

Organisatievernieuwing in de zorg. Veranderingen in een sector onder druk¹

De gezondheidszorg staat inmiddels al weer geruime tijd in het middelpunt van de maatschappelijke en politieke belangstelling. Lange wachtlijsten, tekorten aan personeel, protesterende artsen en verpleegkundigen en financiële schandalen wekken, breed uitgemeten in de media, de indruk dat er een heuse crisis in de gezondheidszorg is ontstaan. De grote toename van de welvaart lijkt in schril contrast te staan tot de gebrekkige zorg die met name thuiswonende of in verzorgings- en verpleeghuizen verblijvende ouderen ontvangen. Het openbaar bestuur probeert nu al meer dan een kwart eeuw orde op zaken te stellen in de zorg, nu eens met behulp van 'blauwdrukken' (het plan-Dekker en het plan-Simons), dan weer door 'incrementeel sleutelen' (Heffen & Kerkhoff, 1999). De laatste jaren ligt de nadruk in het overheidsbeleid op pogingen de zorg te veranderen van 'aanbodgestuurd' in 'vraaggestuurd'. Aangezien de staat voor zorginstellingen verreweg de belangrijkste actor uit de omgeving is, is de vraag van belang hoe instellingen reageren en anticiperen op het overheidsbeleid. De probleemstelling van dit stuk luidt daarom: Op welke wijze hebben zorginstellingen getracht hun organisatie te vernieuwen in reactie en anticipatie op veranderingen in het overheidsbeleid en in hoeverre dragen die veranderingen bij aan vergroting van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg? Ik zal pogen die vraag te beantwoorden door de belangrijkste bevindingen weer te geven van onderzoeken die verricht zijn naar vernieuwingsprocessen in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, een geriatrische instelling, een instelling voor verpleging en verzorging en twee thuiszorginstellingen. Eerst schets ik de belangrijkste ontwikkelingen in het overheidsbeleid en het theoretisch kader waarmee ik de processen van organisatievernieuwing analyseer. Vervolgens geef ik een overzicht van de achtergrond, het verloop en de effecten van de vernieuwingsprocessen in ieder van de vijf hierboven genoemde instellingen, om ten slotte de centrale vraag te beantwoorden.

Het overheidsbeleid: van aanbod- naar vraaggestuurde zorg²

Hoewel het niet gemakkelijk is een consistent patroon in het overheidsbeleid en de veranderingen daarin te onderkennen, valt er met enige aarzeling van een *paradigma-wisseling* in het zorgbeleid te spreken. Het in de jaren zeventig en tachtig dominante, op beheersing gerichte paradigma heeft concurrentie gekregen van op een andere leest geschoeide denkbeelden, die samen te vatten zijn onder de leuze 'van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd'. De

redenering is dat de zorg te karakteriseren is als een 'verkopersmarkt': in de praktijk hebben zorginstellingen een monopoliepositie en kunnen de cliënten niet kiezen, zodat zij geheel afhankelijk zijn van het aanwezige aanbod aan voorzieningen. Zorginstellingen lopen geen risico cliënten kwijt te raken en ondervinden derhalve te weinig prikkels doelmatiger en klantgericht te werken. De zorg dient echter het karakter te krijgen van een kopersmarkt, waardoor de cliënten kunnen kiezen uit een rijk geschakeerd aanbod aan voorzieningen en instellingen genoopt zijn efficiënter en klant-

* Wim van Noort is als universitair docent werkzaam bij de leerstoelgroep Sociologie, Departement Bestuurskunde, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden.

vriendelijker te opereren.

De overheid heeft de introductie van *concurrentie* en *marktwerking* als belangrijkste instrument gebruikt om die overgang in de zorg te stimuleren. Dit is een algemeen aspect van het overheidsbeleid van de jaren negentig – men denke aan de MDW (Marktwerking, De-regulering en Wetgevingskwaliteit)-operatie –, dat echter ook een voor de zorgsector specifieke legitimatie heeft. Daarnaast streeft de overheid naar *versterking van de positie van de cliënt* door onder meer de invoering van het Persoons Gebonden Budget en de verplichting aan instellingen cliëntenraden in te stellen. Ook de steeds belangrijker rol die *ziektekosten-verzekeraars* spelen in de toewijzing en inkoop van zorg, past in dit beleid.

Tegelijkertijd streeft de overheid ernaar te voorkomen dat de *toegankelijkheid* van de zorg in het gedrang komt. Het officiële streven van de overheid is om een 'tweedeling' in de zorg tegen te gaan; rijken, jongeren en werkenden mogen geen voorrang krijgen op armen, ouderen en 'baanlozen'. Daarnaast oefent het openbaar bestuur grote druk uit op zorginstellingen te streven naar *kwaliteitsverhoging*. De overheid stimuleert instellingen kwaliteitsverslagen te maken, kwaliteitsfunctionarissen aan te stellen en kwaliteitscertificaten te verwerven. *Benchmarking* is ook in de zorg een veel gebruikte term: men vergelijkt met behulp van een aantal kengetallen de *performance* van organisaties.

Van belang is in dit verband het concept *maatschappelijk ondernemen*. De overheid wil dat zorginstellingen enerzijds hun maatschappelijke functie vervullen door goede en voor iedereen toegankelijke zorg te leveren en anderzijds net als particuliere ondernemingen doelmatig, bedrijfsmatig en marktconform opereren. Zorginstellingen dienen als het ware de sterke kanten van het particulier initiatief en van het bedrijfsleven te combineren.

Al langer staat *extramuralisering* in het overheidsbeleid centraal, waarbij zowel inhoudelijke als financiële argumenten een rol spelen. In de verstandelijk gehandicaptenzorg was het tot de jaren zeventig gebruikelijk de patiënten onder te brengen in grootschalige instellingen, maar nu is men daarvan teruggekomen vanwege allerlei nadelen die hieraan zijn verbonden, zoals hospitalisering. Men neemt mensen met psychische klanten veel minder

snel op dan vroeger en probeert verstandelijk gehandicapten zoveel mogelijk een 'gewoon' leven te laten leiden. Ook in de lichamelijke zorg heeft zich een soortgelijke beleidswijziging voltrokken. Zolang mensen zich op enigerlei wijze, al dan niet met hulp, thuis kunnen redden, is het voor hen beter en financieel voordeliger als ze thuis verblijven in plaats van in een zieken-, verzorgings- of verpleeghuis. Men stimuleert zorginstellingen met elkaar en met woningcorporaties initiatieven te ontplooiën om *zorg op maat* te leveren aan hun cliënten (bijvoorbeeld woon-zorgcombinaties).

Daarnaast stimuleert de overheid ook al vele jaren *schaalvergroting* in de zorg. Schaalvergroting zou de doelmatigheid vergroten (*economies of scale*) en daarnaast ook in het belang van de cliënt zijn, die hierdoor gebruik kan maken van een groot pakket aan voorzieningen. De huidige grootschalige zorgorganisaties zijn het resultaat van vaak verschillende, opeenvolgende fusies. Organisatorische schaalvergroting is niet hetzelfde als fysieke schaalvergroting. Integendeel, vooral in de verstandelijk gehandicaptenzorg gaat organisatorische schaalvergroting samen met fysieke schaalverkleining. Organisaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de ouderenzorg krijgen langzaam maar zeker het karakter van holdings, die een groot aantal voorzieningen overkoepelen, variërend van 'ouderwetse' grootschalige instellingen en verzorgingshuizen tot allerlei nieuwe, vaak min of meer experimentele woonvormen. De grote omvang van de organisaties doet een zwaar beroep op de kwaliteiten van de leiding en noopt tot integratie van voorheen gescheiden opererende werksorten en locaties.

