ziekenhuis
- Het Medisch Spectrum Twente
- De Reinier de Graafgroep

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van de half-gestructureerde interviews die hebben plaatsgevonden in de genoemde ziekenhuizen. Bij de weergave van de resultaten is uitgegaan van de topics, zoals deze zijn opgenomen in bijlage 1.

5.2 *TWEESTEDEN ZIEKENHUIS*

5.2.1 *Algemeen*

Het TweeSteden ziekenhuis is op 1 januari 1997 ontstaan uit een fusie tussen het Maria Ziekenhuis te Tilburg en het St. Nicolaas Ziekenhuis te Waalwijk. Het is een algemeen ziekenhuis met 575 bedden, verdeeld over twee locaties, te weten: de locatie Tilburg met 425 bedden en de locatie Waalwijk met 150 bedden. Alle basisspecialismen zijn in het ziekenhuis aanwezig. Naast de ziekenhuislocaties beschikt het ziekenhuis over een zogenaamd Kraamhotel met 15 bedden in Goirle. De voorzieningen ten behoeve van het Kraamhotel worden gecoördineerd vanuit het ziekenhuis.

Het interview is gehouden met de heer M.J.M. Hendriks, manager sector Facilitaire zaken.

5.2.2 *De typering en inrichting van de organisatie vóór de kanteling*

Het Maria Ziekenhuis te Tilburg was in 1990 één van de eerste algemene ziekenhuizen in Nederland, waar een kantelingsproces op gang kwam. Het Maria Ziekenhuis kon voor de kanteling worden getypeerd als een traditionele, functioneel gerichte dienstenstructuur (verplegingsdienst, paramedische dienst, technische dienst, civiele dienst en een aantal stafdiensten, waaronder personeelszaken).

De civiele en technische dienst konden worden getypeerd als taakgerichte diensten: het aanbieden van diensten geschiedde naar eigen inzicht; er was sprake van enige bureaucratie, maar er was wel overleg met leidinggevenden binnen het primaire proces.

Het budget voor de civiel-technische ondersteuning werd beheerd door de leiding van de beide diensten.

5.2.3 Aanleiding tot de veranderingen

Knelpunten binnen het primaire proces van het Maria Ziekenhuis in Tilburg zijn aanleiding geweest tot bezinning over de structuur. Deze knelpunten kunnen als volgt worden samengevat:

- problemen met betrekking tot de patiëntenlogistiek
- onvoldoende interdisciplinaire samenwerking;
- gebrekkige onderlinge communicatie;
- verzuiling tussen diensten en afdelingen;
- onvoldoende afstemming tussen de beheerskant en de zorgkant van de organisatie omdat specialisten onvoldoende bij het management van de organisatie zijn betrokken.

Ook binnen de civiele en technische dienst werden afstemmings- en communicatieproblemen geconstateerd.

Om aan deze knelpunten het hoofd te bieden is gezocht naar een structuur die de kwaliteit van de zorgverlening zou kunnen verbeteren.

5.2.4 De gekantelde organisatie

De kanteling van de organisatie is in 1990 in gang gezet. Essentie van de kanteling binnen het Maria Ziekenhuis was het samenvoegen van de klinische en poliklinische afdelingen binnen zogenaamde zorgsectoren, en daarmee het inrichten van een procesgerichte organisatie. Er zijn nu drie zorgsectoren die op medisch gebied gefaciliteerd worden door twee zorgondersteunende sectoren. Als gevolg van deze samenvoegingen is de patiëntenlogistiek verbeterd en zijn medisch specialisten meer verantwoordelijk voor de beheersmatige aspecten van de zorgverlening. De traditionele dienstenstructuur is hiermee verlaten en heeft plaats gemaakt voor een procesgerichte structuur, waarbij de routing van de patiënt door de organisatie leidend is.

De civiele dienst en de technische dienst werden samengevoegd tot de sector Civiel-Technische zaken.

Bij de fusie van het Maria Ziekenhuis met het St. Nicolaas ziekenhuis in Waalwijk is de bovengenoemde structuur leidend geweest en als zodanig ook doorgevoerd als structuur voor het TweeSteden ziekenhuis. Bij deze fusie is het aantal zorgsectoren uitgebreid van drie naar vier. Hierbij zijn de functies binnen het primaire proces van de locatie Waalwijk ondergebracht binnen de vierde zorgsector.

De civiele en technische diensten van het St. Nicolaas ziekenhuis zijn samengevoegd met de sector Civiel-Technische zaken. Hierbij bleef het locatie-management van de verschillende subafdelingen in stand. Bij de kanteling is er met betrekking tot de civiel-technische ondersteuning geen wezenlijke verandering doorgevoerd met betrekking tot de dienstverlening.

De zorgeenheden zijn niet autonoom waar het hun budgetverantwoordelijkheid betreft. De sector Civiel-Technische zaken biedt haar diensten aan de zorgsectoren aan op basis van haar deskundigheid. Afstemming van de dienstverlening gebeurt in goed overleg met de hoofden

van de zorgsectoren. Het budget blijft een centraal budget bij de afdeling Civiel-Technische zaken.

De facilitaire ondersteuning werd tot 1 november 1998 verzorgd door de sector Civiel-Technische Zaken. Vanaf 1 november 1998 is een nieuwe structuur ingevoerd voor deze sector en is deze sector omgebouwd tot de sector Facilitaire zaken.

Het TweeSteden ziekenhuis kent nu vier zorgsectoren, twee sectoren voor faciliterende (= medisch ondersteunende) zorgverlening, een sector Facilitaire zaken, een sector Economie en Financiën en twee stafafdelingen, te weten Personeel & Organisatie en Beleidsontwikkeling & Opleidingen (bijlage 2, organogram TweeSteden ziekenhuis).

Binnen het ziekenhuis wordt momenteel gesproken over het terugbrengen van het aantal zorgsectoren tot twee en het inrichten van één medisch faciliterende sector waarin ook de patiëntenlogistiek wordt ondergebracht. In de huidige gekantelde organisatie is gesignaleerd dat de veranderingen in 1990 hebben bijgedragen aan het creëren van een meer beheersbare situatie, maar dat er nog veel patiëntenbewegingen worden gesignaleerd tussen de verschillende sectoren. Dit vraagt veel van de interdisciplinaire samenwerking, die nog niet altijd vlekkeloos verloopt. Om deze samenwerking te verbeteren is het zogenaamde PRIK-project opgezet: het project integrale kwaliteitszorg. Het verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking en het samenvoegen van de verschillende medische vakgroepen van de beide locaties moet gestalte krijgen in de nieuwe structuur met twee zorgsectoren en één medisch faciliterende sector. Binnen het TweeSteden ziekenhuis wordt hiermee de term “doorkantelen” geïntroduceerd.

De budgetverantwoordelijkheid ligt niet autonoom bij de zorgsectoren, maar is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de managers van de sectoren en de directie. Binnen het managementteam van de ziekenhuisorganisatie worden jaarlijks de begrotingen van de verschillende sectoren doorgenomen. In dit overleg wordt het servicepakket besproken, afgestemd en vastgesteld. Budgetten worden niet gedecentraliseerd. “Je geeft hiermee veel uit handen en het heeft geen toegevoegde waarde. De afstemming tussen de managers van de verschillende sectoren en de directie voor wat betreft servicepakket en totaalbudget waarborgt de kwaliteit.”

5.2.4 De positionering en het ontwerp van de facilitaire organisatie

Ten tijde van de kanteling zijn de civiele en de technische dienst samengevoegd tot de sector Civiel-Technische zaken. Concreet betekent dit dat een aantal diensten is samengevoegd onder leiding van één manager. Er is geen sprake geweest van ingrijpende beleidswijzigingen. In de afgelopen jaren is binnen de sector een aantal knelpunten geconstateerd die aanleiding vormden tot herbezinning over de structuur van de sector.

De geconstateerde knelpunten zijn:

- een verkokerde werkwijze en onvoldoende afstemming tussen de vakdisciplines;
- vertraging in de afhandeling van storingen doordat veel tijd in projecten moest worden geïnvesteerd;
- inefficiënte samenwerking tussen gelijke vakdisciplines op de verschillende locaties;

- onvoldoende aansturing op operationeel niveau: weinig coaching op de werkvloer;
- onevenwichtige balans tussen uitvoerende werkzaamheden en beheersfuncties;
- onvoldoende ruimte voor het ontwikkelen van instrumenten voor evaluatie en toetsing van de dienstverlening.

(Hendriks, 1998)

Om deze knelpunten het hoofd te bieden is een nieuwe structuur opgezet, waarbij de uitgangspunten zijn:

- het terugbrengen van het aantal afdelingen naar vier locatie-overstijgende productgroepen (medische techniek, technische services, voeding en hotelservices);
- het transparanter maken van de sector: welke producten worden geleverd en welke spelregels worden hiervoor gehanteerd (de productencatalogus);
- het opzetten van zogenaamde Service Level Agreements (SLA's), waarin met overige sectoren afspraken worden gemaakt over de diensten die worden geleverd en de kwaliteit van deze diensten;
- het opzetten van prestatie-indicatoren om de dienstverlening te meten;
- het opzetten van een front-office functie: één centrale plaats waar klanten met hun vragen terecht kunnen;
- integratie van dienstverlening waarmee de sector zijn toegevoegde waarde voor de organisatie kan bewijzen ten opzichte van de markt;
- het opzetten van een klantgerichte organisatie in alle lagen van de sector: het creëren van klantbewustzijn, het bevorderen van de klantbereidheid en het verankeren van klantgerichtheid in het dagelijks handelen.

Het jaar 1999 wordt gebruikt voor de invoering van de nieuwe structuur (bijlage 3). Het management van de sector Facilitaire zaken wordt getraind om de nieuwe structuur verder vorm te kunnen geven en om de medewerkers binnen de sector verder te coachen en bekend te maken met begrippen als servicegerichtheid, marktconformiteit en SLA's. Door de nieuwe structuur wordt de sector toegankelijker en wordt de dienstverlening verder gestroomlijnd en krijgt het management binnen de sector meer gelegenheid om de medewerkers te coachen. Hiermee wordt bewerkstelligd dat de doelstelling van de facilitaire organisatie, namelijk "het op een betrouwbare, efficiënte en effectieve wijze ondersteuning bieden aan het primaire proces van onderzoek, behandeling en verpleging van patiënten en het scheppen van randvoorwaarden waarbinnen het primaire proces optimaal kan verlopen" kan worden gerealiseerd (Hendriks, 1998). Er zullen prestatie-indicatoren worden geformuleerd die het uiteindelijk mogelijk maken de prestaties te meten om zonodig aanpassingen te kunnen plegen op de structuur en de kwaliteit van de dienstverlening. Op deze wijze kan een goede service-organisatie worden ontwikkeld.

Er worden echter ook enige valkuilen gesignaleerd. De veranderingsbereidheid en het daadwerkelijk meegaan in alle veranderingen van de medewerkers binnen de sector bepalen de uiteindelijke slaagkans. De commerciële aanbieders van diensten zijn vaak beter toegerust om hieraan vorm te geven dan de eigen facilitaire organisatie. Het investeren in de mensen van de eigen organisatie zodat ze leren om te gaan met dergelijke veranderingen, is derhalve van cruciaal belang. Binnen het TweeSteden ziekenhuis is hiervoor budget beschikbaar gesteld om medewerkers hierin te trainen en te coachen, met andere woorden: er is momenteel veel aandacht voor gerichte training en coaching van de medewerkers met het doel uiteindelijk een goede service-organisatie neer te zetten, die haar toegevoegde waarde ten opzichte van de markt kan waarmaken.

Elke individuele medewerker van de sector Facilitaire zaken dient zich uiteindelijk bewust te zijn van de bijdrage die hij/zij dient te leveren aan het realiseren van de doelstelling van de sector.

5.3 GROENE HART ZIEKENHUIS

5.3.1 Algemeen

Het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda is een algemeen ziekenhuis met ongeveer 600 bedden, verdeeld over twee locaties, te weten de Bleulandlocatie en de Jozeflocatie. Beide locaties zijn gevestigd in Gouda. Alle basisspecialismen zijn in het ziekenhuis aanwezig. Thans is men bezig met plannen voor vernieuwbouw op de Bleulandlocatie. In 2004 hoopt men op deze locatie een nieuw ziekenhuis gerealiseerd te hebben met 450 tot 500 bedden.

Het interview is gehouden met mevrouw M. van Leeuwen, projectmanager facilitair bedrijf. Mevrouw Van Leeuwen is als productgroepmanager en als projectmanager nauw betrokken bij de organisatieverandering zoals deze zich momenteel voltrekt.

5.3.2 De typering en inrichting van de organisatie vóór de kanteling

Vóór de kanteling kon het Groene Hart Ziekenhuis worden getypeerd als een ziekenhuisorganisatie met een traditionele, functioneel gerichte, dienstenstructuur (verplegingsdienst, poliklinische dienst, paramedische dienst, medische staf, technische dienst, civiele dienst).

De technische dienst was taakgericht en enigszins bureaucratisch. De civiele dienst was taakgericht maar was al enige jaren intensief bezig met het trainen van haar medewerkers in service- en klantgerichtheid. De contacten tussen met name de civiele dienst en het primaire proces waren goed te noemen.

Het budget voor de civiele en technische ondersteuning werd beheerd door de leiding van de beide diensten.

5.3.3 Aanleiding tot de veranderingen

Knelpunten in de samenwerking tussen de verschillende disciplines, leidend tot continuïteitsproblemen, zijn directe aanleiding geweest tot herbezinning op de bestaande organisatiestructuur. Deze knelpunten werden gesignaleerd tussen alle diensten en op alle niveaus binnen de organisatie. De gesignaleerde knelpunten hadden betrekking op:

- de afstemming tussen de verschillende diensten en disciplines;
- een gebrekkige communicatie en coördinatie;
- besturingsproblemen en daarmee verlies aan kwaliteit en doelmatigheid van de zorg;
- het ontbreken van integratie tussen de professionele kant en de beheerskant.

Voor wat betreft de civiele en technische dienst konden dezelfde knelpunten worden gesignaleerd. De aanwezigheid van twee locaties en de herverdeling van de zorgafdelingen over deze twee locaties dwongen de civiele- en technische dienst tot samenwerking, om te komen tot een goed product. Om voor de klant een eindproduct van goede kwaliteit te realiseren diende de samenwerking te worden geoptimaliseerd.

Met behulp van een externe deskundige zijn in 1996 de knelpunten, externe ontwikkelingen in de omgeving van de organisatie en de interne ontwikkelingen geïnventariseerd en zijn de uitgangspunten voor het vernieuwingsproces geformuleerd.

De volgende externe ontwikkelingen zijn geïnventariseerd.