Opgaven voor zorginstellingen

De veranderingen in het overheidsbeleid impliceren dat zorginstellingen voor een groot aantal deels moeilijk te combineren opgaven staan:

- Ze moeten voldoen aan een grotere vraag naar zorg én doelmatiger opereren.
- De leiding van de instellingen moet, gelet op de grotere omvang ervan en de noodzaak voorheen gescheiden werksorten en locaties te integreren, aan hogere en niet eenvoudig te combineren eisen voldoen.

- De instellingen moeten én vraaggestuurde en klantvriendelijke zorg leveren, én bedrijfsmatig en marktgericht opereren, én hun kwaliteit verbeteren.
- Ze dienen meer rekening te houden met de belangen, standpunten en wensen van de zorgverzekeraars en cliënten en meer samen te werken met andere zorginstellingen.

In de volgende paragraaf schets ik het theoretisch kader waarmee ik de processen van organisatievernieuwing analyseer.

Theoretisch kader

Onder *organisatievernieuwing* versta ik doelgerichte ofwel gestuurde, integrale verandering (*planned change*) van organisaties die is gericht op vergroting van de doelmatigheid en doeltreffendheid van organisaties, veelal met het oog op veranderingen in de omgeving die tot aanpassing c.q. drastische herziening van structuur, cultuur en regime nopen. Daarbij is de redenering van de initiatiefnemers van dergelijke veranderingen veelal dat de omgeving van de door hen geleide organisaties zo turbulent, dynamisch en complex is dat het nodig is de structuur te ontbureaucratiseren en af te platten, een conserverende in een innoverende bedrijfscultuur te veranderen en het regime te flexibiliseren, zodat een klassieke, mechanische, bureaucratische organisatie plaats maakt voor een moderne, organische, innovatieve organisatie.

Met andere woorden: organisatievernieuwing ofwel integrale organisatieverandering (1) is *geplande* verandering, (2) is een anticipatie en/of reactie op ontwikkelingen in de *omgeving*, (3) heeft betrekking op de *organisatie als geheel*, (4) is gericht op vergroting van de *doeltreffendheid en doelmatigheid* van de organisatie en (5) behelst de overgang van een klassiek bureaucratische naar een *flexibele* organisatie. *Doeltreffendheid* heeft betrekking op de mate waarin een organisatie haar doelstellingen verwezenlijkt, *doelmatigheid* verwijst naar de mate waarin een organisatie zuinig om springt met haar middelen.

De eerste vier elementen van de omschrijving zijn van formele aard en zeggen nog niets over de richting van de verandering, in tegenstelling tot het vijfde element. Al gebruikten auteurs tal van verschillende termen, steeds

weer komt geplande organisatieverandering ofwel organisatievernieuwing erop neer dat de *structuur* verandert van een klassiek bureaucratische ofwel mechanische in een flexibele ofwel organische, de *cultuur* van een conserverende in een innoverende, de *leiderschapsstijl* van een autoritaire in een participatieve en de *instelling* van de organisatiegenoten van afstandelijk en/of calculerend in betrokken.

Ten aanzien van het verloop van organisatievernieuwingprocessen zijn de volgende vragen van belang:

- Wat is de aanleiding voor de organisaties om te veranderen?
- Hoe verloopt het besluitvormingsproces over de vernieuwing, welke veranderingen in structuur, cultuur en regime voert men door en welke problemen, knelpunten en weerstanden doen zich voor?
- Tot welke veranderingen in de output leidt de vernieuwing?
- Wat zijn de effecten (*outcomes*) van de vernieuwing, gerelateerd aan de doelstellingen van de organisatie en de vernieuwing?

Er bestaat een grote verscheidenheid aan perspectieven waarmee men processen van organisatievernieuwing kan analyseren. Ik kies hier voor twee perspectieven die in het debat over organisatievernieuwing een centrale plaats innemen en diametraal tegengestelde uitgangspunten hebben, te weten het contingentiedenken en het neo-institutionalisme. Nu zijn dit beide zeer complexe benaderingen met vele varianten, zodat ik me hier zal beperken tot die elementen die ik in dit artikel zal gebruiken.

De grondgedachte van het *contingentiedenken*, dat een vorm van een open-systeem-benadering is en een rationele visie behelst op het proces van organisatievernieuwing, is heel eenvoudig: een bepaalde organisatiestructuur (OS) is slechts in een bepaalde situatie (S) doelmatig en doeltreffend (DM/DT). Organizatievernieuwing houdt in dat de leiding van de organisatie constateert dat de omgeving van de organisatie is veranderd en daaraan de organisatiestructuur aanpast. Door middel van *rationele adaptatie* ontstaat er congruentie tussen de situatie en de kenmerken van de organisatiestructuur (Lammers et al., 2000: 614-615).

De relatie tussen OS, S en DM/DT is door allerlei onderzoekers op vele verschillende manieren gespecificeerd. Mintzberg (1979; 1983;

1989) heeft het contingentiedenken op een elegante wijze gecodificeerd mede met behulp van zijn verfijnde typologie van organisaties, waarin hij de simpele tweedeling mechanisch – organisch overstijgt.

Passen we het schema van Mintzberg toe op het vraagstuk van organisatievernieuwing, dan zien we dat zich hier vijf varianten (die elkaar niet hoeven uit te sluiten) voordoen.

- 1 Een klassiek professionele organisatie komt in turbulenter vaarwater terecht, zodat professionals meer moeten samenwerken. De organisatie dient te veranderen in een innoverende onderneming
- 2 Een machinebureaucratie ofwel mechanisch regime komt in turbulenter vaarwater terecht, zodat er meer flexibiliteit nodig is. De organisatie dient te veranderen in een ondernemende organisatie.
- 3 In een niet-professionele organisatie neemt de complexiteit van de taken en daarmee ook van het werk toe, zodat de medewerkers aan hogere eisen moeten voldoen en de onderneming meer trekken van een professionele organisatie dient te krijgen.
- 4 De heterogeniteit van de producten en diensten, afzetgebieden en clientèle neemt toe, zodat de leiding van de organisatie is genoopt tot divisionalisering over te gaan. Het belangrijkste mechanisme waarmee de leiding toezicht houdt op de divisies, is *standaardisatie van opbrengst* ofwel 'afrekenen'. De (momenteel populaire) instelling van 'resultaatverantwoordelijke eenheden' en 'business units' is te beschouwen als een kleinschalige variant van divisionalisering.
- 5 De leiding van de organisatie meent dat het noodzakelijk is de onderlinge samenhang en binding te vergroten en versterkt daartoe de *missie* van de organisatie.

Het schema van Mintzberg heeft betrekking op de *structuur* van de organisatie, dat wil zeggen de manier waarop de taken in een organisatie verdeeld en op elkaar afgestemd zijn. Daarnaast hebben processen van organisatievernieuwing echter ook implicaties voor de *cultuur* van een organisatie, waaronder ik hier versta het geheel van waarden, normen, doelstellingen en verwachtingen. Bij de bovengenoemde eerste twee varianten dient de cultuur te veranderen van conserverend in *innoverend*. In de laatste variant moet de cultuur aanmerkelijk *hechter* worden. Bij de vierde variant,

die van divisionalisering, zal daarentegen de pluraliteit en heterogeniteit van de cultuur toenemen en zullen er verschillende *subculturen* ontstaan. In dat geval is het de taak van de leiding de rivaliteit tussen de divisies c.q. eenheden in de hand te houden en een evenwicht te vinden tussen de proliferatie van subculturen en de instandhouding van een overkoepelende cultuur voor de organisatie als geheel. Bij de derde variant, die van professionalisering, zal de verbondenheid van de medewerkers met het werk zelf, wat Lammers *et al* (2000: 373n) de *instrumentele binding* noemt, toenemen. Ook hier zal de leiding een balans moeten zoeken tussen enerzijds de binding aan de taken en de beroepsgenoten en anderzijds de binding aan de organisatie als geheel.

Ten slotte is de doorvoering van *Human Resources Management* tegenwoordig een vast onderdeel van organisatievernieuwing.