- Het zorgcontinuüm: de zorg-op-maat-filosofie. De grenzen tussen de verschillende zorginstellingen zullen verdwijnen. Het ziekenhuis zal een onderdeel worden in de zorgketen. Hierbij zal hoog-complexe zorg in het ziekenhuis plaatsvinden. Laag-complexe zorg kan plaatsvinden in voorzieningen als zotels, verpleeghuizen etc.
- De noodzaak tot product- en procesinnovatie. De toenemende vraag naar zorg, het achterblijven van het nationale budget voor de zorg en de toenemende concurrentie dwingen ziekenhuizen tot een effectievere en efficiëntere inrichting van de zorgprocessen.
- De kritisch(er) wordende patiënt. De patiënt verwacht een zorgverlening op maat en verlangt een maximum aan zorg.
- De toenemende invloed van zorgverzekeraars op het beleid van het ziekenhuis. Verzekeraars verlangen transparantie van de geleverde prestaties en zullen deze prestaties vergelijken met die van andere instellingen.
- Her- en deregulering van wet- en regelgeving. Het management van het ziekenhuis zal steeds nadrukkelijker de verantwoordelijkheid krijgen voor de integrale bedrijfsvoering. Daarnaast legt de overheid steeds meer taken en verantwoordelijkheden neer bij de zorginstellingen.
- De facilitaire markt. Er komen steeds meer aanbieders van facilitaire diensten. Deze aanbieders brengen producten en diensten op de markt die behoren tot hun core-business. Deze aanbieders bewerken intensief de facilitaire markt in de gezondheidszorg en proberen hun toegevoegde waarde aan te tonen.

De volgende interne ontwikkelingen zijn geïnventariseerd.

- De gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de professionals en de managers voor de integrale zorgverlening en de bedrijfsvoering van de gehele organisatie (het medisch specialistisch bedrijf). Hierbij is sprake van duaal leiderschap: specialisten en managers geven op alle niveaus gezamenlijk leiding aan de organisatie.
- Toename van multidisciplinaire zorgverlening: technologische ontwikkelingen leiden tot verdieping en verbreding van de diverse medische vakgebieden.

(Facilitair Bedrijf, Groene Hart Ziekenhuis, 1998)

Om in te kunnen spelen op de bovengenoemde ontwikkelingen heeft het ziekenhuis zich beraden op haar strategische en organisatorische uitgangspunten. Dit heeft uiteindelijk geleid tot kanteling van de organisatie.

5.3.4 De gekantelde organisatie

Op 1 januari 1997 heeft het Groene Hart Ziekenhuis haar organisatie gekanteld. Hiertoe heeft het ziekenhuis in de nota "Organisatie ontwerp Groene Hart Ziekenhuis" een aantal strategische en organisatorische uitgangspunten geformuleerd. (Raad van Bestuur Groene Hart Ziekenhuis, 1996)

Als strategische uitgangspunten zijn in deze nota geformuleerd:

- medische diagnostiek, behandeling en verpleging (het primair proces) staan centraal;
- het ziekenhuis is een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, waar vanuit de diverse disciplines een geïntegreerde sturing plaatsvindt.

Met betrekking tot de organisatorische uitgangspunten maakt het ziekenhuis onderscheid in:

- uitgangspunten inzake de besturingsfilosofie:
 - er zijn drie besturingsniveaus, te weten het strategisch niveau (Raad van Bestuur), het tactisch niveau (management van de diverse eenheden) en het operationeel niveau (werkplekmanagement);
 - elk niveau binnen de organisatie draagt een integrale verantwoordelijkheid voor zowel de kwaliteit en de kwantiteit van de zorg als voor de bedrijfsvoering;
 - de hechte samenwerking tussen professionals en management op de verschillende besturingsniveaus;
- uitgangspunten inzake de ordening van de nieuwe organisatie:
 - de zorgverlening wordt georganiseerd rondom patiëntengroepen;
 - het inrichten van een concernstaf waar strategische adviesfuncties worden ondergebracht ten behoeve van de advisering en ondersteuning van het management;
 - integratie van de uitvoerende administratieve functies binnen de organisatie om de beheersbaarheid van de gedecentraliseerde organisatie-opzet te garanderen;
- uitgangspunten inzake de werkwijze van de nieuwe organisatie:
 - de beleidscyclus als instrument voor sturing en beheersing van alle werkzaamheden binnen de organisatie;
 - het medisch beleid en het ziekenhuisbeleid zijn koersbepalend;
 - de begroting is gebaseerd op het medisch- en ziekenhuisbeleid. De concernstaf adviseert en assisteert bij het opstellen van de begroting;
 - delegatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden naar het management van de zorgeenheden en het werkplekmanagement. Een en ander binnen de beleids- en begrotingskaders;
 - informatie-feedback wordt geproduceerd door de concernstaf en is een middel om te toetsen hoe het management van de zorgeenheden en de werkplekken opereert binnen het beleid en de begroting;
 - contractmanagement: jaarlijks worden afspraken gemaakt over aantal en soort producten en diensten tussen de zorgeenheden en de medisch-ondersteunende eenheden, het facilitair bedrijf en de staffuncties.

De organisatie-opzet voor het Groene Hart Ziekenhuis is weergegeven in bijlage 4.

Het Groene Hart Ziekenhuis heeft gekozen voor een zo plat mogelijke organisatiestructuur. Kernbegrippen hierin zijn: de patiënt staat centraal en het geïntegreerde medisch specialistisch bedrijf. De zorgeenheden vormen met elkaar het primair proces: het proces van diagnose,

behandeling en verzorging van patiënten. De zorgeenheden worden ondersteund door een medisch ondersteunende eenheid, het facilitaire bedrijf (voor alle niet medische, uitvoerende, ondersteunende functies) en de concernstaf (voor beleidsmatige en adviserende ondersteuning).

De civiele- en technische dienst werden bij de kanteling samengevoegd tot het facilitair bedrijf. Het facilitair bedrijf is opgebouwd uit zes productgroepen, die elk sturing geven aan een integrale activiteitenketen. Dit betekent dat alle opeenvolgende acties of handelingen die leiden tot een product, vallen onder de verantwoordelijkheid van het productgroep management (Raad van Bestuur Groene Hart Ziekenhuis, 1996). Zo zijn de volgende productgroepen ontstaan: voeding, bedrijfshygiëne, receptie, medische fysica, techniek & beheer en logistiek. Deze productgroepen worden aangestuurd door een productgroepmanager. Binnen de productgroepen zijn eerste medewerkers benoemd die de dagelijkse gang van zaken regelen. Deze eerste medewerkers vormen geen hiërarchisch niveau. Daarnaast beschikt het facilitair bedrijf over een service desk. Dit is een aanspreekpunt voor alle productgroep overstijgende vragen. Alle managementfuncties zijn locatie-overstijgend. Daarnaast zijn ook de medewerkers locatie-overstijgend inzetbaar.

5.3.5 Het facilitair bedrijf: strategie, doelstelling en positionering

Zowel de externe als de interne ontwikkelingen hebben consequenties voor het facilitaire bedrijf. Het facilitair bedrijf heeft haar strategie, doelstellingen en visie geformuleerd in de notitie "Primair Facilitair". (1998)

Facilitair Management wordt binnen het Groene Hart Ziekenhuis als volgt gedefinieerd:

Facility Management is naast het integraal managen, beheersen en realiseren van de ruimte, de services en de middelen ten behoeve van de (interne) klant, het participeren op strategisch, tactisch en operationeel niveau in de organisatie, zodat het ondersteunende proces kan bijdragen aan de verwezenlijking van de doelen van de totale organisatie in een veranderende omgeving.

Het facilitair bedrijf opereert vanuit een visie waarbij nadrukkelijk de klant centraal staat. Haar primaire doelstelling is het optimaal ondersteunen van het primair proces. Deze ondersteuning wordt gerealiseerd door:

- het inbrengen van deskundigheid en het adviseren op het gebied van facility management;
- het transparant maken van de facilitaire kosten;
- het coördineren en integreren van facilitaire deelprocessen;
- het op een bedrijfsmatige en marktconforme wijze verzorgen van effectieve en efficiënte facilitaire dienstverlening op alle niveaus in de organisatie.

Het facilitair bedrijf heeft gekozen voor de ontwikkeling van een aanbodgerichte organisatie naar een vraaggestuurde organisatie waarbij op termijn wordt gestreefd naar interne verzelfstandiging. Hierbij zal het facilitair bedrijf functioneren als een onderneming binnen de totale organisatie met een resultaatverantwoordelijkheid en een eigen winst- en verliesrekening. Het actief benaderen van de externe markt kan op termijn tot de mogelijkheden behoren, maar vooralsnog worden hiertoe geen concrete acties ondernomen: "wat je doet voor het primaire

proces moet je goed doen, pas daarna zal een actieve benadering van de markt tot de mogelijkheden gaan behoren”.

Bij de verandering van de organisatie van aanbodgericht naar vraaggestuurd wordt binnen het Groene Hart Ziekenhuis aandacht geschonken aan de volgende aspecten:

- de gewenste cultuurverandering tussen zorg-/werkplekmanagers en het facilitair bedrijf, zodat een volwassen klant-leveranciersrelatie kan ontstaan. De zorgmanagers moeten de door hen gewenste producten en diensten kunnen definiëren, eventueel met behulp van het facilitair bedrijf. Het facilitair bedrijf moet op haar beurt in deze producten en diensten kunnen voorzien. Hierbij moet dan ook nog worden gezocht naar een evenwicht tussen uniformiteit en diversiteit;
- het marktconform aanbieden van producten en diensten. Marktconformiteit wordt binnen het Groene Hart Ziekenhuis gehanteerd als een dynamisch begrip: er vindt continu toetsing aan de markt plaats. Als voorwaarden om toetsing aan de markt mogelijk te maken zijn geformuleerd:
 - een heldere productdefinitie;
 - kostentransparantie;
 - het definiëren van kwaliteit, service, betrouwbaarheid;
 - het opzetten van een systeem om kostprijzen te kunnen berekenen.Het principe van marktconformiteit wordt gehanteerd vanuit het oogpunt van kostenreductie en het streven naar een efficiënte, kwalitatief goede en professionele dienstverlening. Het facilitair bedrijf van het Groene Hart Ziekenhuis streeft er naar om in een periode van twee jaar de marktconformiteit te realiseren. Dit gebeurt gefaseerd en per productgroep;
- het formuleren van een beleid met betrekking tot in- en uitbesteding van diensten. In het Groene Hart Ziekenhuis wordt niet direct gedacht in termen van in- dan wel uitbesteden. Er wordt veel waarde gehecht aan samenwerking met externe leveranciers van facilitaire diensten. Het samenvoegen van de eigen kennis van de ziekenhuisorganisatie en de kennis van facilitaire aanbieders (voor wie het leveren van facilitaire producten en diensten tot de core-business behoort), kan voor het ziekenhuis een toegevoegde waarde hebben. Dit betekent dat in- dan wel uitbesteden nooit een doel op zich dient te zijn. Samenwerkingsverbanden tussen het interne facilitaire bedrijf en de externe aanbieders kunnen een bijdrage leveren aan het realiseren van marktconformiteit;
- contractmanagement. Er wordt gewerkt aan het ontwikkelen van een instrument om contracten over de dienstverlening vast te leggen. Deze contracten zullen worden afgesloten op alle niveaus binnen de organisatie. Met de Raad van Bestuur zal een contract worden afgesloten over het beleid van het facilitair bedrijf. Op tactisch niveau zullen contracten worden afgesloten over te leveren producten en diensten, gekoppeld aan kwaliteits- en prijsniveau. Op operationeel niveau worden contracten afgesloten over de operationalisatie van de overeengekomen dienstverlening.

Om oplossingen te kunnen genereren voor alle vraagstukken op facilitair gebied wordt het facilitair management betrokken bij de totstandkoming van de totale planning en strategie van de ziekenhuisorganisatie. Daarnaast kan het facilitair management haar eigen strategie bepalen, zolang dit gebeurt binnen de algemene beleidsuitgangspunten van de ziekenhuisorganisatie.

Het ziekenhuis heeft een beleidsplan voor vijf jaar opgesteld. Op basis hiervan formuleert het facilitair bedrijf haar eigen beleidsplan. Jaarlijks wordt door middel van de kaderbrief, die een coproductie is van het strategisch en tactisch management, aangegeven wat de beleidskaders zijn voor het daarop volgende jaar. Op basis van deze beleidskaders worden jaarplannen uitgewerkt en wordt de begroting opgesteld.

Het facilitair bedrijf is hiermee op tactisch niveau 100% deelnemer. Vanuit deze positie kan daadwerkelijk een bijdrage worden geleverd vanuit het facilitair bedrijf aan het strategische en tactische beleid van de organisatie.

In het organisatieontwerp is aangegeven dat het budget voor alle deelbare goederen wordt toegekend aan de zorgeenheden. Dit betekent dat zorgeenheden diensten inkopen bij het facilitair bedrijf. Hierbij wordt opgemerkt dat het decentraliseren van het budget geen doel op zich dient te zijn, maar een middel om de doelstellingen van het ziekenhuis te realiseren. Het decentraliseren van de budgetten verkeert momenteel in een pilotfase. Voorwaarde voor decentralisatie is dat het management van de zorgeenheden en het facilitair bedrijf beschikken over voldoende managementinformatie om sturing te kunnen geven aan de processen. Daarnaast moeten eerst alle facilitaire deelprocessen in kaart zijn gebracht en transparant worden gemaakt. Eerst dan is het mogelijk om aan te geven welke diensten tegen welke kosten gegenereerd kunnen worden.

5.3.6 Invoeren van de organisatieveranderingen

Al bovengenoemde veranderingen brengen met zich mee dat er een cultuurverandering dient plaats te vinden. Met name ook binnen het facilitair bedrijf. De structuur van de organisatie kan worden vastgelegd, maar de mensen binnen de organisatie moeten alle veranderingen realiseren. Een procesgerichte organisatie die vraaggestuurd gaat werken betekent dat medewerkers van het facilitair bedrijf anders moeten leren denken. Binnen het facilitair bedrijf wordt veel aandacht besteed aan deze omslag in denken. De productgroepmanagers dienen medewerkers te coachen om het probleemoplossend vermogen van medewerkers te vergroten. Daarnaast dienen zij minder gemotiveerde medewerkers aan te spreken op hun gedrag.

Van de medewerkers van het facilitair bedrijf wordt verwacht dat zij taakvolwassen zijn en derhalve over vaardigheden beschikken met betrekking tot:

- collegiale samenwerking;
- zelfstandigheid;
- klantgerichtheid;
- presentatie;
- ondernemerschap.

Om de medewerkers van het Facilitair bedrijf te betrekken bij alle ontwikkelingen hebben alle medewerkers een vereenvoudigde uitgave van de beleidsplannen ontvangen en worden geregeld bijeenkomsten gehouden met alle medewerkers om de voortgang te bespreken. Daarnaast wordt in werkoverleg en trainingen aandacht besteed aan de ontwikkelingen, bewustwording en vaardigheden van de medewerkers. Ook de coachende stijl van leidinggeven door de productgroepmanagers is van wezenlijk belang. Medewerkers ervaren alle veranderingen over het algemeen als positief en raken er van doordrongen dat zij voldoende aandacht dienen te schenken aan de klant en dat de klant als klant behandeld wil worden, en niet als een nummer.

De mogelijkheid tot eigen initiatief wordt zeer gewaardeerd. Daarnaast is het voor sommige medewerkers ook moeilijk om alle ontwikkelingen te kunnen volgen. De verschillende productgroepen zijn niet allemaal even ver in hun ontwikkeling. Dit vraagt om extra aandacht van het management.

5.3.7 Groeimodel

Het facilitair bedrijf ziet het huidige organisatiemodel als een groeimodel. Er is een ontwikkelrichting uitgestippeld: de ontwikkeling naar een klantgerichte organisatie. De route waarlangs dit wordt bereikt staat niet vast. De inbreng van alle medewerkers van het facilitair bedrijf om te groeien naar het uiteindelijke doel is van essentieel belang.

Binnen het facilitair bedrijf heerst het besef dat er nog veel verbeterpunten zijn te benoemen. Het verbeteren van de bedrijfs- en controlecyclus, het managementinformatiesysteem en het optimaliseren van de inrichting van de verschillende processen binnen het facilitair bedrijf zijn hiervan voorbeelden.

De dynamiek in de organisatie en in de omgeving van de organisatie maken ook de processen binnen de facilitaire organisatie dynamisch. Het facilitair bedrijf streeft hierbij naar voortdurende verbetering van haar eigen interne organisatie.

5.4 MEDISCH SPECTRUM TWENTE

5.4.1 Algemeen

Het Medisch Spectrum Twente is een algemeen ziekenhuis met ongeveer 1100 bedden. Het ziekenhuis heeft vijf locaties, te weten twee locaties met polikliniek en beddenhuis in Enschede, één locatie in Oldenzaal met polikliniek en beddenhuis, één buitenpolikliniek in Haaksbergen en één buitenpolikliniek in Losser. Alle basisspecialismen zijn in het ziekenhuis aanwezig. Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan opleidingsmogelijkheden. Het Medisch Spectrum Twente is een fusieziekenhuis. In 1988 zijn de verschillende organisaties met elkaar een fusie aangegaan. Het facilitair bedrijf heeft momenteel 385 fte, verdeeld over 500 medewerkers. Het budget is 41 miljoen gulden per jaar.

Het interview is gehouden met de heer J.J. van der Linde, MBA MHA, Manager Facilitair Bedrijf.

5.4.2 De typering en inrichting van de organisatie voor de kanteling

De organisatiestructuur van de verschillende fusiepartners kon worden getypeerd als traditioneel en functioneel, waarbij onderscheid werd gemaakt in verplegingsdienst, paramedische dienst, technische dienst, civiele dienst en medische staf.

5.4.3 *Aanleiding tot de veranderingen*

De fusie is aanleiding geweest om te komen tot een organisatieverandering. Als gevolg van de fusie ontstond een grote organisatie die volgens de traditionele dienstenstructuur niet bestuurbaar was. Als gevolg van de dienstenstructuur ontstond verzuiling en inflexibiliteit van de organisatie. Daarnaast werd de span of control een probleem in de groeiende organisatie. Bij de civiele en technische diensten werden veel afstemmingsproblemen geconstateerd.

5.4.4 *De gekantelde organisatie*

In 1991 is de nieuwe, gekantelde, organisatiestructuur ingevoerd. Hierbij is uitgegaan van een zogenaamde clusterstructuur. De clustervorming werd hierbij gezien als een middel om een organisatieverandering in gang te zetten en niet als een doel op zich, "het is de motor tot de verandering". In clusters wordt aan bepaalde groepen van patiënten medische en verpleegkundige zorg verleend. Binnen clusters vindt integratie plaats van de beheerskant en van de professionele kant. Er werden negen primaire clusters gevormd die werden ondersteund door het medisch technisch centrum en door het facilitair bedrijf. Het aantal primaire clusters is in de afgelopen jaren teruggebracht tot vijf. Elk cluster beschikt over een eigen financieel deskundige, een verpleegkundig deskundige en een personeelsadviseur.

Naast de clusters is er een aantal stafbureaus. Deze zijn klein qua omvang en hebben een adviserende taak naar de Raad van Bestuur en het lijnmanagement. De stafbureaus voor verpleegkundige en medische zaken zijn onlangs samengevoegd tot één stafbureau. Zie voor een organogram van het ziekenhuis bijlage 5.

Daarnaast zijn recentelijk de zogenaamde resultaatverantwoordelijke eenheden (rve's) ingevoerd. Een resultaatverantwoordelijke eenheid kan worden gezien als een budgetverantwoordelijke eenheid met resultaatverantwoordelijk- en integraal management. Een aantal resultaatverantwoordelijke eenheden vormt samen een cluster.

Een andere ontwikkeling is het zogenaamde doorkantelen van de organisatie. Bij kantelingsprocessen wordt vaak een grote decentralisatie van taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en budgetten gezien. Met name een verregaande decentralisatie van budgetten kan gevolgen hebben voor de organisatie. Schaalgroottevoordelen gaan verloren. Met doorkantelen wordt in het Medisch Spectrum Twente bedoeld dat de organisatie zoekende is naar een juiste balans tussen decentralisatie en centralisatie. Uitgangspunt hierbij is: "decentraal wat decentraal kan, centraal wat centraal moet".

Een duidelijk voorbeeld hiervan vormen de huishoudelijk assistenten. Als gevolg van de decentralisatie waren deze medewerkers ondergebracht bij de primaire clusters. Naast het feit dat de leidinggevenden binnen de clusters over te weinig vakinhoudelijke schoonmaakkennis beschikten leidde de decentralisatie tot versnippering en ontevredenheid bij de klant. Bij continuïteitsproblemen werd telkenmale de hulp van het facilitair bedrijf ingeroepen. Om aan deze problemen een eind te maken is nu besloten om de huishoudelijk assistenten centraal onder te brengen bij een extern bedrijf.

Het beleid binnen het ziekenhuis wordt bepaald op strategisch niveau, te weten de Raad van Bestuur met de clustermanagers (zowel van de primaire als van de ondersteunende clusters). Jaarlijks worden in het verlengde van het ziekenhuisbeleidsplan afspraken gemaakt over het

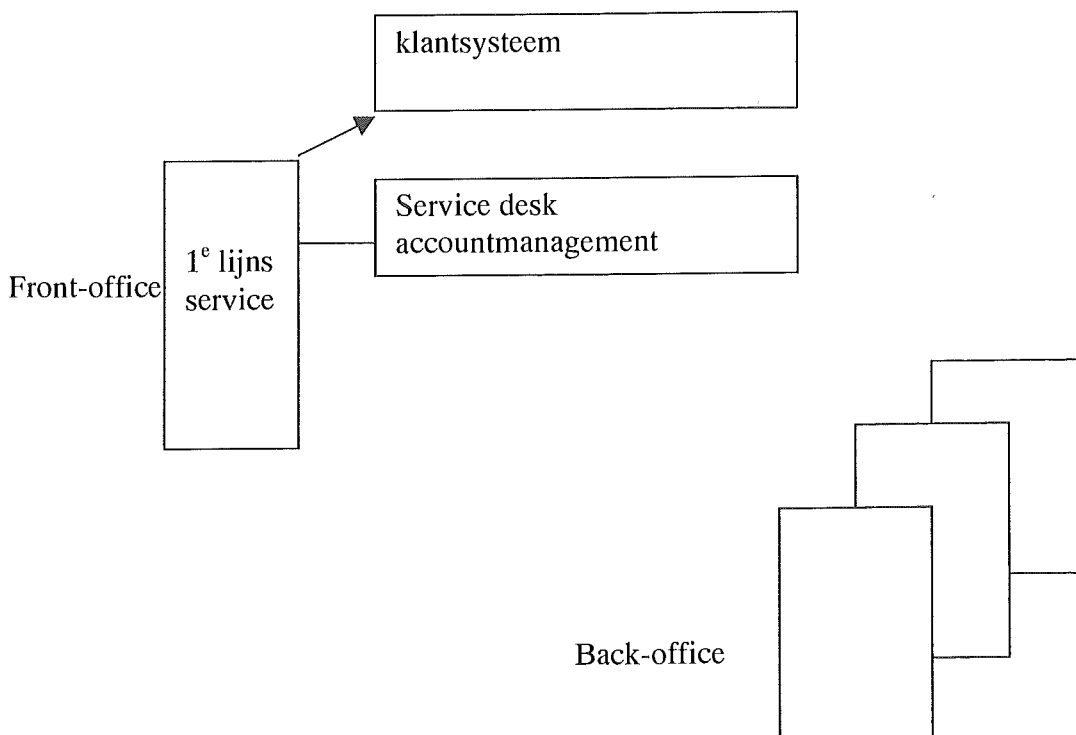
beleid voor het komende jaar en de financiële consequenties van dit beleid. Concreet betekent dit dat bijvoorbeeld de manager facilitair bedrijf zowel met de Raad van Bestuur als met de clustermanagers van de overige clusters productieafspraken maakt.

5.4.5 Het facilitair bedrijf: strategie, doelstelling en positionering

Het facilitair bedrijf is ontstaan in 1991 bij de eerste grote organisatieverandering. Bij de samenvoeging van de verschillende afdelingen is expliciet gekozen voor locatieoverstijgend management, dit om te komen tot een werkelijke integratie van de verschillende afdelingen. Het facilitair bedrijf bestaat uit tien afdelingen. Ook de automatisering, de financiële-, medische-, personeel - en salarisadministratie zijn ondergebracht binnen het facilitair bedrijf (zie voor organogram facilitair bedrijf bijlage 6). De verschillende afdelingen worden aangestuurd door een leidinggevende op HBO-niveau. Op de verschillende locaties zijn, voor zover de activiteiten op die locaties plaatsvinden, eerste medewerkers aangesteld voor de dagelijkse aansturing en continuïteit. Oorspronkelijk vormde het niveau van eerste medewerker geen hiërarchisch niveau. In de praktijk ontwikkelt dit niveau zich nu wel tot een hiërarchisch niveau. De leidinggevenden van de verschillende afdelingen staan te ver van de medewerkers op de werkvloer om bijvoorbeeld functionerings- en beoordelingsgesprekken te kunnen voeren. Dergelijke gesprekken worden momenteel gezamenlijk uitgevoerd door de eerste medewerker en de leidinggevende van de afdeling.

Het facilitair bedrijf heeft de afgelopen jaren hard aan de weg getimmerd. In 1994 zijn strategische lijnen uitgezet. Het facilitair bedrijf zal zich ontwikkelen naar een facilitair bedrijf met een front-office- en een back-office-functie. De huidige structuur wordt dan ook gezien als een groeimodel.

Het toekomstige model kan als volgt worden weergegeven.



De front-office-functie en de accountfunctie onderhouden de contacten met het klantsysteem. In de back-office-functie worden de producten of diensten geleverd. Hierbij zal van alle diensten worden bekeken of zij “zelf gemaakt” worden, dan wel ingekocht, “make or buy”. Hierbij zal het ziekenhuis er nadrukkelijk voor waken dat zij zelf voldoende vakkennis in huis houdt om de dienstverlening door derden te kunnen toetsen. Op kleine schaal wordt op dit moment al op deze wijze gewerkt binnen het facilitair bedrijf. Zo is er binnen de voeding al een front-office- en een back-office-functie aanwezig. Daarnaast wordt het joint venture principe op kleine schaal toegepast. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij in 5.4.4 al genoemde huishoudelijke assistenten. Deze medewerkers zijn in dienst van de organisatie, het management is uitbesteed. Om voldoende schoonmaakkennis in huis te houden en om de kwaliteit van de leverancier te kunnen toetsen heeft het ziekenhuis zelf nog een hoofd huishoudelijke zaken in dienst. Op het gebied van voeding en linnen wordt momenteel naar samenwerkingsverbanden gekeken om voordelen te behalen. De linnenvoorziening wordt met een aantal instellingen gezamenlijk ingekocht en er wordt gekeken naar mogelijkheden om met een collega-ziekenhuis een assemblagekeuken op te zetten.

Behalve de strategie heeft het facilitair bedrijf ook haar missie en randvoorwaarden geformuleerd. De missie van het facilitair bedrijf luidt: “het aanbieden c.q. verzorgen van faciliteiten en facilitaire producten en diensten aan het Medisch Spectrum Twente op een klantgerichte, klantvriendelijke, efficiënte en effectieve wijze”.

“Het facilitair bedrijf wil dit doen door middel van een geïntegreerd facilitair bedrijf dat die dingen zelf doet waar het goed in is (met de klant als meetpunt). Waar anderen het beter en goedkoper kunnen, zal worden gezocht naar partnership of zullen zaken worden uitbesteed.

Het facilitair bedrijf wil dit bereiken door teams van facilitaire ondersteuners, die de klant centraal stellen”.

De randvoorwaarden die het facilitair bedrijf stelt zijn:

- eenduidigheid naar de klant: accountmanagement, servicedesk/helpdesk, dienstverleningscontracten;
- inzicht in producten en diensten: producten- en dienstverleningscatalogus, kengetallen;
- goed opgeleid personeel: scholing.

(Facilitair Bedrijf, MST, september 1997)

In paragraaf 5.4.4 is al aangegeven dat de beleidsbepaling geschiedt door de Raad van Bestuur en de managers van de verschillende clusters. Hiermee is het facilitair bedrijf verankerd in de top van de organisatie.

Om haar uiteindelijke doelstelling te bereiken wordt binnen het facilitair bedrijf hard gewerkt aan het in kaart brengen van al haar processen, het opstellen van een diensten- en producten-catalogus en het berekenen van de integrale kostprijs. Dit betekent dat alle afdelingen, met behulp van externe ondersteuning, zijn of worden doorgelicht. De processen van alle afdelingen worden in kaart gebracht. Het in kaart brengen van deze processen wordt als lastig ervaren, maar het genereert veel gegevens. Behalve dat het duidelijk maakt wat iedereen doet, levert het ook gegevens voor het programma van eisen voor het facility management informatiesysteem, een systeem dat door het facilitair bedrijf als onmisbaar wordt beschouwd om haar doelstellingen te bereiken.

Het inzichtelijk maken van de processen en het daaraan koppelen van de integrale kostprijs draagt er toe bij dat bij het primaire proces een toenemend besef ontstaat “dat iets iets kost”.

Van zeer recente datum is de diensten- en productencatalogus. Aan het tot stand komen van deze catalogus is een jaar lang heel hard gewerkt door alle afdelingen. De catalogus omvat een omschrijving van alle producten en diensten die worden geleverd door het facilitair bedrijf. De catalogus is onlangs gezonden naar de primaire clusters, vergezeld van een enquêteformulier om helder te krijgen of de catalogus voldoet aan de verwachtingen.

Het streven van het facilitair bedrijf is zeker niet gericht op het creëren van een situatie met een “nul-budget”. Ook hier geldt dat de balans tussen decentraal en centraal gevonden moet worden. Decentraal mag nooit een doel op zich worden, het moet een middel zijn om je organisatie te beheersen en te sturen. Wel moet de relatie tussen de productie van het primaire proces en de facilitaire kosten helder zijn. Dit houdt in dat het facilitair bedrijf soms door het primair proces als te zakelijk wordt beschouwd.

5.4.6 Invoeren van de organisatieveranderingen

Het doorvoeren van alle bovengenoemde veranderingen binnen het facilitair bedrijf brengt naast structuurveranderingen ook duidelijk cultuurveranderingen met zich mee. Het betrekken van alle medewerkers bij de veranderingen krijgt veel aandacht. Het startpunt hiervoor lag in 1995. In een bijeenkomst met leidinggevenden is de vraag gesteld: “hoe denken jullie dat de klant naar je kijkt?” Gelijkzeitig werd een enquête gehouden binnen het primaire proces waaruit de knelpunten met betrekking tot het facilitair bedrijf naar voren kwamen. Uit de resultaten bleek er een grote discrepantie te bestaan tussen de beleving van de klant en wat het facilitair bedrijf zich hiervan voorstelde.

Op basis van deze ervaringen zijn alle medewerkers van het facilitair bedrijf in 1995 naar een cursus “klantgerichtheid” geweest. Deze cursus heeft een duidelijk positief effect gehad zowel op de medewerkers als op het primaire proces.