Het zogeheten *neo-institutionalisme* heeft een geheel andere visie op organisatievernieuwing. In de bewoordingen van Kenis (2001: 22) is het uitgangspunt van deze benadering "(...) dat wat organisaties doen niet moet worden geïnterpreteerd als zijnde een bijdrage tot de effectiviteit van de organisatie, maar als een bijdrage tot de legitimiteit ervan". Ik baseer mij bij de weergave van de neo-institutionalistische visie op organisatievernieuwing op Brunsson & Olsen (1993), DiMaggio & Powell (1983) en Meyer & Rowan (1977) (zie ook Lammers *et al.*, 2000: 398-421).

Zoals opgemerkt is volgens contingentietheoretici rationale adaptatie het mechanisme waardoor er congruentie totstandkomt tussen de situatie en de kenmerken van de organisatiestructuur. Volgens de aanhangers van het neo-institutionalisme is dat in het bedrijfsleven (wellicht) het geval, maar in de publieke sector, waar niet of nauwelijks sprake is van concurrentie en marktwerking, niet. Daarnaast hebben publieke organisaties in de regel veel minder duidelijke, ondubbelzinnige en meetbare doelstellingen dan private ondernemingen.

De antwoorden die neo-institutionalisten geven op de hiervoor weergegeven vier vragen over organisatievernieuwing, zijn dan ook anders dan die van contingentietheoretici. Voor het voortbestaan van organisaties zonder winst oogmerk is niet hun effectiviteit van doorslaggevend belang maar de mate waarin

zij zich weten te verzekeren van de vereiste steun in hun omgeving.

Nu komt het veelvuldig voor dat de leiding en medewerkers van organisaties zonder winst-oogmerk zelf weinig voelen voor allerlei wensen van de omgeving, bijvoorbeeld omdat ze die wensen irrealistisch en onhaalbaar of beneden hun professionele waardigheid achten. Ze kunnen zich echter niet permitteren de eisen en verwachtingen van de omgeving openlijk te negeren, omdat ze voor hun maatschappelijke steun, legitimiteit en voortbestaan afhankelijk zijn van diezelfde omgeving. Daarom zijn ze genoodzaakt ten minste *ceremoniële conformiteit* aan de wensen van de omgeving te betuigen door ze naar de vorm na te leven. De betrokken instellingen werpen daartoe een façade op van regels en *mission statements* die als buffer dienen tussen het primaire proces en de omgeving. Ze schermen dus de feitelijke werkzaamheden af van de in hun ogen illegitieme verwachtingen van partijen in de omgeving. Het gebruik door leidinggevenden en organisatie-adviseurs van populaire doctrines zoals Human Resources Management (HRM) heeft in een dergelijke optiek vooral een *retorische functie* (Legge, 1995: 87-91). HRM heeft met name symbolische betekenis als middel om de voor medewerkers minder prettige kanten van organisatievernieuwingen te maskeren en in een gunstig daglicht te plaatsen. Bedreigingen heten dan 'kansen' en 'uitdagingen' te zijn, de tijd van *life time employment* is voorbij maar daar staan *employability* en *empowerment* tegenover, het wegnemen van allerlei zekerheden past in een tijd van individuele ont-plooiing.

De aanleiding voor organisatievernieuwing is dus niet dat zich veranderingen in de omgeving voltrekken waaraan de organisatie zich dient aan te passen teneinde haar effectiviteit en efficiëntie te vergroten, maar dat de organisatie zich laat leiden door opvattingen in de omgeving (waarvan het openbaar bestuur uiteraard een zeer belangrijk onderdeel is) over wat geëigende en adequate organisatiepatronen zijn. De leiding brengt daarbij vooral veranderingen in de formele structuur aan maar probeert het primaire proces, vaak onder druk van de organisatiegenoten, zoveel mogelijk af te schermen van allerlei modegrillen. De veranderingen zullen betrekkelijk weinig effect hebben op de doelverwezenlijking en de doelmatigheid van

de betrokken organisaties maar wel bijdragen aan hun legitimiteit. Zo ontstaat er gek genoeg ook in de publieke sector congruentie tussen de kenmerken van de situatie en die van de organisatie. Licht overdreven gesteld is rationele adaptatie het congruentiemechanisme voor de private sector en *imitatie*, dat wil zeggen nabootsing van als succesvol beschouwde organisatiepatronen, het congruentiemechanisme voor de publieke sector.

In de conclusie zal ik pogen een antwoord te geven op de vraag welke optiek de meest plausibele interpretatie biedt voor de aanleiding, het verloop en de effecten van de organisatievernieuwingprocessen.

De instellingen

De eerste twee hier beschreven instellingen hebben een min of meer professioneel karakter. Professionele behandelaars, zoals psychiaters, hebben een belangrijke positie in de organisatie en voor het uitvoerende werk (verpleging, zorg, begeleiding) is ook een opleiding vereist. Bij de andere drie instellingen, waar de nadruk ligt op verzorging, is dit in veel mindere mate het geval. Die drie instellingen zijn ook grootschaliger en hebben veel weg van machinebureaucratieën. Voor vier van de vijf instellingen heb ik fake-namen gebruikt. De informatie over de vijfde instelling is ontleend aan een publicatie, zodat ik die organisatie wel bij de juiste naam heb genoemd.

Een collega van mij heeft het grootste deel van het onderzoek bij de Theresia-Stichting uitgevoerd. Ik was wel nauw bij dit onderzoek betrokken en heb er ook een bijdrage aan geleverd. De onderzoeken bij Avondschemering, Methusalem en Zorgzaam en Zakelijk zijn verricht door studenten bestuurskunde in het kader van hun scriptie, waarbij ik als begeleider optrad. Een tijdelijk onderzoeker heeft de thuiszorginstelling Rijn-, Duin- en Bollenstreek bestudeerd, waarbij J.J. van Hoof en ik als begeleider optraden.

De zorgfilosofie van de Theresia-stichting

De Theresia-Stichting is in 1987 opgericht met als doel een kinderkliniek om te vormen tot een algemene intramurale instelling voor ver-

standelijk gehandicapten. Anno 1995 had zij een capaciteit van 350 bedden, verspreid over verschillende locaties in een grootstedelijk gebied. Theresia had in 1988 een zogenaamde zorgfilosofie geformuleerd getiteld 'Gewoon waar mogelijk, speciaal waar nodig' met als belangrijkste elementen 'leven als anderen, leven met anderen, leven geaccepteerd door anderen en speciaal leven'.

Theresia had in 1994 naar aanleiding van enkele problemen behoefte aan evaluatie en actualisering van de zorgfilosofie (Dozy, 1995: 1-2)³. Ten eerste bleek een van de principes van de zorgfilosofie, 'leven geaccepteerd door anderen', moeilijk implementeerbaar te zijn. Met dit principe had Theresia de wens tot maatschappelijke integratie van de bewoners tot uitdrukking gebracht. De vraag was echter of dit concept wel goed toepasbaar was op de bewoners van Theresia, waarvan de meerderheid uit ernstig tot zeer ernstig verstandelijk gehandicapten bestond. Ten tweede leek de grootstedelijke omgeving in bepaalde opzichten een belemmering te vormen voor de integratie van de bewoners.

De vragen in het onderzoek dat is uitgevoerd ten behoeve van de evaluatie en actualisering van de zorgfilosofie, hadden dan ook betrekking op beide problemen (Dozy, 1995: 2-3): (1) Behoeven de bestaande zorgconcepten voor verstandelijk gehandicapten bijstelling voor de bewoners van Theresia? (2) Belemmert dan wel bevordert het wonen in een grootstedelijk gebied de integratie van de bewoners van Theresia? Het onderzoek bestond uit een literatuurstudie, gesprekken met sleutelpersonen uit de instelling en een enquête naar de demografische gegevens en de medische conditie van de bewoners en de demografische en sociaal-economische kenmerken en de betrokkenheid van de ouders.