Om alle medewerkers betrokken te houden bij de ontwikkelingen zijn duidelijke communicatielijnen uitgestippeld. Zo is er wekelijks een kick-off bijeenkomst met de leidinggevenden van de afdelingen en de manager facilitair bedrijf; er is een algemeen facilitair overleg met de leidinggevenden van de afdelingen en met de eerste medewerkers en er is het werkoverleg binnen de afdelingen. Daarnaast worden themabijeenkomsten georganiseerd over specifieke onderwerpen. Jaarlijks is er een facilitair feest waar wordt teruggeblikt op het afgelopen jaar en waar een blik in de toekomst wordt geworpen. De missie en de randvoorwaarden komen telkenmale aan de orde in de overleggen met de medewerkers. Herhaling is noodzakelijk om blijvend effect te bewerkstelligen.

Op haar weg naar het bereiken van de doelstellingen is het facilitair bedrijf een aantal kritische succesfactoren tegengekomen. Deze kunnen worden samengevat als:

- draagvlak voor alle ontwikkelingen tot op het hoogste niveau in de organisatie;
- het goed begeleiden van alle processen die doorlopen moeten worden;
- het durven maken van keuzen: welke taken moeten worden uitgevoerd en met hoeveel mensen; welke kwaliteitscriteria stellen we aan deze mensen en wat doen we met mensen die niet aan de criteria kunnen voldoen?

Behalve heel veel positieve punten signaleert het facilitair bedrijf ook een aantal zwakke punten. Het ontbreken van Service Level Agreements en het ontbreken van goede kengetallen om de relatie tussen productie en kosten duidelijk te maken werkt belemmerend. Daarnaast laat de Wet van de remmende voorsprong zich gelden: “het te ver voor de troepen uit lopen”. Dit neemt niet weg dat het facilitair bedrijf gestaag doorgaat met het realiseren van haar doelstellingen.

5.5 REINIER DE GRAAF GROEP

5.5.1 Algemeen

De Reinier de Graaf Groep is een algemeen ziekenhuis met 900 bedden en 2500 medewerkers. Tot de Reinier de Graaf Groep behoren het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft, het Diaconessenhuis te Voorburg, het Behandelcentrum Westland in Naaldwijk en het Diagnostisch Centrum SSDZ in Delft. Alle basisspecialismen zijn vertegenwoordigd. Vanaf 1984 heeft een aantal fusies plaatsgevonden tussen verschillende organisaties, die momenteel met elkaar de Reinier de Graaf Groep vormen.

Het interview is gehouden met de heer F. Steutel, manager facilitair bedrijf.

5.5.2 De typering en inrichting van de organisatie vóór de kanteling

De organisatiestructuur van de Reinier de Graaf Groep kon worden getypeerd als een klassieke dienstenstructuur, ordergestuurd, weinig innovatief en niet pro-actief. De medische staf was prominent aanwezig. Na de fusie waren er, verdeeld over de verschillende locaties, 30 diensten, allemaal met een eigen diensthoofd.

5.5.3 Aanleiding tot de veranderingen

Als gevolg van verschillende fusies was een grote organisatie ontstaan met dertig diensten en diensthoofden plus vijf directeuren. Dit maakte de organisatie moeilijk bestuurbaar en beheersbaar. In 1995 is gestart met het ontwikkelen van plannen om te komen tot een beter te beheersen organisatie waarbij de “logistiek van de patiënt” centraal zou staan en waar sprake zou zijn van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de inhoud en de beheersing van de zorg bij zowel het management als de professionals binnen de organisatie.

5.5.4 De gekantelde organisatie

Binnen de Reinier de Graaf Groep is gekozen voor de zogenaamde clusterstructuur. In clusters wordt aan bepaalde groepen van patiënten medische en verpleegkundige zorg verleend. Binnen clusters vindt integratie plaats van de beheerskant en van de professionele kant. Eind 1998 heeft de nieuwe clusterstructuur gestalte gekregen. Er zijn drie primaire clusters gevormd: moeder en kind, snijdend en beschouwelijk. De primaire clusters worden ondersteund door één medisch ondersteunend cluster. Naast de primaire clusters en het medisch

ondersteunend cluster kent de organisatie nog vier ondersteunende clusters, te weten: het facilitair bedrijf, personeel, organisatie & opleiding, financiën, beheer & beleid en informatie & automatisering. Hiermee komt het totaal aantal clusters op acht. De directie fungeert als een Raad van Bestuur.

Het beleid van het ziekenhuis wordt bepaald op strategisch niveau, te weten de Raad van Bestuur met de clustermanagers (van zowel de primaire clusters als van de ondersteunende clusters). De managers van de clusters bereiden met elkaar de beleidsplannen voor en presenteren dit vervolgens aan de Raad van Bestuur. Besluitvorming vindt plaats in het zogenaamde managementteam: het gezamenlijk overleg tussen Raad van Bestuur en de clustermanagers. De diverse clusters formuleren elk hun eigen beleidsplan. Afstemming vindt plaats op basis van onderling overleg. Vanuit deze beleidsplannen worden per cluster de jaarplannen geformuleerd. Hiermee is de zogenaamde beleidscyclus gevormd.

Binnen de Reinier de Graaf Groep wordt momenteel hard gewerkt aan het formuleren van een visie voor de gehele organisatie. Een belangrijk punt in deze visie zal zijn het aangaan van samenwerkingsverbanden met andere organisaties in de gezondheidszorg. Hierbij moet worden gedacht aan ouderenzorg, psychiatrie en RIAGG. Het ziekenhuis zal onderdeel gaan uitmaken van de zogenaamde zorgketen. Daarnaast zal het ziekenhuis dienen in te spelen op de veranderende houding van de klant. De vanzelfsprekendheid waarmee een klant naar juist dit ziekenhuis komt, vervalt. De organisatie zal moeten inspelen op de wijze waarop de klant zijn keuze bepaalt.

5.5.5 Het facilitair bedrijf: strategie, positionering en structuur

Het facilitair bedrijf is eind 1998 ontstaan bij de grote reorganisatie. Gelijktijdig kwam de huidige manager facilitair bedrijf in dienst van de Reinier de Graaf Groep. In de periode tot februari 1999 is de nieuwe structuur voor het facilitair bedrijf in kaart gebracht en geïmplementeerd. Het facilitair bedrijf kent nu drie grotere afdelingen, te weten: hoteldienst, vastgoed en inkoop & logistiek. Veiligheid is een stafafdeling binnen het facilitair bedrijf. De diensten worden aangestuurd door zogenaamde afdelingshoofden. De verschillende disciplines binnen de diensten worden aangestuurd door teamleiders; afhankelijk van de omvang van de discipline, is er nog de functie van eerste medewerker. Alle leidinggevenden binnen het facilitair bedrijf zijn locatieoverstijgend.

Het facilitair bedrijf is via de manager facilitair bedrijf verankerd in de top van de organisatie en kan vanuit deze positie het strategisch- en algemeen ziekenhuisbeleid mede vormgeven. Binnen de algemene kaders van het ziekenhuisbeleid kan het facilitair bedrijf haar eigen beleid bepalen.

Momenteel wordt binnen het facilitair bedrijf hard gewerkt aan het formuleren van een visie en een beleidsplan. Als gevolg van de reorganisatie, de invoering van de nieuwe organisatie-structuur en het aanstellen van een nieuwe manager facilitair bedrijf aan de vooravond van genoemde reorganisatie is het beleid van het facilitair bedrijf nog niet geheel uitgewerkt. Elementen die in het beleidsplan aan de orde zullen komen zijn:

- het ontwikkelmodel voor het facilitair bedrijf: het introduceren van het accountmanagement en een servicebureau facilitair bedrijf;
- het integraal aanbieden van producten en diensten aan de klant;

- de wijze waarop de communicatie met de klant binnen het primaire proces vorm en inhoud gegeven dient te worden;
- het pro-actief zoeken naar samenwerkingsverbanden met andere gezondheidszorgorganisaties en leveranciers van facilitaire producten. Deze samenwerkingsverbanden kunnen verschillende vormen hebben. Voor elk onderdeel van het facilitair bedrijf zal gezocht worden naar de meest geschikte vorm;
- het berekenen van de integrale kostprijs van de producten en diensten die door het facilitair bedrijf worden aangeboden;
- het vergelijken van deze integrale kostprijs met de prijzen in de markt;
- kwaliteitsbeleid en –management;
- formuleren van beleid ten aanzien van het in- en uitbesteden van activiteiten. Uitgangspunt hierbij zal zijn dat de organisatie voldoende specifieke vakkennis in huis dient te houden en dat die zaken die het facilitair bedrijf zelf goed kan en waar zij veel kennis van heeft in eigen beheer zullen worden uitgevoerd;
- het formuleren van uitgangspunten met betrekking tot het decentraliseren van budgetten: budgetten zullen worden gedecentraliseerd wanneer de integrale kostprijs is berekend en wanneer decentralisatie een bepaalde meerwaarde heeft. Met andere woorden: decentralisatie is geen doel op zich, maar een instrument. Doe decentraal wat decentraal kan en centraal wat centraal moet. Er dient een balans te worden gevonden tussen centralisatie en decentralisatie van kosten. Wel dienen de kosten van producten en diensten binnen het facilitair bedrijf transparant te zijn;
- het opstellen van Service Level Agreements met de overige clusters en de Raad van Bestuur over te leveren producten en diensten, gekoppeld aan kwaliteits- en financiële afspraken;
- personeels- en opleidingsbeleid: het versterken van het zelfoplossend vermogen van medewerkers en het trainen van leidinggevenden in de wijze waarop zij hun medewerkers hierin kunnen coachen;
- maincontracting. Op de locatie Voorburg vindt een pilot plaats op dit gebied. Het betreft hier de techniek. Het beleid ten aanzien van maincontracting dient te worden geformuleerd, gekoppeld aan de uitgangspunten met betrekking tot in- en uitbesteding van activiteiten en het handhaven van voldoende vakkennis in de eigen organisatie.

Het huidige model van het facilitair bedrijf dient te worden gezien als uitgangspunt voor het verder opbouwen van de organisatie en het ontwikkelen van plannen om te komen tot een geïntegreerd facilitair bedrijf. Het beleidsplan zal voor de komende jaren richtinggevend zijn. De huidige situatie dient dan ook te worden gezien als een startpunt voor verdere ontwikkeling. Het facilitair bedrijf is in de steigers gezet. Er kan nu worden begonnen met bouwen. Hiertoe zullen alle processen van het facilitair bedrijf in kaart worden gebracht en zal worden gezocht naar de wijze waarop producten en diensten integraal kunnen worden aangeboden aan de klant en naar de wijze waarop dit het beste kan worden georganiseerd op basis van de uitgangspunten zoals deze zijn opgenomen in het beleidsplan.

5.5.6 Invoeren van de organisatieveranderingen

De veranderingen die het laatste jaar zijn doorgevoerd binnen de Reinier de Graaf Groep zijn zeer ingrijpend geweest. Communicatie met de medewerkers is hierbij zeer belangrijk. Ook binnen het facilitair bedrijf wordt hieraan aandacht geschonken. De medewerkers binnen het facilitair bedrijf kunnen worden getypeerd als zeer loyaal naar de organisatie. De toekomstige

ontwikkelingen kunnen door hen als bedreigend worden ervaren. Omdat het leidinggevend kader van het facilitair bedrijf versnipperd was over vele diensten en werkplekken is gestart met het concentreren van de leidinggevendenden binnen één gebouw. Deze concentratie heeft de onderlinge contacten geïntensiveerd. Geregeld vindt overleg plaats tussen de manager facilitair bedrijf, de afdelingshoofden en de teamleidinggevendenden. Zij vormen een essentiële schakel in de communicatie naar de medewerkers. In de toekomst zal veel aandacht dienen te worden besteed aan het ontwikkelvermogen van de medewerkers. Uiteindelijk bepalen de medewerkers de cultuur van het bedrijf en de kwaliteit van het product. Aspecten als klantgerichtheid, communicatie met de klant en zelfoplossend vermogen zullen hierbij uitgebreid aan de orde komen.

Als kritische succesfactoren voor het uiteindelijk realiseren van de door de organisatie beoogde doelstellingen kunnen worden aangegeven:

- het formuleren van een duidelijke visie door de organisatie;
- het formuleren van een duidelijke visie op de rol van de professionals;
- een heldere en duidelijke communicatiestructuur tussen de managers van de verschillende clusters en de Raad van Bestuur;
- een helder inzicht in de productie en de daarmee samenhangende kosten;
- een weloverwogen personeelsbeleid dat ruimte creëert voor het doorvoeren van veranderingen.

6 ANALYSE VAN DE ONDERZOEKSRESULTATEN

6.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal worden teruggeblikt op het uitgevoerde onderzoek. Er zal worden nagegaan of de onderzoeksvragen zijn beantwoord en of de resultaten kunnen worden gekoppeld aan de in de literatuurverkenning uitgewerkte theorie. De in paragraaf 3.3 geformuleerde onderzoeksvragen zullen dienen als richtlijn bij de interpretatie van de gevonden resultaten.

6.2 ANALYSE

6.2.1 Algemeen

In het kader van het onderzoek zijn interviews gehouden met facilitaire managers van vier grotere algemene ziekenhuizen. Elk ziekenhuis bestaat uit minimaal twee locaties. De vier ziekenhuizen zijn allen ontstaan uit een fusie, dan wel uit een aantal elkaar opvolgende fusies. In twee van de vier ziekenhuizen wordt al langere tijd gewerkt aan kanteling van de organisatie (TweeSteden ziekenhuis en Medisch Spectrum Twente). In de andere twee ziekenhuizen is het kantelingsproces van recente datum (Groene Hart Ziekenhuis en Reinier de Graaf Groep). In twee van de vier ziekenhuizen (Medisch Spectrum Twente en Reinier de Graaf Groep) is het fusieproces een belangrijke factor geweest bij de bezinning over de positie en structuur van de ziekenhuisorganisatie.

6.2.2 *Op welke wijze kan de ziekenhuisorganisatie voor de kanteling worden getypeerd?*

De organisatie van alle vier ziekenhuizen kon vóór het kantelingsproces worden getypeerd als traditioneel. In alle ziekenhuizen was een functionele dienstenstructuur aanwezig, waarbij onderscheid werd gemaakt tussen de verplegingsdienst, de medische staf, de civiele dienst, de technische dienst, de financiële dienst en de afdeling personeelszaken. Deze organisatievorm is door allen omschreven als traditioneel en klassiek. Op basis van de in paragraaf 2.5.4 behandelde theorie over het klassieke organisatiemodel voor ziekenhuizen is de typering van Mintzberg, waarbij hij ziekenhuizen typeert als een professionele bureaucratie, duidelijk van toepassing op de aan het onderzoek deelnemende ziekenhuizen. In elk ziekenhuis konden de twee bestuurlijke hiërarchieën worden onderscheiden: de professionals en de machinebureaucratie van de ondersteunende diensten.

Resumerend:

De ziekenhuisorganisatie kan voor de kanteling worden getypeerd als een klassieke, functionele dienstenstructuur.

6.2.3 *Op welke wijze kan de facilitaire organisatie vóór de kanteling worden getypeerd?*

Met betrekking tot de facilitaire organisatie geldt dat deze vóór de kanteling voor alle ziekenhuizen bestond uit een afzonderlijke civiele- en technische dienst, soms nog met verschillende sub-diensten, met elk weer een eigen diensthoofd. Deze diensten functioneerden taakgericht en hadden elk een eigen budget. De diensten bepaalden zelf het product dat zij leverden en waren min of meer bureaucratisch georganiseerd. Er was weinig innovatief vermogen aanwezig. Communicatie met het primaire proces vond hoofdzakelijk plaats via het gezamenlijk overleg met de verschillende diensthoofden van andere diensten.