De conclusie van het onderzoek was dat Theresia goede verzorging en goede, op de individuele eigenschappen en behoeften van de bewoners afgestemde, zorg bood. Alleen in de methodiekontwikkeling leek de instelling door te schieten door al te veel methoden, regels en procedures op te stellen. Er was dan ook geen reden de zorgfilosofie te actualiseren c.q. te veranderen. Het enige probleem dat zich voordeed, betrof de integratie van de bewoners in de samenleving (Dozy, 1995: 56-59).

Dit streven naar integratie van de bewoners

was geen vondst van Theresia maar uitvloeisel van algemene veranderingen in het denken over de geestelijke gezondheidszorg. Het lange tijd dominante medische model had onder invloed van maatschappijkritische, sociaal-psychologische en sociaal-psychiatrische theorieën plaatsgemaakt voor socioculturele modellen; de visie op verstandelijk gehandicapten veranderde van 'zieken met beperkingen' in 'normale mensen met normale behoeften die wel beperkingen hebben maar zich kunnen ontwikkelen' (Dozy, 1995: 6-12; zie over dit thema uitvoeriger Tonkens, 1999: 190, 241).

Doorvoering van dit normalisatie- en integratiestreven stuitte echter bij Theresia op diverse obstakels (Dozy, 1995: 56-57). Zo berustte de integratie-doelstelling mede op een min of meer romantische voorstelling van de 'gemeenschap'; buurten en wijken zouden enerzijds een gemêleerde samenstelling hebben, waarbij verstandelijk gehandicapten te midden van andere burgers wonen, en anderzijds een groot norm- en saamhorigheidsbesef kennen. De vraag was echter reëel in hoeverre 'de samenleving' werkelijk zit te wachten op integratie van verstandelijk gehandicapten, waarvoor Theresia nog bijkwam dat integratie zeker in de grootstedelijke probleemwijken problematisch zou zijn. Daarnaast was het zoals vermoed inderdaad de vraag in hoeverre de integratie-doelstelling wel reëel was met het oog op de vele en zware handicaps van de bewoners van Theresia.

Ten slotte speelde een rol dat vanaf de jaren tachtig onder sterke druk van de overheid bedrijfskundig geïnspireerde principes als 'kwaliteitszorg' en 'zorg op maat' ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapten ingang hadden gevonden. Dozy (1995: 57) wijst op het risico "dat een fixatie op vergroting van de doelmatigheid tot ontmenselijking van de zorg kan leiden. Daarnaast is het risico aanwezig dat een al te grote concentratie op de ontwikkeling van steeds verfijndere methodieken, technieken en plannen, leidt tot verstarring, bureaucratisering en doelverschuiving".

De algemene indruk van mijn collega Dozy en mij bij onze contacten met Theresia was dat de betrokkenheid van de medewerkers hoog en de sfeer en de dagelijkse zorg voor de bewoners goed waren. Medewerkers herkennen de door ons gesignaleerde risico's van bureaucratistische, methodische rigiditeit en intro-

versie. Discussies over het beleid van de instelling balanceerden tussen enerzijds abstracte betogen over behandelmethodieken en zorgplansystemen en anderzijds beschouwingen over de uniciteit van iedere bewoner. Hierdoor leek men weinig ideeën te hebben over de wijze waarop men de door ons geformuleerde aanbevelingen moest implementeren. Bijeenkomsten verliepen geanimeerd maar weinig gestructureerd. Het bleek voor de instelling moeilijk te zijn de verbinding te leggen tussen allerlei abstracte ideeën over bijvoorbeeld integratie en de dagelijkse werkzaamheden en activiteiten van de medewerkers.

Zorg om de maat in de avondschemering⁴

Sinds 1972 is in een dorp in het westen des lands gevestigd het psychogeriatrisch centrum Avondschemering, een gezondheidsinstelling voor ouderen met zorgvragen en zorgproblemen die voortkomen uit of samenhangen met dementie. Het centrum verpleegt anno 2000 zo'n tweehonderd bewoners. Ook consultatie en dagbehandeling zijn taken van de 375 medewerkers (Baak, 2000: 6).

Avondschemering zag zich zoals zo vele zorginstellingen genoopt de organisatie te veranderen. De overheid oefende druk uit op zorginstellingen zowel de doelmatigheid te vergroten als beter te voldoen aan de wensen van de cliënt. Om aan die druk tegemoet te komen voerde de leiding een reorganisatie door om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zorg op maat aan te bieden (Baak, 2000: 6). Dit veranderingsproces is in 1994 gestart en was in 1999 afgerond. De studente bestuurskunde C. Baak heeft in het kader van haar stage en scriptie onderzocht in hoeverre de verandering van de organisatie van de zorg effectief gebleken is. De gebruikte methodes waren interviews⁵, documentanalyse en observaties.

Avondschemering 'oude stijl' kenmerkte zich door een tamelijk centralistische structuur die een mengvorm was van een machinebureaucratie en een professionele bureaucratie; dientengevolge werkten de behandelaars, zoals artsen, psychologen en fysiotherapeuten, en de zorgverleners slechts weinig met elkaar samen. De directie van Avondschemering meende dat de structuur en de werkwijze moesten veranderen op grond van zowel exter-

ne als interne ontwikkelingen. Die externe ontwikkelingen waren politiek (nieuwe wetgeving), maatschappelijk (toenemend aantal ouderen, andere opvattingen over zorg en wensen van cliënten, concurrentie) en financieel (hogere eisen zorgverzekeraars). De interne ontwikkeling had betrekking op een andere visie van Avondschemering zelf op de zorg. De zorg moest worden afgestemd op de behoeften van de cliënt, vraaggericht zijn en zijn gebaseerd op de leefwereld van de cliënt; dit bedoelde men met zorg op maat en kwaliteit van zorg (Baak, 2000: 39-45).

Om de gestelde doelen te bereiken, heeft de leiding van Avondschemering een aantal maatregelen doorgevoerd die vooral betrekking hadden op de structuur van de zorginstelling (Baak, 2000: 46-53) en ertoe zouden moeten leiden dat de organisatie flexibeler wordt. De belangrijkste verandering was wellicht de invoering van 'ongedifferentieerd opnamebeleid'. Tot dan toe plaatste men bewoners op een afdeling al naar gelang hun behoefte aan verpleging, zorg en begeleiding. Daardoor hadden de bewoners van één afdeling soortgelijke behoeften en moesten zij verhuizen naar een andere afdeling wanneer hun conditie verslechterd was. Na de reorganisatie komen bewoners met verschillende behoeften op één afdeling terecht en houden zij, omdat ze niet meer hoeven te verkassen, dezelfde zorgverleners en behandelaars.

Nauw hiermee samen hangt de invoering van teamverpleging; een team vaste medewerkers verzorgt een vaste groep bewoners. Verschillende teams vormen samen een Resultaat Verantwoordelijke Zorgeenheid (RVZE), die zich moet kenmerken door flexibiliteit, kwaliteit en doelmatigheid. De verschillende behandelaars moeten veel meer met elkaar samenwerken, onder andere in multidisciplinaire teams die elk zijn gekoppeld aan een zorgafdeling. Daarnaast heeft de leiding getracht een goed rapportagesysteem tot stand te brengen door een zorghandleiding, zorgdossiers en een protocollenboek in te voeren.

De directie had een stuurgroep ingesteld om de invoering van teamverpleging en de consequenties daarvan te begeleiden. De stuurgroep formeerde op haar beurt enkele werkgroepen. Opmerkelijk genoeg participeerden in de stuurgroep en de werkgroepen meer behandelaars dan zorgverleners, ofschoon

teamverpleging vooral voor de zorg van belang is. Scholingen en trainingen waren met name voor de leidinggevendenden georganiseerd en voor hen was ook een belangrijke rol weggelegd in de informatievoorziening over de veranderingen. Een laatste belangrijk aspect van de aanpak was dat de leiding de veranderingen niet abrupt maar geleidelijk wilde implementeren; zij noemde dit het groeimodel (Baak, 2000: 53-56).

In haar conclusies stelt de auteur (2000: 73-79) vast dat het onmogelijk is harde uitspraken te doen over de effectiviteit van de veranderingen omdat de gestelde doelen – zorg op maat en kwaliteit van zorg – vaag zijn en men ook geen duidelijke meetbare indicatoren heeft gesteld. Daar komt bij dat de cliënten niet of nauwelijks in staat zijn hun mening over de zorg en behandeling kenbaar te maken. Hierdoor is het ook moeilijk een oordeel te vellen over de zin en onzin van de instelling van Resultaat Verantwoordelijke Zorgeenheden, aangezien het niet duidelijk is voor wat voor resultaten die eenheden verantwoordelijk zouden moeten zijn.

Daarnaast schuilt er volgens Baak een zekere ambivalentie in het veranderingsproces. Aan de ene kant zegt de leiding te streven naar meer flexibiliteit, anderzijds schrijft zij het gebruik van een zorghandleiding, zorgdossiers en protocollen voor, hetgeen juist standaardisatie en bureaucratie meebrengt. De leiding heeft wel de formele structuur veranderd maar weinig middelen ingezet om de werkwijze van de medewerkers te veranderen. Omdat de doelen van de verandering vaag zijn en de verandering in sterke mate van bovenaf is opgelegd, behoeft het geen verwondering te wekken dat de medewerkers zijn geneigd vast te houden aan de bestaande werkwijze en daartoe op een selectieve wijze werken met zorgdossiers. Baak (2000: 79) concludeert dan ook: "De suggestie wordt gewekt dat er een grote verandering heeft plaatsgevonden, maar in de praktijk blijkt dat er op papier meer veranderd is dan in de praktijk."

Ook constateert de onderzoeker (2000: 75) dat het beoogde 'groeimodel' in de praktijk nauwelijks is toegepast; de veranderingen volgden elkaar in hoog tempo op. De verhoudingen tussen de zorgverleners en de behandelaars zijn weinig verbeterd. Zoals opgemerkt hadden behandelaars een dikke vinger in de pap

bij het veranderingsproces en zij lijken hun positie door de reorganisatie nog te hebben versterkt. Vooral zij stellen de protocollen en zorgdossiers op waarmee de zorgverleners moeten werken, zodat de professionals bij Avondschemering de rol van analisten vervullen die het werkproces standaardiseren. Bovendien verichten de professionals veel extramurale werkzaamheden, die ook nog eens meer prestige opleveren dan intramurale activiteiten, hetgeen de samenwerking tussen de zorgverleners en de behandelaars ook al niet bevordert.

Te concluderen valt dat de leiding van Avondschemering de intentie had een integrale organisatieverandering te realiseren en de instelling te veranderen van een bureaucratische in een innovatieve organisatie. In de praktijk zijn vooral veranderingen doorgevoerd in de formele structuur en de positie van de professionals, die, net als bij Theresia, een grote rol spelen. Ook andere overeenkomsten tussen de organisatieveranderingen bij Theresia en Avondschemering zijn duidelijk aanwijsbaar. In beide instellingen is het risico van bureaucratische, methodische rigiditeit aanwezig en blijkt het moeilijk te zijn de verbinding te leggen tussen allerlei abstracte ideeën over de zorg en de dagelijkse werkzaamheden en activiteiten van de medewerkers.

Integrale organisatieverandering in Methusalem

De stichting Methusalem is een overkoepeling van vier verpleeghuizen, vijf verzorgingshuizen en een zorghuis, dat wil zeggen een combinatie van een verpleeg- en verzorgingshuis, in een grote stad. Ressorteerden de gemeentelijke verpleeg- en verzorgingshuizen tot in de jaren zeventig onder de Gemeentelijke Sociale Dienst, in 1980 bracht het gemeentebestuur ze onder in een aparte tak van dienst: de gemeentelijke dienst Methusalem. Per 1 december 1996 is Methusalem geprivatiseerd en heeft hij de rechtsvorm van een stichting gekregen. In 2000 had Methusalem 1.340 medewerkers, 1.210 bedden, 84 dagverzorgingsplaatsen en een budget van ruim 120 miljoen gulden. Een Raad van Toezicht van vijf leden, waarvan een benoemd op voordracht van de Centrale Ondernemingsraad en een op voordracht van de gezamenlijke cliëntenraden, benoemt en con-

troleert de directeur van Methusalem (Turkes, 2001: 22).

Methusalem is lange tijd een betrekkelijk stabiele, sterk bureaucratische organisatie geweest; ook de privatisering veranderde daar weinig aan. Zelfs in 2000 betaalde de gemeente nog de salarissen van de medewerkers van Methusalem uit (Turkes, 2001: 28). Dat Methusalem zo weinig veranderde, is in ieder geval voor een groot deel toe te schrijven aan het optreden van de eerste algemeen directeur van Methusalem, die vanaf de oprichting in 1980 tot het einde van de jaren negentig de organisatie met krachtige hand leidde. Na diens vertrek heeft de leiding van de instelling evenwel tal van veranderingen geïntroduceerd. De studente bestuurskunde A. Turkes heeft als stagiaire onderzocht in hoeverre de beoogde en doorgevoerde veranderingen als 'integraal' te bestempelen zijn. De daarbij gebruikte methodes zijn participerende observatie en raadpleging van documenten.

In de loop van 1999 en 2000 is een nieuwe algemeen directeur aangetreden, zijn diverse rapporten, nota's en plannen over organisatieverandering uitgebracht en hebben vier adviesbureaus hun licht over Methusalem laten schijnen. Alle voorbereidende activiteiten resulteerden in de tweede helft van 2000 in een veranderingsplan, dat uit drie fasen bestaat: (1) de vorming van in totaal drie clusters van huizen en benoeming van de topfunctionarissen van de clusters; (2) de inrichting van de clusters; (3) de herinrichting van het Centraal Bureau (Turkes, 2001: 24-25, 48, 89-91).

Op de vraag of het veranderingsproces bij Methusalem is aan te merken als een integrale organisatieverandering, valt volgens de onderzoeker geen onduidelzinnig antwoord te geven (Turkes, 2001: 26-27). Enerzijds heeft de leiding van de organisatie hoge ambities; zij wil Methusalem veranderen in een effectieve, efficiënte, innovatieve en pro-actieve organisatie waarin clusters als zelfsturende eenheden optreden en beter kunnen inspelen op de ontwikkelingen in de omgeving. Aan de vijf kenmerken van organisatievernieuwing lijkt Methusalem te voldoen:

- 1 Er is sprake van *geplande* verandering;
- 2 Methusalem anticipeert en reageert op ontwikkelingen in de *omgeving*, waarbij de leiding verwijst naar bijvoorbeeld concurrentie en marktwerking, de grotere mondigheid

- van de 'cliënt' en de automatisering;
- 3 De verandering dient betrekking te hebben op de *organisatie als geheel*;
- 4 Het proces is gericht op vergroting van de *doeltreffendheid en doelmatigheid* van de organisatie;
- 5 De directie wil de GDVV veranderen van een klassiek bureaucratische in een *flexibele* organisatie.

Anderzijds lijkt het er niet op dat er een consistente visie op de beoogde veranderingen aanwezig is. Zo zijn er in 2000 (maar liefst) vieren-twintig veranderdoelen opgesteld. Schrijver dezes heeft die lijst gezien en constateerde dat die doelen van een totaal verschillende orde waren, ordening, samenhang en prioriteitsstelling ontbraken en het in de meeste gevallen totaal onduidelijk was hoe men die doelen wilde bereiken; de lijst kwam dan ook over als een tamelijk willekeurige opsomming van allerlei wensen. De feitelijke veranderingen hebben tot nu toe vooral betrekking op de structuur en op de top van de organisatie. Op de werkvloer is (vooralsnog) niets te merken van organisatieveranderingen, anders dan men bij integrale organisatieverandering zou verwachten.