In termen van Becker kunnen de ondersteunende diensten vóór de kanteling worden getypeerd als organisaties met kenmerken van de loose fit en van de tight fit facilitaire organisatie. De ondersteunende diensten waren voornamelijk gericht op operationele activiteiten. Er was geen sprake van een visie op de ondersteunende functie, daarnaast waren de diensten in meer of mindere mate bureaucratish.

In termen van de SFT-matrix van Simon kunnen de ondersteunende diensten voor de kanteling worden getypeerd als een taakorganisatie met productcapaciteit. Een taakorganisatie vanwege de afhankelijkheid van een andere organisatie-eenheid (het Besturend Orgaan ofwel de directie van de ziekenhuisorganisatie, in termen van De Leeuw). De ondersteunende diensten boden de producten aan naar hun eigen ontwerp en eigen inzicht. Men bepaalde zelf wat goed was.

Resumerend:

De facilitaire organisatie kan voor de kanteling in termen van Becker worden getypeerd een als een organisatie met kenmerken van de tight fit dan wel loose fit facilitaire organisatie. In termen van Simon als een taakorganisatie met productcapaciteit. In de BS/BO-besturingsconfiguratie van De Leeuw (1994) kan de directie van de ziekenhuisorganisatie worden aangemerkt als Besturend Orgaan en de ondersteunende diensten als te Besturen Systeem. Binnen de ondersteunende diensten kan de leiding van de dienst op haar beurt worden gezien als een Besturend Orgaan en de medewerkers binnen de dienst als een te Besturen Systeem.

6.2.4 *Welke redenen liggen ten grondslag aan de kanteling van de ziekenhuisorganisatie?*

Door fusies die uiteindelijk leidden tot het ontstaan van het Medisch Spectrum Twente en de Reinier de Graaf Groep ontstonden grote ziekenhuisorganisaties met meerdere locaties. De omvang van de totale organisatie en de versnippering over vele diensten hebben binnen de ontstane ziekenhuizen geleid tot herbezinning op de functie en organisatievorm van het ziekenhuis. In deze ziekenhuizen ontstond vrij snel na de fusie een interne afstemmingsproblematiek. Voor het TweeSteden ziekenhuis waren deze afstemmingsproblematiek en de verzuiling niet gekoppeld aan een fusie. Al vóór de fusie tot TweeSteden ziekenhuis was deze problematiek binnen het Maria Ziekenhuis aanleiding tot herbezinning.

Dezelfde afstemmings- en verzuilingsproblematiek kwam voor bij het Groene Hart Ziekenhuis. In hoeverre de fusie hier in dit geval debet aan is geweest is niet bekend.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat met name de interne problematiek binnen de ziekenhuisorganisaties aanleiding was tot herbezinning over de organisatie. Deze bevinding komt overeen met hetgeen Wulff in zijn proefschrift heeft aangehaald over de knelpunten in het functioneren van ziekenhuizen (paragraaf 2.2.2).

Resumerend:

Interne afstemmingsproblematiek is in de ziekenhuizen aanleiding geweest tot herbezinning over de structuur van de organisatie. In een aantal gevallen is de afstemmingsproblematiek meer manifest geworden als gevolg van fusies.

6.2.5 Op welke wijze is de organisatie na de kanteling ingericht?

Alle ziekenhuizen hebben als organisatievorm bij de kanteling gekozen voor een cluster- dan wel zorgeenhedenstructuur, met als uitgangspunten:

- “de patiënt staat centraal”;
- een integrale verantwoordelijkheid voor de inhoud en de beheersing van de zorg en behandeling ofwel een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de beheerskant en de professionals voor de inhoud en de beheersing van de zorg en behandeling.

Kanteling heeft in elk van de onderzochte ziekenhuizen de betekenis gekregen van het verlaten van de verticale ziekenhuisstructuur, die was gebaseerd op een hiërarchische aansturing van deelsystemen, ondergebracht in functies c.q. diensten en de vorming van een horizontale structuur opgebouwd uit processen die zijn ondergebracht in min of meer autonome eenheden (paragraaf 3.4). Er is sprake van zogenaamde primaire clusters of zorgeenheden en een medisch ondersteunend(e) cluster-/eenheid. Binnen de primaire clusters of zorgeenheden wordt aan een bepaalde patiëntencategorie medische- en verpleegkundige zorg verleend. De primaire clusters/zorgeenheden vormen tezamen de primaire processen van de organisatie. Het streven is om processen in zo min mogelijk deelsystemen op te splitsen. Het TweeSteden ziekenhuis is gestart met een relatief groter aantal clusters en dit aantal is steeds verder teruggebracht. Ook het aantal clusters in het Medisch Spectrum Twente wordt verder teruggebracht.

In drie van de vier onderzochte ziekenhuizen worden de primaire clusters en zorgeenheden gesteund door een aantal ondersteunende clusters, waaronder het facilitair bedrijf en soms, zoals in het Groene Hart Ziekenhuis, een concernstaf. Binnen het facilitair bedrijf worden alle functies samengevoegd die voorheen konden worden gerangschikt onder de civiele- en technische dienst. In het Medisch Spectrum Twente zijn de administratieve functies ondergebracht binnen het facilitaire cluster. In dit ziekenhuis is expliciet gestreefd naar een beperkt aantal kleine stafbureaus met een adviserende taak naar het lijnmanagement en naar de Raad van Bestuur. In deze structuur maken de personeelsadviseur, de verpleegkundig deskundige (allen in de primaire clusters) en de financieel adviseur integraal deel uit van de primaire en ondersteunende clusters. In de overige drie ziekenhuizen maken deze functionarissen deel uit van het ondersteunende cluster van het eigen aandachtsgebied (personeel & organisatie en financiën).

Resumerend:

Het begrip kanteling wordt in alle ziekenhuizen op dezelfde wijze geïnterpreteerd. Bij het kantelingsproces gaan ziekenhuizen over op het zogenaamde cluster- of zorgeenhedenmodel. Het aantal clusters/zorgeenheden verschilt per organisatie. Het aantal primaire clusters vermindert in de loop der tijd. De ondersteunende diensten worden samengevoegd in een facilitair cluster. De positionering van de overige ondersteunende clusters verschilt per ziekenhuis. Bij het Medisch Spectrum Twente zijn ook de administratieve afdelingen ondergebracht in het facilitaire cluster. Hier zijn tevens specifieke deskundigheden op personeels- en financieel gebied ondergebracht bij de verschillende clusters.

6.2.6 Op welke wijze wordt het beleid bepaald binnen de gekantelde organisatie?

In elk ziekenhuis wordt de zogenaamde beleidscyclus gehanteerd voor het bepalen van het beleid, waarbij het meerjarenbeleidsplan het uitgangspunt vormt. Dit meerjarenbeleidsplan wordt, na bespreking met de cluster- of zorgeenheidmanagers, vastgesteld door de Raad van Bestuur. Op deze wijze kunnen de managers van de clusters of zorgeenheden invloed uitoefenen, elk vanuit hun eigen deskundigheid, op het strategisch beleid van de organisatie. Op basis van het meerjarenbeleidsplan formuleert elk cluster of zorgeenheid haar eigen beleidsplan. Op basis van deze beleidsplannen wordt een jaarplan opgesteld. Het (meerjaren) beleidsplan en de jaarplannen vormen het uitgangspunt voor de begroting en daarmee voor de productieafspraken die worden gemaakt tussen de clusters of zorgeenheden en de Raad van Bestuur, of tussen de clusters en zorgeenheden onderling.

Omdat niet alle ziekenhuizen even ver zijn in het veranderingsproces en het formuleren van (meerjaren) beleidsplannen en de beleidsplannen van de clusters of zorgeenheden, is deze beleidscyclus nog niet in elk ziekenhuis volledig geïmplementeerd. De uitgangspunten zijn echter hetzelfde.

De budgetverantwoordelijkheid van de clusters en zorgeenheden ligt bij de manager van het betreffende cluster of de zorgeenheid. Voor wat betreft de decentralisatie van budgetten geldt dat alle ziekenhuizen zoekende zijn naar een balans tussen centralisatie en decentralisatie. Van decentralisatie kan pas sprake zijn wanneer kosten inzichtelijk zijn gemaakt. Daarnaast moet decentralisatie geen doel op zich zijn, maar dient het een instrument te zijn opdat de organisatie haar doelstellingen kan bereiken. Binnen de ziekenhuizen die hebben deelgenomen aan het onderzoek is nog onvoldoende informatie beschikbaar over de integrale kostprijs van producten en diensten om te komen tot een daadwerkelijke decentralisatie van budgetten.

Resumerend:

Het vaststellen van het beleid voor de ziekenhuisorganisatie gebeurt bij alle ziekenhuizen door middel van de zogenaamde beleidscyclus. Er is c.q. wordt een meerjarenbeleidsplan op- en vastgesteld in het overleg tussen de Raad van Bestuur en de managers van zowel de primaire als de ondersteunende clusters. Dit vormt het uitgangspunt voor de jaarplannen van elk cluster en is daarmee richtinggevend voor de begroting.

6.2.7 Welke strategische keuzen bepalen de positionering van de facilitaire organisatie?

Bij alle vier ziekenhuizen is bij de kanteling van de organisatie een facilitair bedrijf ontstaan door samenvoeging van de functies van de civiele- en technische diensten. In het Medisch Spectrum Twente zijn ook de administratieve functies toegevoegd aan het facilitair bedrijf. In alle vier ziekenhuizen is het facilitair bedrijf nog volop bezig met de omvorming naar “het facilitair bedrijf”.

Het facilitair bedrijf bestaat uit een aantal afdelingen/eenheden. Deze eenheden zijn gevormd op basis van een groepering van activiteiten. Binnen de onderzochte organisaties worden deze activiteiten op verschillende wijzen gegroepeerd. Elke ziekenhuisorganisatie heeft gekozen voor locatieoverstijgend management opdat de activiteiten binnen het facilitair bedrijf volledig zouden integreren.

Het facilitair bedrijf kan via de manager facilitair bedrijf haar invloed uitoefenen op de strategie van de organisatie. Op tactisch niveau kan in het overleg met de managers van de clusters, dan wel zorgeenheden afstemming plaatsvinden van het beleid.

Bij het kantelingsproces is het primair proces binnen de organisaties leidend geweest. Er zijn geen expliciete uitspraken gedaan over de positionering van het facilitair bedrijf. Alleen binnen het Groene Hart Ziekenhuis is een expliciete geformuleerd dat er wordt gestreefd naar volledig autonome zorgeenheden en interne verzelfstandiging van het facilitair bedrijf. Omdat het ziekenhuis aan het begin van het kantelingsproces staat is nog niet helder in hoeverre dit punt kan worden bereikt. Vooralsnog is het Groene Hart Ziekenhuis voornamelijk bezig met het in kaart brengen van de facilitaire deelprocessen.

Voor alle ziekenhuizen geldt wel dat er uitspraken zijn gedaan over:

- het transparant maken van de kosten van de facilitaire (deel)processen. Alle ziekenhuizen hebben aangegeven onvoldoende gegevens te hebben over de kosten van hun producten en diensten. In alle ziekenhuizen wordt actief gewerkt aan het helder krijgen van alle processen van het facilitair bedrijf en de daaraan verbonden kosten. Eerst wanneer er duidelijkheid bestaat over de integrale kostprijs van een product kunnen vergelijkingen met de markt worden gemaakt;
- het vergelijken van de kosten van de facilitaire (deel) processen met de prijzen zoals deze in de markt worden gehanteerd. Hiermee wordt het begrip marktconformiteit geïntroduceerd in de deelnemende ziekenhuizen;
- het in- en uitbesteden van diensten; zowel binnen het Groene Hart Ziekenhuis als het Medisch Spectrum Twente zijn hierover duidelijke uitspraken gedaan: daar waar externe aanbieders eenzelfde of betere kwaliteit leveren tegen lagere kosten, zal de dienst worden uitbesteed. Aandachtspunt bij uitbesteden is de noodzaak tot het handhaven van specifieke kennis binnen de organisatie;
- decentralisatie van budgetten. Het Groene Hart Ziekenhuis heeft expliciet uitgesproken dat er decentralisatie zal plaatsvinden van alle deelbare goederen naar de autonome zorgeenheden maar dat schaalgroottevoordelen niet in gevaar mogen komen. Tussen de zorgeenheden en het facilitair bedrijf zullen productieafspraken worden gemaakt. Voor de niet deelbare goederen zal het facilitair bedrijf productieafspraken maken met de Raad van Bestuur. De overige ziekenhuizen hebben aangegeven dat de mate van decentralisatie nog nader bekeken zal moeten worden en dat decentralisatie alleen zal gebeuren wanneer dit een expliciete meerwaarde heeft voor de totale ziekenhuisorganisatie. In het Medisch

Spectrum Twente is hierbij het begrip “doorkantelen” geïntroduceerd: het zoeken naar een juiste balans tussen centralisatie en decentralisatie;

- de klant-leverancierrelatie met de afnemers binnen het primaire proces. Elke organisatie geeft aan dat de klantgedachte binnen het facilitair bedrijf belangrijk is. Het dienstenpakket dient in overleg met de klant te worden bepaald. Zowel in het Groene Hart Ziekenhuis als in het Medisch Spectrum Twente wordt, in het verlengde van de decentralisatie van het budget de klant-leverancierrelatie benadrukt. Het facilitair bedrijf zal producten moeten leveren, dan wel ontwikkelen die door het primaire proces worden gevraagd;
- het afsluiten van Service Level Agreements. In elk ziekenhuis wordt gezocht naar een vorm van het vastleggen van de afspraken met de overige clusters en de Raad van Bestuur met betrekking tot de afname van producten, de kwaliteit en de totale kosten die hiermee zijn gemoeid.

De door de ziekenhuizen aangegeven onderwerpen zoals boven vermeld komen overeen met de kritische succesfactoren voor de realisatie van de gewenste facilitaire organisaties zoals deze zijn vermeld door in paragraaf 2.8.3.

Resumerend:

Alleen binnen het Groene Hart Ziekenhuis is een strategische keuze gemaakt waarbij in de beleidsplannen expliciet is geformuleerd dat wordt gestreefd naar volledig autonome eenheden en interne verzelfstandiging van het facilitaire bedrijf. Hiermee is met betrekking tot het facilitair bedrijf een keuze gemaakt op basis van de ontwerpfilosofie van de moederorganisatie (een ziekenhuisorganisatie bestaande uit volledig autonome eenheden). Expliciete strategische keuzen op basis van de functie van de facilitaire organisatie zijn niet gemaakt. Wel zijn door alle ziekenhuizen factoren aangegeven die bepalend zijn voor de ontwikkeling van het facilitair bedrijf.

6.2.8 Is er een relatie tussen strategische keuzen en het facilitair beleid?

Het TweeSteden ziekenhuis, het Groene Hart Ziekenhuis en het Medisch Spectrum Twente hebben allen een beleidsplan voor het facilitair bedrijf ontwikkeld met een doelstelling en een visie. Binnen de Reinier de Graaf Groep is het beleidsplan bijna gereed. Het ontwikkelen van samenwerkingverbanden wordt een belangrijk issue in het beleidsplan.

Het Medisch Spectrum Twente heeft een duidelijke toekomstvisie ontwikkeld waarin sprake is van een klantsysteem, de accountmanagementfunctie, een frontoffice en een backoffice.