Methusalem 'oude stijl' had in menig opzicht trekken van een klassieke bureaucratie: de structuur had veel weg van een centralistische machinebureaucratie, met nogal wat regels en hiërarchie en een sterke centrale leiding door de algemeen directeur en het hem ondersteunende Centraal Bureau, een conserverende cultuur en een tamelijk autoritaire leiderschapsstijl. De huidige leiding probeert de structuur te decentraliseren door de vestigingen in drie clusters onder te brengen, waarvan de directies een tamelijk grote beleidsvrijheid krijgen. Methusalem zou dan veranderen in een gedivisionaliseerde onderneming. De algemeen directeur wil de cultuur veranderen in een "(...) innoverende cultuur waarin participatie, teamwork, afstemming en initiatief niet geschuwd worden" (Turkes, 2001: 50). Het is echter niet erg duidelijk hoe hij dit wil bereiken en bovendien is de conserverende cultuur diep ingesleten in de organisatie, waarin vele medewerkers al jaren in dienst zijn. De leiderschapsstijl dient te veranderen in een 'coachende, participatieve', die 'medewerkers stimuleert en zelfstandig laat denken' (Turkes, 2001: 50). Veel leidinggevendenden werken echter al jaren in de organisatie en zijn gewend aan

een meer autoritaire stijl en de vraag rijst of zij in staat zijn op de gewenste andere manier leiding te geven. Daarnaast is het veranderingsproces zeker in het begin sterk van bovenaf gestuurd en kwamen de lagere organisatiegenoten er nauwelijks aan te pas (Turkes, 2001: 90), terwijl ook hier geldt *'practice what you preach'*.

Belemmeringen in de doorvoering van de verandering zijn het personeelstekort, waar Methusalem zoals zo vele andere zorginstellingen mee kampt, de vrij starre cultuur, de tamelijk autoritaire stijl van leidinggeven, een vermoedelijk niet al te grote bereidheid tot verandering onder veel medewerkers en een sceptische, kritische opstelling van de OR (Turkes, 2001: 65-70). Methusalem kampt met hetzelfde probleem als de Baron von Münchhausen en tal van andere organisaties die willen veranderen van een bureaucratische in een flexibele organisatie: hij moet zich aan de eigen haren uit het moeras omhoog trekken (Fruytier, 1994). Het doel van de verandering, de overgang naar een organisch regime, is tevens de voorwaarde ervan.

Kortom: de intentie bij de leiding van Methusalem de organisatie te veranderen van een mechanische in een organische, is aanwezig, maar de praktijk blijft hier voorslagnog ver bij achter. Opmerkelijk zijn de sterke oriëntatie op de leiding, zowel in de aanpak als in de doorgevoerde veranderingen, en ook hier de grote moeilijkheid allerlei globale en betrekkelijke vage wensen te verwerken in een samenhangende visie die ook voor de uitvoerende medewerkers relevant is.

Kanteling van Zorgzaam en Zakelijk

De thuiszorginstelling Zorgzaam en Zakelijk is een stichting die is ontstaan door een aantal fusies. De organisatie had in 1999 1.600 medewerkers in vaste dienst en circa 1.000 Alpha-hulpverleners⁶. In totaal kregen in 1999 een kleine 9.000 cliënten zorg en per 31 december waren er ruim 6.000 'in zorg'⁷.

Zorgzaam en Zakelijk was genoopt zich te heroriënteren op zijn positie onder invloed van twee veranderingen in het overheidsbeleid: de introductie van marktwerking en de verlaging van de maximale reserveringen van thuiszorginstellingen. In reactie hierop voerde de lei-

ding van Zorgzaam en Zakelijk diverse veranderingsprocessen door. De student bestuurskunde W. Wolter, die tevens client was van de instelling en lid van de Cliëntenraad, heeft onderzocht wat de effecten van die veranderingen waren, waarbij hij een combinatie van een contingentiebenadering en een Human Resources-perspectief gebruikte. Het onderzoek is uitgevoerd in 1999 en bestond uit raadpleging van documenten van de instelling en vijf interviews met medewerkers (twee uitvoerenden, twee leidinggevenden en een staffunctionaris) uit een van de rayons van Zorgzaam en Zakelijk.

Het eerste door Wolter onderzochte veranderingsproces betreft het uit 1995 stammende 'Besluit tot nadere inrichting van Zorgzaam en Zakelijk'. De directie beoogde de klantgerichtheid van de instelling te verbeteren door een andere werkwijze voor het personeel in te voeren. De uitvoerende medewerkers, zowel wijkverpleegkundigen als gezinsverzorger, gingen in zorgunits werken, met unitmanagers aan het hoofd.

De onderzoeker stelt vast dat de leiding van de instelling 'behalve wat algemeenheden en vage toespelingen' in geen van de door hem bestudeerde documenten aangeeft hoe zij dit veranderingsproces wil implementeren (Wolter, 1999: 38). Ook is er geen evaluatiemoment vastgelegd, hetgeen beoordeling van dit proces moeilijk zo niet onmogelijk maakt. Daarnaast constateert de auteur (1999: 48) een zekere ambivalentie in het proces. Enerzijds wil de leiding uitvoerende medewerkers meer verantwoordelijkheid geven, anderzijds staat de aanstelling van unit managers op gespannen voet met een grotere eigen verantwoordelijkheid van de uitvoerenden.

Het tweede veranderingsproces was de invoering van Human Resources Management (HRM) in 1997. De leiding van Zorgzaam en Zakelijk had een aantal nieuwe inzichten opgedaan: het personeel is een van de belangrijkste succesfactoren van de organisatie (daarvoor was prioriteit gegeven aan 'productie'); personeel is niet uitsluitend een kostenpost maar een van de belangrijkste bronnen van winst; de belangen van de organisatie en die van het personeel zijn niet in strijd met elkaar maar kunnen elkaar juist versterken. Door HRM zou de instelling een samenhangend personeelsbeleid kunnen formuleren, dat op zijn beurt zou bij-

dragen aan het 'marktleiderschap op alle producten' van Zorgzaam en Zakelijk en aan 'de positionering' van de instelling in de omgeving. Elementen van het HRM-kader waren bijvoorbeeld een laagdrempelige klant- en medewerkergerichte onderneming, klantgericht, flexibel en communicatief reageren op de klant en hantering van een kwaliteitsgerichte managementstijl (Wolter, 1999: 38-39).

In 1999 maakte de leiding de balans op van de invoering van HRM. Niet nader gespecificeerde 'delen' van het HRM-beleid zouden zijn geïntegreerd in de dagelijkse werkzaamheden. Wolter (1999: 46,50) constateert dat, anders dan hij had verwacht, ten tijde van het onderzoek het HRM-beleid nog niet was geïmplementeerd.

Het derde veranderingsproces is in 1999 gestart en getiteld 'de herijking of kanteling van de organisatie'. Er waren drie redenen om wederom de organisatie te veranderen: de resultaten van een door een organisatieadviesbureau uitgevoerd doelmatigheidsonderzoek, een wetmatig voorgeschreven verandering in de indicatiestelling⁸ en een verandering in de financieringssysteem: instellingen krijgen vanaf 2001 geen budget meer maar een vergoeding voor de werkelijk gemaakte kosten. Doelstellingen zijn onder andere verdere verbetering van de kwaliteit van zorg- en dienstverlening door de cliënt zoveel mogelijk centraal te stellen en verhoging van de arbeidsvreugde van de medewerkers. De structuur, de cultuur en de werkwijze moeten veranderen. Het traditionele lijn – staf denken moet plaats maken voor procesgericht denken, waarbij de functie van een dienst, afdeling of medewerker centraal komt te staan. Er komen vier resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's): Thuiszorg Stad, Thuiszorg Platteland, Voorlichting en Preventie en GezondheidsService (Wolter, 1999: 40-41).