In de beleidsplannen wordt een definitie gegeven van facilitair management. Deze definitie vertoont voor de drie ziekenhuizen grote overeenkomsten: het betreft het geïntegreerd facilitair bedrijf dat facilitaire producten en diensten aanbiedt ter ondersteuning van het primaire proces.

In paragraaf 2.4.2 zijn definities van facilitair management aangehaald. De door de ziekenhuisorganisaties gehanteerde definities komen in grote lijnen overeen met de definities zoals aangehaald in de genoemde paragraaf. In de definities zoals binnen de ziekenhuizen gehanteerd komen niet expliciet de dienstverlenende en organisatorische aspecten van het facilitair management aan de orde.

Het Groene Hart Ziekenhuis geeft in haar doelstellingen zoals deze zijn geformuleerd voor het facilitair bedrijf, daar wel een toespeling op, namelijk “het inbrengen van deskundigheid en het adviseren op het gebied van facility management” (Facilitair bedrijf Groene Hart Ziekenhuis, 1998).

Wanneer de huidige beleidsbepaling binnen de ziekenhuisorganisatie en meer specifiek het facilitair bedrijf wordt gelegd naast het BS/BO-configuratiemodel van De Leeuw (paragraaf 2.7.4) dan kan worden geconstateerd dat hierin geen echte wijzigingen zijn opgetreden ten opzichte van de situatie voor de kanteling. Binnen de ziekenhuisorganisaties is de Raad van Bestuur het Besturen Orgaan en zijn de clusters, dan wel zorgenheden de te Besturen Systemen. Binnen de facilitaire organisatie is het management van het facilitair bedrijf het Besturend Orgaan en zijn de afdelingen binnen het facilitair bedrijf de te Besturen Systemen. De enige wijziging ten opzichte van het verleden is dat het intern overleg tussen de primaire en ondersteunende clusters richting gevend is voor de beleidsvoorstellen van de clusters naar de Raad van Bestuur. Dit is echter geen substantiële wijziging in de BS/BO-configuratie zoals bedoeld door De Leeuw.

Resumerend:

Binnen de ziekenhuizen zijn geen wijzigingen doorgevoerd met betrekking tot de wijze waarop het beleid voor de facilitaire organisatie wordt geformuleerd en vastgesteld.

6.2.9 In welke richting ontwikkelt zich de facilitaire organisatie sinds de kanteling?

De deelnemende ziekenhuizen zitten allen midden in het omvormingsproces. Voor alle organisaties geldt dat de facilitaire deelprocessen worden doorgelicht en transparant worden gemaakt. Op basis van de bevindingen zullen keuzen worden gemaakt over toekomstige ontwikkelingen. Deze keuzen zijn afhankelijk van het deelproces en zullen voor het specifieke deelproces worden gemaakt. Expliciete einddoelen zijn hierbij alleen geformuleerd door het Groene Hart Ziekenhuis (interne verzelfstandiging).

Belangrijke issues voor de toekomst zijn:

- Het definiëren van de facilitaire deelprocessen;
- Het transparant maken van de kosten van de facilitaire deelprocessen opdat de kosten vergeleken kunnen worden met andere organisaties, danwel aanbieders in de markt;
- Het formuleren van beleid met betrekking tot het in- en uitbesteden van diensten;
- Het formuleren van beleid met betrekking tot het centraliseren danwel decentraliseren van budgetten.
- Aandacht voor de klant-leverancierrelatie;
- Het afsluiten van Service Level Agreements.

Wanneer deze ontwikkelingen worden vergeleken met de trends binnen facilitaire organisaties, zoals omschreven in paragraaf 2.8.2 dan richt de aandacht van de facilitaire bedrijven in de deelnemende ziekenhuizen zich met name op de interne procesvoering. Trends als het loslaten van gedwongen winkelnering en externe verzelfstandiging zijn nog niet zichtbaar. Interne verzelfstandiging is alleen in het Groene Hart Ziekenhuis opgenomen in de beleidsplannen.

Het Medisch Spectrum Twente is bezig met het ontwikkelen van een model voor de facilitaire organisatie, waarbij wordt gestreefd naar een afgeslankt facilitair bedrijf waar bewuste keuzen worden gemaakt voor het in- dan wel uitbesteden van diensten. Leitmotiv hierbij is: wanneer producten of diensten in de markt beter en goedkoper worden aangeboden, dan zal het product of dienst van buiten worden betrokken.

Resumerend:

De facilitaire organisaties van de ziekenhuizen ontwikkelen zich allemaal min of meer in dezelfde richting. Inzicht in facilitaire deelprocessen en de daaraan gekoppelde kosten zijn belangrijk om te komen tot verdere organisatieontwikkeling.

6.2.10 Kan met de huidige structuur de gekozen strategie worden bereikt?

Alleen het Groene Hart Ziekenhuis heeft met haar keuze voor interne verzelfstandiging van de facilitaire organisatie een strategische uitspraak gedaan. Of dit doel uiteindelijk gerealiseerd kan worden is nog niet duidelijk.

Voor alle ziekenhuizen geldt dat de huidige structuur van de verschillende facilitaire bedrijven een goed uitgangspunt vormt om de facilitaire deelprocessen in kaart te brengen en de kosten ervan inzichtelijk te maken. Hiermee is het mogelijk om de uitspraken zoals in paragraaf 6.2.7 genoemd, verder uit te werken. Het gebrek aan inzicht in de facilitaire kosten wordt aangemerkt als remmende factor in alle ontwikkelingen: het ontbreken van dit inzicht heeft een remmende werking; het proces om de kosten inzichtelijk te maken kost tijd.

Resumerend:

De huidige structuur van de facilitaire organisatie wordt voor de ziekenhuizen aangemerkt als een goed vertrekpunt voor verdere ontwikkeling. Alleen het Groene Hart Ziekenhuis heeft een strategische keuze gemaakt voor het facilitair bedrijf. In hoeverre de doelstelling bereikt kan worden is nog niet duidelijk.

6.2.11 Hoe worden de veranderingen binnen de facilitaire organisatie geïmplementeerd?

Het implementeren van de veranderingen vraagt bij alle deelnemende ziekenhuizen veel inspanning. Rode draad in de implementatie is het overleg tussen de leidinggevenden en de medewerkers. In alle organisaties wordt veel aandacht besteed aan het contact met medewerkers, vanuit de overtuiging dat zij uiteindelijk degenen zijn die het product van het facilitair bedrijf “aan de man moeten brengen”. De veranderingen brengen met zich mee dat aan medewerkers van het facilitair bedrijf andere eisen zullen worden gesteld dan tot nu toe. Klantgerichtheid, flexibiliteit en het kunnen dragen van verantwoordelijkheid worden als belangrijk aangemerkt. Aspecten als opleiding en training nemen in het implementatietraject een belangrijke rol in. Goed opgeleide medewerkers vergroten de toegevoegde waarde van het facilitair bedrijf ten opzichte van de markt.

Rode draad bij de implementatie van de veranderingen is dat de medewerkers van de facilitaire organisatie bewust worden gemaakt van de noodzaak tot verandering, met name ook van hun eigen houding (klant-leverancierrelatie). Medewerkers worden actief betrokken bij het doorvoeren van veranderingen. De verandering op zich wordt top-down doorgevoerd.

Wanneer deze wijze van implementatie wordt vergeleken met de literatuur in paragraaf 2.7.4, waarin de veranderingsstrategieën van Chin en Benne worden onderscheiden, dan kan worden geconcludeerd dat binnen de facilitaire bedrijven gebruik wordt gemaakt van de normatieve re-educatieve strategie (houdingsstrategie), welke zich richt op de bewustwording bij mensen van de relatie tussen waarden en normen en het eigen gedrag.

Resumerend:

Het is een proces van mensen dat verandering van het bedrijf bewerkstelligt.

6.2.12 Is er na de kanteling sprake van een situatiefit?

Alle ziekenhuizen hebben aangegeven dat hun organisatie een duidelijke groei doormaakt en aan vele veranderingen onderhevig is. De huidige structuur vormt een goed uitgangspunt om te komen tot verdere ontwikkeling en stabilisering van de organisatie. Wanneer dit kan worden gezien als situatiefit, dan is er momenteel inderdaad sprake van een situatiefit.

6.2.13 Is de nieuwe structuur een oplossing voor de vroegere interne problemen?

In alle ziekenhuizen is aangegeven dat de interne communicatie en afstemming duidelijk is verbeterd. Er is meer overleg en het overleg wordt beschouwd als constructief. Doordat voor de beleidsbepaling de beleidscyclus als uitgangspunt wordt gehanteerd, wordt een draagvlak geschapen voor de consequenties van de uitwerking van het beleid.

In het TweeSteden ziekenhuis is geconstateerd dat een groot aantal primaire clusters op termijn tot dezelfde afstemmingsproblematiek leidt die ook in de traditionele ziekenhuisorganisatie werd geconstateerd. Ook het Medisch Spectrum Twente heeft in de loop der tijd het aantal clusters verder teruggebracht. Daarnaast constateert het Medisch Spectrum Twente dat het facilitair bedrijf soms als te zakelijk wordt bestempeld zodra op basis van inzichtelijkheid in de kosten keuzen worden gemaakt die gevolgen hebben voor de totale ziekenhuisorganisatie.

Zowel binnen het Groene Hart Ziekenhuis als de Reinier de Graaf Groep is het kantelingsproces pas onlangs gestart. Het is nog te vroeg om te constateren of als gevolg van de nieuwe structuur de interne problemen echt worden opgelost.

Resumerend:

De interne communicatie is verbeterd; er vindt meer afstemming plaats tussen de verschillende clusters. Niet helder is of als gevolg van de nieuwe structuur de in het verleden geconstateerde problemen zijn opgelost. Hiervoor is het kantelingsproces in twee ziekenhuizen nog van te recente datum.

6.2.14 Wat zijn de sterke en zwakke punten van de gemaakte keuzen?

De door de ziekenhuizen aangegeven sterke en zwakke punten hebben niet zozeer betrekking op de bijdrage die deze punten leveren aan het realiseren van de doelstellingen, maar zijn meer algemeen aangegeven.

Als sterke punten worden aangemerkt:

- het inzichtelijk maken van de facilitaire deelprocessen;
- het inzichtelijk maken van de kosten die aan deze processen zijn verbonden;
- de mogelijkheid die de facilitaire organisatie wordt geboden om haar toegevoegde waarde te bewijzen.

Als zwakke punten worden aangemerkt:

- het gebrek aan zicht in de kosten van de facilitaire deelprocessen;
- het ontbreken van een facility management informatiesysteem (Medisch Spectrum Twente);
- de wet van de remmende voorsprong (Medisch Spectrum Twente).

6.2.15 Is er sprake van een continu proces van diagnose, ontwerp en verandering?

De facilitaire organisaties van alle onderzochte ziekenhuizen zijn bezig met een ontwikkelingsproces. Stapsgewijs wordt het facilitair bedrijf van alle organisaties doorgelicht, facilitaire deelprocessen worden inzichtelijk gemaakt en veranderingen worden doorgevoerd. De organisaties zijn voortdurend in beweging. Veranderingen richten zich met name op de interne organisatie. Niet alle ziekenhuizen hebben hun “einddoel” expliciet geformuleerd, waardoor niet geheel duidelijk wordt of de organisatie zich beweegt volgens het model “diagnose, ontwerp, verandering”. Dit model veronderstelt een huidige situatie en een redelijk omschreven beeld van de toekomstige situatie, welke niet in alle ziekenhuizen duidelijk is geformuleerd. In het Medisch Spectrum Twente is de cyclus “diagnose, ontwerp en verandering” het duidelijkst herkenbaar. In deze organisatie bestaat ook het meest heldere beeld over de toekomstige situatie.

Resumerend:

In de onderzochte ziekenhuizen is meer sprake van een impliciet ontwikkelingsproces dan van een expliciete sturing van het veranderingsproces.

7 CONCLUSIE

7.1 Inleiding

Nadat in hoofdstuk 6 de onderzoeksvragen zijn beantwoord, zal in dit hoofdstuk worden nagegaan of op basis van de analyse van de onderzoeksresultaten conclusies kunnen worden getrokken en in hoeverre deze conclusie overeenkomen met de literatuurverkenning in hoofdstuk 2. Achtereenvolgens zal worden ingegaan op de ontwikkelingen binnen facilitaire organisaties in termen van Becker en Simon en op de BS/BO-configuratie van De Leeuw. Op basis hiervan zal worden bekeken in hoeverre de probleemstelling kan worden beantwoord.

7.2 Conclusie ontwikkelingen in de facilitaire organisatie in termen van Becker

In paragraaf 2.5.2 is ingegaan op de typering van de facilitaire organisaties volgens de theorie van Becker, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen tight fit-, loose fit- en elastic fit-facilitaire organisaties. De typering van Becker is voornamelijk gericht op de interne facilitaire organisatie (paragraaf 2.6.3) met als doel een maximale ondersteuning van het primaire proces. Strategische uitspraken aangaande de positie van de facilitaire organisatie in de markt (de strategische afhankelijk- of onafhankelijkheid) komt bij Becker niet aan de orde. Hierover zijn door de deelnemende ziekenhuizen ook geen expliciete uitspraken gedaan.

Op basis van de in de paragrafen 6.2.2 tot en met 6.2.15 weergegeven analyse van de onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat de facilitaire organisaties zich ontwikkelen van een loose fit facilitaire organisatie met kenmerken van de tight fit organisatie in de richting van een elastic fit facilitaire organisatie. Het facilitair bedrijf raakt steeds intensiever betrokken bij de ontwikkelingen binnen het primaire proces en kan op basis van haar specifieke deskundigheid een bijdrage leveren aan het optimaliseren van dit proces. De facilitaire bedrijven stellen de klant centraal en zullen vanuit deze visie die producten en diensten gaan leveren die de klant wenst. Kenmerken van de elastic fit facilitaire organisatie, zoals centrale richtlijnen met decentrale besluitvorming, diversiteit van producten en diensten, een proactieve organisatie met innovatief vermogen, overleg met de klant, kwaliteit van het werk met de klant als meetpunt, evenals het betrekken van medewerkers bij de besluitvorming, zijn wezenlijke aandachtspunten van de facilitaire organisaties in hun ontwikkelingsproces.

7.3 Conclusie ontwikkelingen in de facilitaire organisatie in termen van Simon

In paragraaf 2.5.3 is ingegaan op de strategische functietypologie van Simon. Deze onderscheidt organisaties op basis van de functie van de output en op basis van strategische afhankelijkheid. In de SFT-matrix onderscheidt Simon vier typen organisaties:

- marktorganisaties met een productfunctie;
- marktorganisatie met een capaciteitsfunctie;
- taakorganisaties met een productfunctie;
- taakorganisaties met een capaciteitsfunctie.

Om te overleven dienen organisaties een zo zuiver mogelijke vorm binnen de SFT-matrix na te streven. Mengvormen leiden op termijn tot een onbestuurbare organisatie. Op basis van de weergegeven resultaten kan worden geconcludeerd dat bij de strategiebepaling binnen de deelnemende ziekenhuizen ten aanzien van de facilitaire organisatie geen keuzen zijn gemaakt op basis van de output van de facilitaire organisatie noch voor een strategisch onafhankelijke facilitaire organisatie. Het streven naar onafhankelijkheid van de facilitaire organisatie is in de huidige situatie waarin de organisaties zich bevinden zeker geen doel op zich. Interne procesvoering en het inzichtelijk maken van het facilitair bedrijf krijgen momenteel alle aandacht. Het huidige facilitair bedrijf blijft hiermee als organisatie-eenheid afhankelijk van een andere organisatie-eenheid (het beleidsorgaan) en derhalve een taakorganisatie.

Organisaties met een capaciteitsfunctie bieden hun (organisatie-)capaciteiten aan anderen aan om naar het ontwerp van deze andere organisatie-eenheden goederen of diensten te leveren c.q. voort te brengen. Hiermee wordt het principe verlaten van het aanbieden van producten naar eigen ontwerp. De facilitaire organisaties die hebben deelgenomen aan het onderzoek hebben allen de overtuiging dat het principe van aanbieden van de facilitaire producten naar het ontwerp van de facilitaire organisatie, verlaten dient te worden. Het facilitair bedrijf zal producten aanbieden aan de klant op basis van de wensen van de klant. Op basis van haar eigen deskundigheid, en afhankelijk van de kosten en de kwaliteit, zal zij bepalen of zij deze producten zelf maakt of dat zij haar organisatiecapaciteiten aan zal wenden om deze producten op de markt te verkrijgen. Hiermee ontwikkelt het facilitair bedrijf zich van een organisatie met productfunctie naar een organisatie met een capaciteitsfunctie. In hoeverre deze verschuiving plaatsvindt voor alle facilitaire deelprocessen is nog niet duidelijk. De facilitaire organisaties verkeren veelal nog in de beginfase van hun procesanalyse.

Binnen de SFT-matrix ontwikkelen facilitaire organisaties zich van een taakorganisatie met productfunctie naar een taakorganisatie met een capaciteitsfunctie. De beweging in de SFT-matrix zal geleidelijk gaan. Het is nog te vroeg of om aan te kunnen geven of de facilitaire organisaties zich voor wat betreft alle facilitaire deelprocessen zullen bewegen van een taakorganisatie met product- danwel capaciteitsfunctie naar een marktorganisatie met een product- danwel capaciteitsfunctie. Simon geeft aan dat onzuivere vormen kunnen leiden tot fricties in de organisatie en daarmee tot een onbeheersbare situatie. Onzuivere vormen zijn echter in de ontwikkelingsfase niet te voorkomen. Zolang een organisatie zich bewust is van de verschuiving binnen de SFT-matrix hoeft dit geen probleem te betekenen. Problemen kunnen zich wel voordoen wanneer organisaties zich niet bewust zijn van de wijze waarop zij zich bewegen door de SFT-matrix danwel wanneer organisaties geen bewuste keuzen maken voor de richting waarin zij zich willen ontwikkelen.

7.4 Conclusie ontwikkelingen in de facilitaire organisatie in termen van De Leeuw

Op basis van de in hoofdstuk 6 weergegeven analyse van de onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat de veranderingen die zich voordoen binnen facilitaire organisaties geen invloed hebben op de BS/BO-configuratie binnen de organisatie. De veranderingen die zich momenteel afspeelen verkeren hiervoor wellicht nog in een te vroeg stadium.

In organisaties die in termen van Simons kiezen voor een marktorganisatie met product- danwel capaciteitsfunctie en waarin een duidelijke keuze wordt gemaakt voor een strategische onafhankelijkheid zal een verschuiving zichtbaar moeten zijn binnen de BS/BO-configuratie.

Wanneer sprake is van strategische onafhankelijkheid van het facilitair bedrijf zal niet langer de Raad van Bestuur van de ziekenhuisorganisatie worden aangemerkt als Besturend Systeem maar zal uitsluitend het management van de facilitaire organisatie aangemerkt kunnen worden als Besturend Systeem. De ontwikkeling in deze richting is echter niet zichtbaar in de ziekenhuizen.

7.5 *Conclusie met betrekking tot de doelstelling en probleemstelling*

In paragraaf 3.2 en 3.3 zijn de doelstelling en de probleemstelling van deze scriptie omschreven.

De doelstelling van deze scriptie is geformuleerd als:

Het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop binnen algemene ziekenhuisorganisaties met meerdere locaties besluitvorming plaatsvindt over de positionering van de facilitaire organisatie bij het kantelingsproces.

De probleemstelling is geformuleerd als:

Op grond van welke inhoudelijke argumenten vindt binnen de kantelende grotere algemene ziekenhuisorganisaties met meerdere locaties besluitvorming plaats aangaande de positionering van de facilitaire organisatie; hoe wordt aan de gemaakte keuze voor een bepaalde positionering van de facilitaire organisatie vormgegeven en welke criteria worden hierbij gehanteerd?

Uit het onderzoek is gebleken dat bij het kantelingsproces binnen algemene ziekenhuizen de strategiebepaling zich met name concentreert op het primaire proces. Met betrekking tot de facilitaire organisatie worden geen expliciete uitspraken gedaan over de positionering van deze organisatie binnen of ten opzichte van de gehele ziekenhuisorganisatie.

Bij kantelingsprocessen worden de traditionele civiele- en technische diensten samengevoegd tot een facilitair bedrijf. Dit facilitair bedrijf richt zich vervolgens voornamelijk op de interne organisatie: wat zijn de facilitaire deelprocessen, welke kosten zijn verbonden aan de producten en diensten die de facilitaire organisatie biedt en op welke wijze kan gestalte worden gegeven aan de klant-leverancierrelatie?

De ziekenhuisorganisaties die hebben deelgenomen aan het onderzoek hebben allen aangegeven dat binnen de nieuwe structuur de facilitaire organisatie is verankerd in de top van de organisatie en vanuit deze positie invloed kan uitoefenen op het strategisch beleid van de ziekenhuisorganisatie. Voor alle ziekenhuizen geldt dat na de besluitvorming over het kantelingsproces een nieuwe facilitair manager is aangesteld. De huidige managers zijn derhalve niet aanwezig geweest bij het besluitvormingsproces aangaande de strategische keuzen van de organisatie.

Op basis van het feit dat het facilitair management in de huidige structuur wel degelijk invloed kan uitoefenen op de strategie van de organisatie en daarmee ook op de strategische keuzen die gemaakt dienen te worden aangaande de facilitaire organisatie, moet het voor facilitaire organisaties mogelijk zijn om in de toekomst, op basis van de deskundigheid die

aanwezig is in de facilitaire organisatie, daadwerkelijk een bijdrage te leveren aan de besluitvorming over de positie van de facilitaire organisatie in de zich nog voortdurende ontwikkelende ziekenhuisorganisatie.

Een citaat uit het boek “Bouwen aan een transmuraal zorgconcern” van Boonekamp en Huijsman (1998) kan hierbij wellicht leidend zijn:

Van onbekend naar gekend
Van gekend naar bekend
Van bekend naar gewoon
Van gewoon naar gewend
Van gewend naar “eigen”

7.6 *Slotconclusie*

Dit onderzoek is een speurtocht geweest naar de wijze waarop binnen ziekenhuisorganisaties besluitvorming plaats vindt over de positionering van de facilitaire organisatie. Gehoopt werd dat de resultaten van het onderzoek een bijdrage zouden kunnen leveren aan de discussie in de eigen organisatie, dan wel informatie zou opleveren voor het management van andere ziekenhuisorganisaties zodat weloverwogen besluiten genomen zouden kunnen worden over de positionering van de facilitaire organisatie bij kantelingsprocessen.

Op basis van de onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat algemene ziekenhuizen zich bij strategische besluitvorming voornamelijk richten op het primaire proces van de organisatie. Ontwerpbeslissingen over de facilitaire organisatie worden niet genomen op grond van een strategische analyse van het facilitaire proces. De facilitaire processen worden na de kanteling gedetailleerd in kaart gebracht. Gaande dit proces vindt strategische analyse en verdere beleidsvorming plaats.

De facilitaire organisatie, die binnen de ziekenhuisorganisatie een nauwe verwevenheid kent met het primair proces, oefent een grote invloed uit op de condities van alle processen binnen het ziekenhuis en is derhalve medebepalend voor de organisatorische capaciteiten en het functioneren van de gehele organisatie in relatie tot de veranderende omgeving. Daarom verdient het aanbeveling om de facilitaire organisatie te betrekken bij de strategische besluitvormingsprocessen voor de gehele ziekenhuisorganisatie, inclusief de positionering van de facilitaire organisatie zelf.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Baarda, B.D., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (1998). *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Baarda, B.D., Goede, M.P.M. de & Meer-Middelburg,, A.G.E. van der (1997). *Open interviewen*. Houten: Stenfert Kroese.
- Becker, F. (1990). *The Total Workplace*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Berg, A. van den, Kluchert, S.A., Schuller, J. & Sterk, C. (1998). *Zorgsector in perspectief: Drechtsteden ziekenhuis van functiegerichte naar procesgerichte sturing*. Dordrecht: Drechtsteden ziekenhuis.
- Boonekamp, L.C.M., Huijsman, R. (1998) *Bouwen aan een transmuraal zorgconcern*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Cozijnsen, A.J., Vrakking, W.J. (1993). *Organisatiediagnose en organisatieverandering*. Alphen aan den Rijn/Zaventem: Samsom Bedrijfsinformatie.
- Facilitair bedrijf Groene Hart Ziekenhuis (1998). *Primair Facilitair*. Gouda.
- Facilitair bedrijf Medisch Spectrum Twente (1997). *Missie*. Enschede.
- Hendrik, M.J.M. (1998). *Organisatiestructuur sector 7: Facilitaire zaken*. Tilburg: TweeSteden ziekenhuis.
- Jägers, H.P.M., Jansen, W., Coun, M. & Man, H. de (1998). *De structuur van de organisatie*. Utrecht: Lemma/Open Universiteit.
- Keuning, D., Eppink, D.J. (1993). *Management en organisatie*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese Educatieve Partners Nederland.
- Kraus, F.J.A., Folter, M.J. de (1995). *Business Process Redesign in het ziekenhuis*. Sigma, jaargang 1995, nr. 3 (27-31).
- Leeuw, A.C.J. de (1986). *Organisaties: management, analyse, ontwerp en verandering*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Leeuw, A.C.J. (1994). *Besturen van veranderingsprocessen: fundamenteel en praktijkgericht management van organisatieveranderingen*. Assen: Van Gorcum.
- Lubberding, J., Liefers, B. & Verburg, D. (1998). *De bestaansvoorwaarden*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Mintzberg, H. (1999). *Organisatiestructuren*. Schoonhoven: Academic Service Economie en Bedrijfskunde.

Raad van Bestuur Groene Hart Ziekenhuis (1996): *Organisatie ontwerp Groene Hart Ziekenhuis*. Gouda.

Simon, M. (1989). *De strategische functietypologie: functioneel denkraam voor management*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.

Sitter, L.U. de (1998). *Synergetisch produceren*. Assen: Van Gorcum & Comp B.V.

Vosselman, E.G.J., Keizer, J.A. (1995). *Facilitaire dienstverlening: operationele en tactische beheersing*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.

Wagenberg, A.F., van (1996). *Facility Management; zoeken naar theoretische grondslagen. Intreerede Eindhoven*. Eindhoven: Technische Universiteit.

Wagner, P.E., Zwerink, F.M. (1996). *Strategisch Facilitair Management, het businessplan als hulpmiddel bij strategische besluitvorming*. Groningen: Wagner Advies, organisatie- en bestuursadviseurs.

Wagner, P.E., Zwering, F.M. (1996). *Facility management op strategisch niveau, de facility manager als strateeg*. Facility Management informatie, oktober 1999.

Wulff, R.E. (1996). *Het ontwerpen van ziekenhuisorganisaties*. Eindhoven: Universitaire Drukkerij TU.

Ytsma, W. (1998). *De vele gezichten van facility management*. Kluwer BedrijfsInformatie.

Bijlagen

1. *Topics ten behoeve van half gestructureerd interview*
2. *Organogram TweeSteden ziekenhuis*
3. *Organogram sector facilitaire zaken TweeSteden ziekenhuis*
4. *Organisatieopzet Groene Hart Ziekenhuis*
5. *Organogram Medisch Spectrum Twente*
6. *Overzicht organisatiestructuur facilitair bedrijf Medisch Spectrum Twente*

Bijlage 1

TOPICS TEN BEHOEVE VAN HALF GESTRUCTUREERD INTERVIEW

1. Algemene gegevens ziekenhuis

- 1.1 Naam geïnterviewde
- 1.2 Functie geïnterviewde
- 1.3 Aantal bedden
- 1.4 Aantal locaties en welke
- 1.5 Alleen ziekenhuisfunctie?

2. Inrichting organisatie voor kanteling

- 2.1 Typering organisatie in haar algemeenheid
- 2.2 Typering facilitaire organisatie
- 2.3 Welke plaats nam facilitaire organisatie in binnen de gehele organisatie?
- 2.4 Welke knelpunten waren geconstateerd binnen organisatie als geheel en binnen facilitaire organisatie?

3. Aanleiding tot organisatieverandering

- 3.1 Specifieke knelpunten in oude structuur?
- 3.2 Relatie tussen knelpunten en oude structuur facilitaire organisatie?

4. Nieuwe organisatie

- 4.1 Typering nieuwe organisatie als geheel
- 4.2 Typering nieuwe facilitaire organisatie
- 4.3 Organisatiestructuur facilitaire organisatie

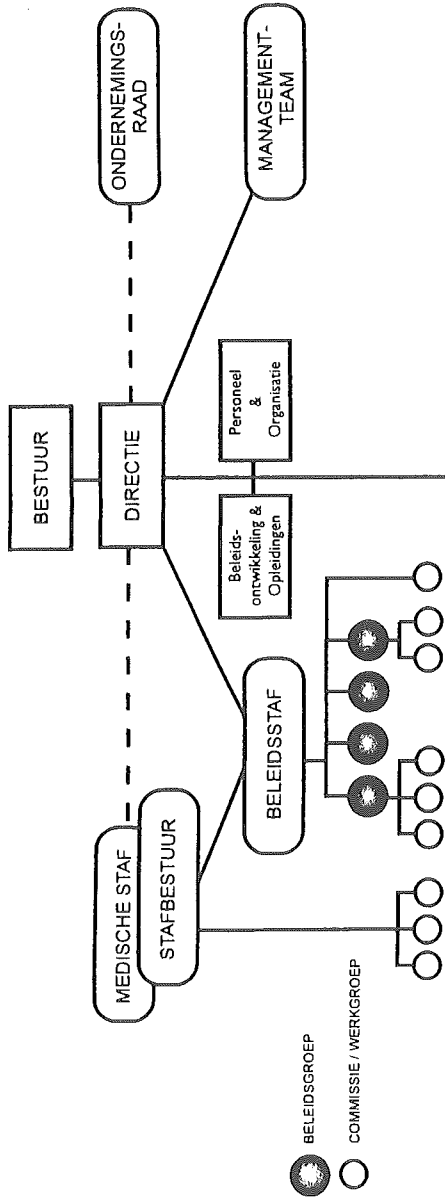
5. Facilitaire organisatie: positionering en ontwerp

- 5.1 Liggen strategische keuzen ten grondslag aan kanteling facilitaire organisatie en welke?
- 5.2 In welke richting ontwikkelt zich de facilitaire organisatie?
- 5.3 Wie is beleidsbepalend
- 5.4 Sterke en zwakke punten gemaakte keuzen
- 5.5 Kan met huidige structuur de gekozen strategie worden gerealiseerd
- 5.6 Is nieuwe structuur oplossing van problemen van het verleden
- 5.7 Is er sprake van situatie-fit: harmonie structuur/omgeving
- 5.8 Continu proces diagnose en verandering?
- 5.9 Wijze waarop aan verandering binnen facilitaire organisatie vorm is gegeven.
- 5.10 Wat betekent doorkantelen, dan wel terugkantelen