De onderzoeker (1999: 50) constateert dat er sprake is van 'herhaling van zetten' en wijst erop dat ook dit veranderingsproces een ambivalent karakter heeft. Enerzijds streeft de leiding naar decentralisatie, met name door de vorming van resultaatverantwoordelijke eenheden, anderzijds doen zich juist tendenties tot centralisatie voor. Ten eerste is de macht verschoven van de Raad van Toezicht naar de Raad van Bestuur, lees: de directie, die meer beleidsvrijheid en bevoegdheden gekregen heeft. Ten tweede duidt de instelling van een

concernstaf en facilitaire directie op centraal niveau evenmin op decentralisatie. De oprichting van RVE's, met daaraan gekoppeld de invoering van standaardisatie van resultaten als coördinatiemechanisme, kan ertoe leiden dat Groot Rijnland trekken krijgt van een gedivisionaliseerde onderneming, met de RVE's als divisies. Wolter meent dat een dergelijk organisatie-type inderdaad een zekere decentralisatie van taken en bevoegdheden kent, namelijk van de strategische top naar de leiding van de verschillende divisies. Daarmee is echter niet gezegd dat ook de uitvoerende medewerkers meer autonomie krijgen (Wolter, 1999: 50, 54).

Het zal niet als een verrassing komen dat de onderzoeker vraagtekens plaatst bij de effectiviteit van de drie door de leiding van Zorgzaam en Zakelijk in reactie en anticipatie op veranderingen in de omgeving doorgevoerde processen van organisatievernieuwing. Er is in ieder geval niet gebleken dat de organisatie doeltreffender functioneert. Men belijdt met de mond de noodzaak van Human Resources Management, maar doet daar in de praktijk weinig aan. De auteur heeft de indruk dat het personeel veranderingsmoe begint te raken: de ene vernieuwing is nog niet afgerond of de volgende komt er alweer aan.

De onderzoeker vraagt zich dan ook af waarom Zorgzaam en Zakelijk voortdurend aan het veranderen is; waarom evalueert men niet eerst een verandering, alvorens eventueel een volgende vernieuwing te initiëren? Zijn enigszins cynische interpretatie is dat continue veranderingen in ieder geval de legitimiteit van de leiding van organisaties vergroten, daar bij de buitenwereld het beeld ontstaat van de 'ijverige en betrokken bestuurder' en het mogelijk is commentaar op de stand en gang van zaken te "(...) ondervangen door te verwijzen naar een volgend proces, dat het probleem oplost".

Het wordt langzamerhand een eentonige conclusie: ook in dit geval kondigt de leiding van de instelling allerlei ambitieuze plannen tot verandering aan, waar vervolgens in de praktijk maar weinig van terecht komt. De nadruk ligt in dit proces op divisionalisering (in de vorm van eerst zorgunits en later RVE's) en HRM, dat echter vooral een 'retorische functie' lijkt te vervullen. Daarnaast speelt 'symbolisch management' bij de onderzochte instelling een belangrijke rol.

Preventieve signalering in de thuiszorg

Thuiszorg Rijn-, Duin- en Bollenstreek (RDB) is ontstaan uit een aantal fusies en heeft als twee, ten tijde van het onderzoek nog steeds als zodanig duidelijk herkenbare, belangrijkste pijlers het kruiswerk en de gezinsverzorging. RDB is actief in de gelijknamige, tussen Haarlem, Leiden en Den Haag gelegen regio's langs de kust en had in 1997 naar schatting (want in het jaarverslag van 1997 vermeldde men nergens de totale omvang van het personeel) ten minste 1.150 medewerkers. RDB leverde in 1997 in totaal ruim zeshonderdduizend uren zorg aan 4.810 cliënten.

J.D. Meloen heeft dit onderzoek uitgevoerd als onderdeel van een groter onderzoeksprogramma van de huidige Leerstoelgroep Sociologie van het Leidse departement Bestuurskunde, 'Organisatievernieuwing en interorganisatiele betrekkingen in een veranderende samenleving'. In overleg met de instelling is de algemene thematiek van organisatievernieuwing toegespitst op de gevolgen van de voor de sector wellicht belangrijkste ontwikkeling, namelijk de invoering van het 'vraaggestuurde marktdenken'. Daarnaast is in het onderzoek in overleg met de desbetreffende thuiszorginstelling besloten specifiek aandacht te besteden aan een belangrijk aspect in de thuiszorg, dat van de preventieve signalering. Thuiszorg Rijn-, Duin- en Bollenstreek had namelijk op dit in de jaren negentig steeds belangrijker geworden terrein een aantal initiatieven ontplooid en projecten ontwikkeld.

Het onderzoek bij Thuiszorg Rijn-, Duin- en Bollenstreek is uitgevoerd in 1998 en bestond uit raadpleging van documenten en in totaal 22 open interviews, waarvan drie met externe deskundigen en 19 met medewerkers van de instelling (twee topmanagers, acht leidinggevers, negen uitvoerenden). Daarnaast heeft de onderzoeker een grote hoeveelheid literatuur over ontwikkelingen in de thuiszorg in het algemeen geraadpleegd.

Signalering, het aspect van de zorg dat bij het onderzoek bij RDB centraal stond, houdt in dat de uitvoerende medewerkers belangrijke veranderingen in de situatie van de cliënt, die leiden tot veranderingen in de behoefte aan zorg, onderkennen en melden aan hun leidinggevende, zodat de cliënt aangepaste zorg krijgt. Signalering is een belangrijk onderdeel van het

werk van verzorgenden aangezien een groot deel van de cliënten in de thuiszorg niet goed in staat is veranderingen in de eigen situatie en behoefte aan zorg te onderkennen en/of te articuleren. Signalering is ook voor het beleid van de organisatie van belang, bijvoorbeeld wanneer een groot aantal gelijksoortige signalen het middenkader bereikt. In de 'pre-thuiszorg periode' waren het wijkverpleegkundigen die, als vanzelfsprekend en impliciet onderdeel van hun werk, die signalerende taak vervulden. Met de vorming van grootschalige en bureaucratische thuiszorgorganisaties is daar een einde gekomen.

De onderzoeker stelt vast dat zich in de jaren negentig de volgende belangrijke veranderingen hebben voorgedaan in de signalering (Meloen, 2000: 79-80):

"Waar vroeger het signaleren en de preventie een impliciet onderdeel van het werk vormden, is dit steeds meer onder druk komen te staan en wordt er tegenwoordig aanzienlijk minder aan gedaan. Dit heeft tot een grotere behoefte geleid aan informatie van onderop, met name over de situatie van de cliënten. Door de opgelegde nieuwe werkwijze, waarbij de onderlinge communicatie tussen de medewerkers de sluitpost is geworden, dreigt de relatie met de cliënt c.q. patiënt voortdurend verstoord te raken. De nadruk op klantvriendelijkheid en openheid vereist echter een tegenovergestelde ontwikkeling, namelijk een betere communicatie tussen organisatie en cliënt. De recente trend tot signaleren kan nu worden opgevat als een (...) werkwijze om aan deze behoefte tegemoet te komen, terwijl het impliciete en voor het werk noodzakelijke signaleren door externe ontwikkelingen achteruit is gegaan."