6. Algemeen

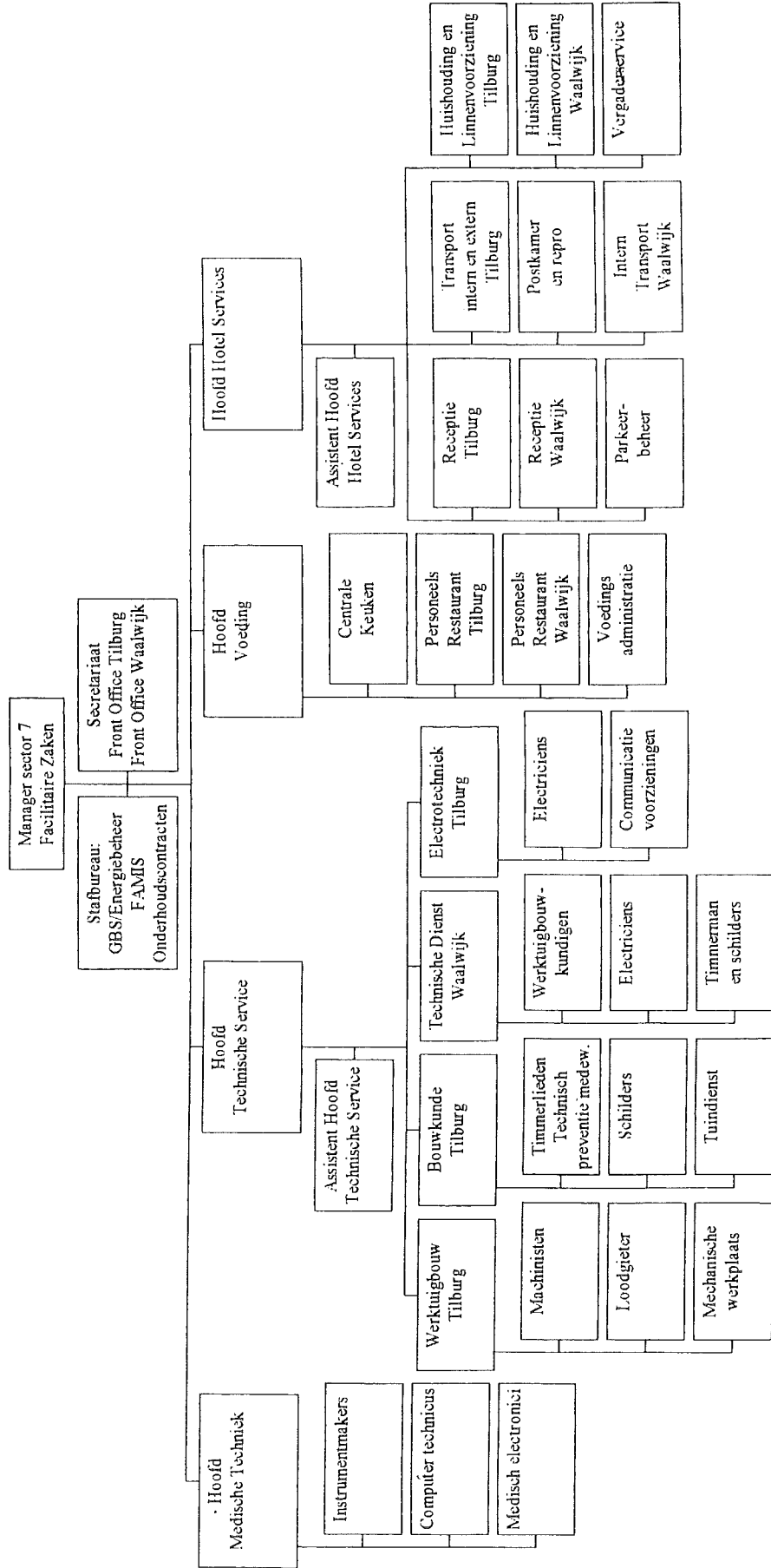
- 6.1 Tips voor kantelende organisaties
- 6.2 Mag naam ziekenhuis worden genoemd
- 6.3 Belangstelling voor toezenden onderzoek in zijn geheel

Samenstelling van de sectoren in het TweeSteden Ziekenhuis



sector	SPECIALISMEN	AFDELINGEN
zorgsector 1	<p>SPECIALISMEN</p> <p>Interne Pulmonologie Cardiologie Neurologie KNO Oogheelkunde Revalidatie Reumatologie Kindergeneeskunde</p>	<p>AFDELINGEN</p> <p>Poliklinieken Verpleegafdelingen: 4a, 4b, 5a, 5b, CCU 6a, 6b, Sluder O(ncologie) Dagverpleging, Oncol. T Functie onderzoek Afnamelaboratorium T Endoscopie T Klin. Neurofysiologie T Diëtiek T Audiologie/logopedie T Activiteitenbeg. en patvervoersdienst T Vrijwilligerswerk T Obductiekamer T</p>
zorgsector 2	<p>SPECIALISMEN</p> <p>Chirurgie Anesthesiologie Orthopedie Urologie Dermatologie Gynaecologie/ verloskunde</p>	<p>AFDELINGEN</p> <p>Poliklinieken Verpleegafdelingen: ICU, 2A, 2B, 3A, 3B Dagverpleging T Eerste hulp T Stomazorg T Gipskamers T/W Operatiekamers T Verloskamers T Hoofdwachten T Ziekenhuishygiëne en infectiepreventie T/W Kraamhotel De Meiboom</p>
zorgsector 3	<p>SPECIALISMEN</p> <p>Psychiatrie (Psycho-) geriatric Klin. psychologie</p>	<p>AFDELINGEN</p> <p>Poliklinieken Verpleegafdelingen: P(AAZ), G(AAZ) T Maatsch. werk T/W Afd. klin. psychologie T/W Psychotherapeutisch dagcentrum T Pastoralezorg T/W</p>
zorgsector 4	<p>SPECIALISMEN</p> <p>Interne Neurologie KNO Dermatologie Kindergeneeskunde Chirurgie Oogheelkunde Anesthesiologie Urologie Gynaecologie/ verloskunde Revalidatie</p>	<p>AFDELINGEN</p> <p>Poliklinieken W Verpleegafdelingen W Functie-onderzoek/ klin. neurofysiologie W Diëtiek W Operatiekamers W Obductiekamer W Vrijwilligerswerk W</p>
sector 5	<p>SPECIALISMEN</p> <p>Radiologie Echografie</p>	<p>AFDELINGEN</p> <p>Röntgendiagnostiek T Echografie T Röntgendiagnostiek T Fysiotherapie/ ergotherapie T Fysiotherapie W</p>
sector 6	<p>SPECIALISMEN</p> <p>Ziekenhuisfarmacie</p>	<p>AFDELINGEN</p> <p>Ziekenhuisapotheek Toxicologisch lab. Centrale sterilisatie</p>
sector 7		<p>AFDELINGEN</p> <p>Bouwkunde T Werktuigbouw T Electrotechniek T Medische techniek T Huishouding T/W Linnenvoorziening T/W Receptie T/W Voeding T Restaurant T/W In-/externtransport T Technische dienst W Intern transport W</p>
sector 8		<p>AFDELINGEN</p> <p>Financiële adm. T Salaris administratie T Medische, financiële patiënten administratie T Stafbureau economie T Inkoop T/W Algemeen magazijn T Automatisering T/W Afspraak bureau/ opname T/W Archief T/W</p>

concept organisatiestructuur sector 7: Facilitaire Zaken



Organisatieopzet Groene Hart Ziekenhuis

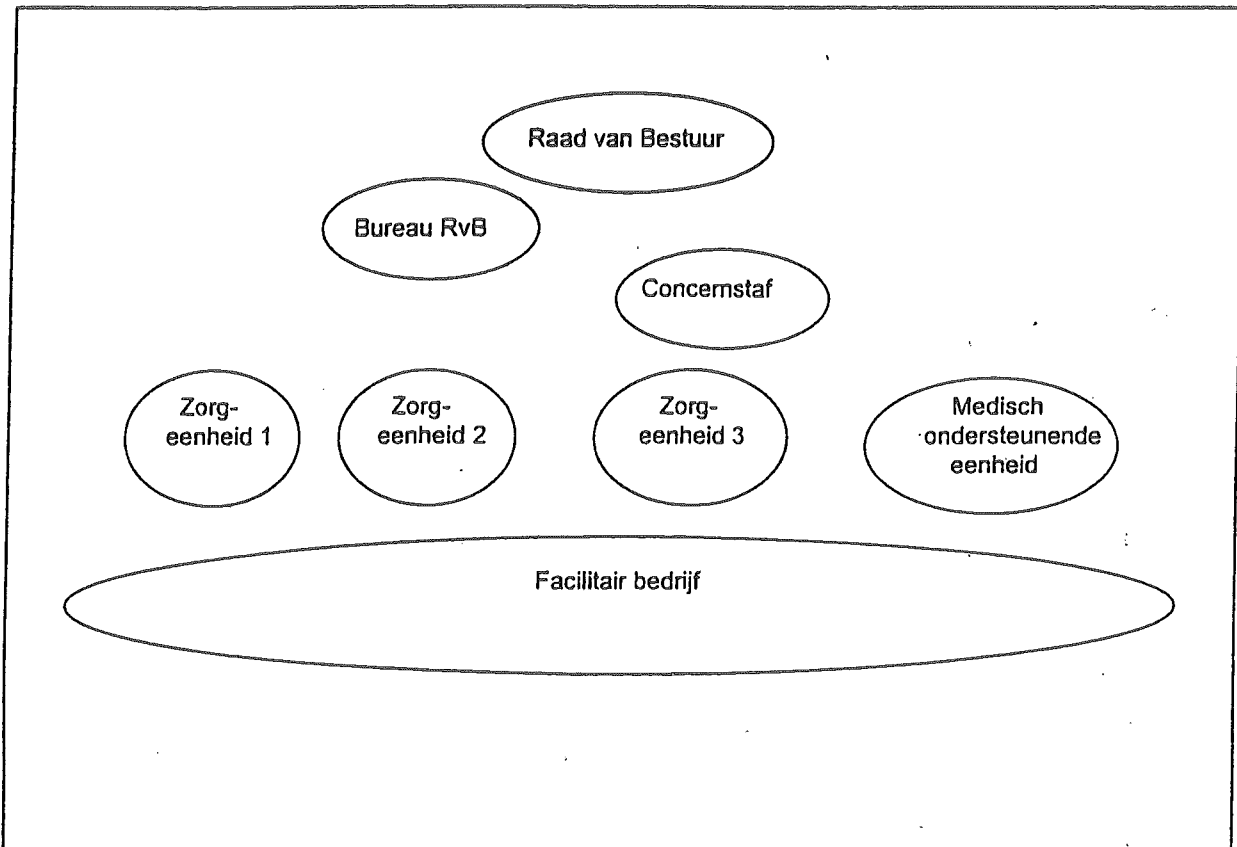


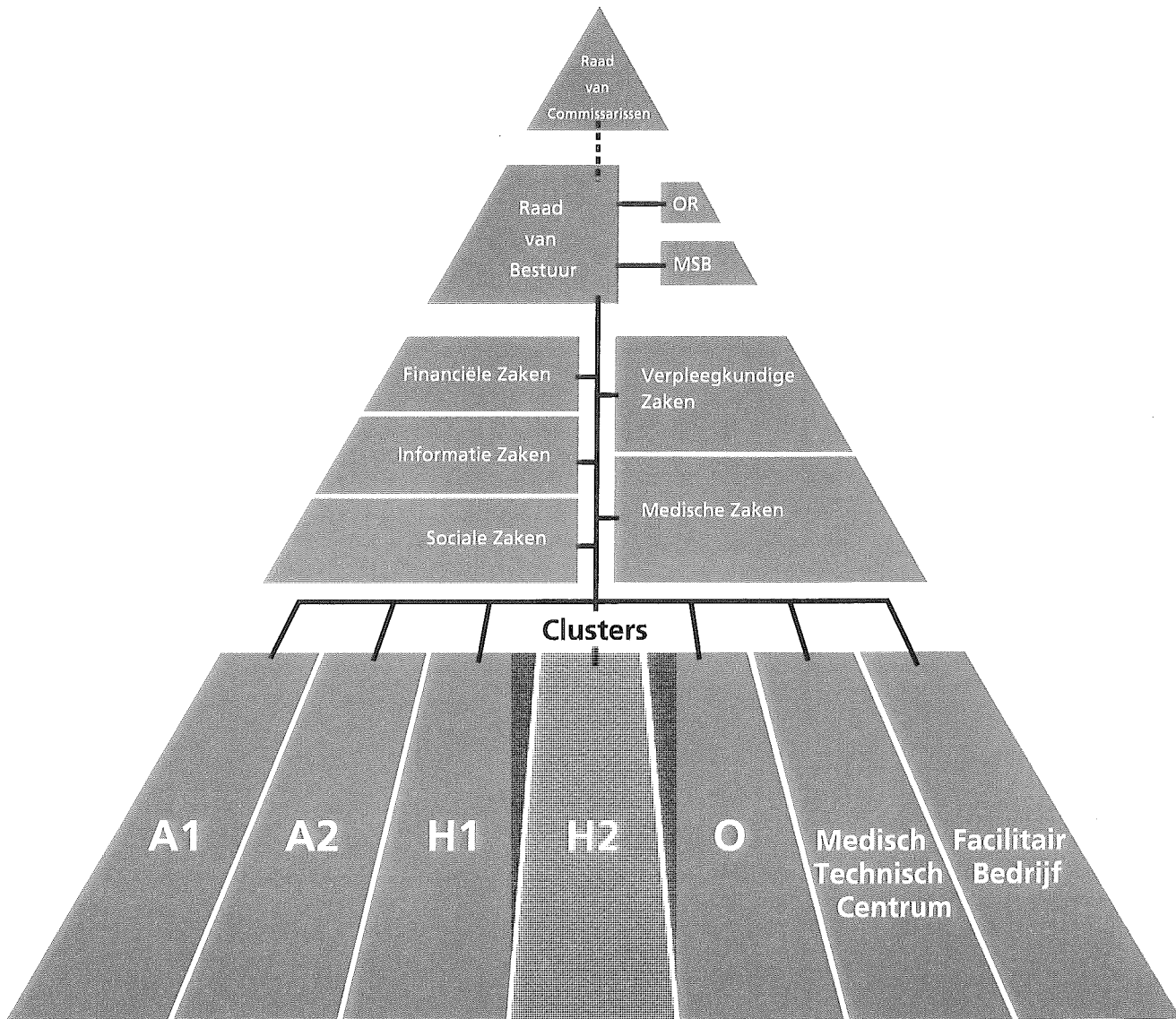
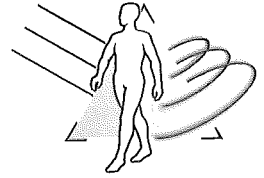
Fig. 1 : Totaaloverzicht van de nieuwe organisatie onderdelen

Deze illustratie is geen hiërarchisch overzicht maar geeft de samenhang tussen de nieuwe organisatie onderdelen aan

Bijlage 5

**Organogram
Medisch Spectrum Δ Twente**

Per 1 september 1995



Bijlage 6

Medisch Spectrum Δ Twente

Overzicht organisatie-structuur Facilitair Bedrijf (per 1-1-1998)