De auteur schrijft de achteruitgang van impliciete signalering en preventie toe aan de volgende vijf factoren (2000: 80-83): de toename van de werkdruk in de thuiszorg; het door een politieke beslissing op rijksniveau aangebrachte onderscheid tussen 'productieve' en 'niet-productieve' tijd, waarbij men uitsluitend productieve tijd vergoedt. Preventie en signalering gelden als niet meetbare, niet controleerbare en derhalve niet-productieve activiteiten; de toegenomen afstand tussen leidinggevers en uitvoerenden; de demotivering van het uitvoerend personeel door de werkdruk, de beslissing bepaalde aspecten van de zorg niet meer te

vergoeden, functiesplitsingen en de voortdurende veranderingen in en politieke conflicten over de zorg; de schaalvergroting in de thuiszorg, die een bureaucratische mentaliteit in de hand gewerkt heeft. De conclusie van de onderzoeker is dan ook niet verrassend te noemen (2000: 83):

"Het gebrek aan signalering bij een toenemende behoefte daaraan is daarmee een symptoom van een efficiëntie-operatie in de thuiszorg die voornamelijk van bovenaf is opgelegd en die het logische gevolg is van een aantal ontwikkelingen in het beleid en de gezondheidszorg en de financiering ervan. Men kan zich afvragen of het middel inmiddels erger dan de kwaal is geworden. Er lijkt ook een vicieuze cirkel te zijn ontstaan. Een grotere nadruk op doelmatigheid heeft tot standaardisatie en controle geleid die vooral op bureaucratische wijze wordt aangepakt."

De onderzoeker sluit zijn geschrift af met de volgende tot nadenken stemmende uitspraak (Meloën, 2000: 86): "De kwaliteit van de zorg is niet gebaat bij gedemotiveerde werknemers, te bureaucratische procedures, een slecht imago en voortdurende reorganisaties. De door het beleid en de overheid voorgenomen verbeteringen in de zorg lijken nog verre van compleet te zijn."

Samenvattend: Rijn-, Duin- en Bollenstreek is een voorbeeld van een instelling die ten gevolge van het overheidsbeleid te maken heeft met schaalvergroting, standaardisatie en bureaucratisering. Dit zijn ontwikkelingen die nadelig kunnen zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening en voor de leefbaarheid van de uitvoerende medewerkers, met name in sociaal en instrumenteel (de binding aan het werk) opzicht.

Conclusie

De probleemstelling van dit artikel luidt: Op welke wijze hebben zorginstellingen getracht hun organisatie te vernieuwen in reactie en anticipatie op veranderingen in het overheidsbeleid en in hoeverre dragen die veranderingen bij aan vergroting van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg?

De vijf deelonderzoeken waarover ik hier heb gerapporteerd, hadden alle een eigen spe-

cifieke vraagstelling en daaraan gekoppelde materiaalverzameling. Helemaal vergelijkbaar zijn de verschillende onderzoeksbevindingen dus niet; bovendien is een selectie van vijf niet willekeurig gekozen zorginstellingen uiteraard onvoldoende basis om algemene uitspraken over organisatievernieuwing in de zorgsector te doen. Dat neemt niet weg dat de manieren waarop de hier besproken instellingen de organisatievernieuwing ter hand hebben genomen, frappante overeenkomsten vertonen.

Ten eerste is er in ieder geval bij vier van de vijf instellingen sprake van pogingen de organisatie drastisch te vernieuwen ofwel integraal te veranderen. Hoewel er enige accentverschillen zijn in de gehanteerde terminologie, komt het er steeds op neer dat de instellingen flexibeler en klantgerichter moeten opereren. Kortom: de *intentie* tot organisatievernieuwing is er.

Ten tweede valt bij het *proces* van organisatievernieuwing op dat (a) een systematisch plan van aanpak ontbreekt en (b) de leiding de vernieuwing vooral van bovenaf ofwel *top-down* doorvoert. Het is moeilijk een duidelijke lijn in de praktijk van organisatievernieuwing te ontwaren. Men brengt wel diverse veranderingen in met name de structuur aan, maar hoe die veranderingen zich verhouden tot de ambitieuze doelstellingen van de vernieuwing, is niet al te duidelijk. Daarnaast zijn vooral de hogere echelons van de organisatie betrokken bij de doorvoering van de veranderingen, ofschoon men bij een *integrale* organisatieverandering zou verwachten dat de leiding tracht de organisatie in haar geheel te mobiliseren.

Ten derde lijkt het erop dat op het niveau van de *structuur* drie *coördinatiemechanismen* meer gewicht krijgen. Om te beginnen stelt de leiding van diverse instellingen, in een poging de mede door fusies steeds grootschaliger organisaties beheersbaar te houden, voor resultaat verantwoordelijke eenheden in. Dit is te beschouwen als een *divisionalisering* van de organisatie, met als bijbehorend coördinatiemechanisme *standaardisatie van resultaten*. Dit coördinatiemechanisme impliceert een zekere decentralisatie van taken en bevoegdheden en roept de vraag op welke verantwoordelijkheden er overblijven voor het centrale niveau. Ook staat of valt een dergelijke aanpak met de kwaliteiten van de leiding van de verschillende eenheden. Ten slotte is dit

coördinatiemechanisme ook een middel om organisaties te 'ontstaffen', 'afplatten' en 'downsizen'; de leiding denkt minder leidinggeven en staffunctionarissen nodig te hebben. Maar dan kan zich het probleem voordoen dat er te weinig bekwame leidinggevers en noodzakelijke ondersteunende en facilitaire diensten overblijven. Standaardisatie van resultaten bevordert de bureaucratisering: de top rekent de verschillende eenheden immers af op (meetbare) resultaten, zodat de eenheden koste wat kost de streefcijfers willen 'halen'. Daarnaast krijgt *standaardisatie van het werk* proces sterke nadruk. Het lijkt erop dat men het uitvoerende werk zoveel mogelijk gescheiden heeft van het voorbereidende werk en vervolgens zo nauwkeurig mogelijk de voor iedere uitvoerende taak benodigde hoeveelheid tijd gemeten en berekend heeft. Dit is een aanpak die deels een reactie is op de sturingspogingen van de kant van de overheid, en deels een gevolg is van de wijze waarop instellingen trachten de kwaliteit van de zorg te vergroten. Het streven van instellingen de kwaliteit van de zorg te verhogen heeft immers een bureaucratisch karakter, met alle kwaliteits(zorg)systemen, evaluaties, zorgdossiers, zorghandleidingen, zorgprotocollen, verpleegplannen, gebruikersraadplegingen en klachtenprocedures. Het lijkt erop dat instellingen de uitvoerende medewerkers zoveel mogelijk willen controleren en zij zich door middel van een grote hoeveelheid papier en procedures willen 'indekken' tegen eventuele kritiek van de kant van de 'buitenwacht'. Hutschemaekers (2001: 241), die vergelijkbare processen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten constateert, wijst op de nadelen hiervan: "Naarmate er meer regels komen, des te formeler de functie- en takenomschrijvingen van de medewerkers en vervolgens des te geringer de kans op individuele uitdaging." Ten slotte valt de instelling van semi-autonome teams te bestempelen als een poging *wederzijdse afstemming* als coördinatiemechanisme te introduceren. Enerzijds is ook dit een instrument de doelmatigheid te vergroten, anderzijds hoopt men hierdoor de sociale binding te vergroten, het werk interessanter te maken en de zorg beter af te stemmen op de behoeften van de 'cliënten'. Daardoor biedt dit coördinatiemechanisme ook een zekere compensatie voor de verarming van het werk die het gevolg is van de standaardisatie van het werk-

proces. Maar uit de deelonderzoeken is vooralsnog niet gebleken dat de teams ook werkelijk zo functioneren.

Ten vierde is kenmerkend voor de *cultuur* van de zorginstellingen een onmiskenbare *verzakelijking*; de medewerkers moeten zich realiseren dat zij voor een risicodragende onderneming werken, niet aan alle wensen van de cliënten tegemoet kunnen komen en voor bepaalde verrichtingen extra geld moeten vragen. De keerzijde daarvan is dat men hierdoor een calculerende instellingen van het personeel stimuleert.

Ten vijfde staat *Human Resources Management* tegenwoordig ook bij zorginstellingen hoog in het vaandel, maar lijkt de feitelijke doorvoering vooralsnog achter te blijven bij de ambitieuze doelstellingen. HRM heeft blijkbaar in sterke mate een retorische functie, zodat ik geneigd ben de door De Nijs (2002: 47) impliciet opgeworpen vraag of HRM uiteindelijk meer zal zijn dan een voorbijgaande normatieve managementfilosofie in ieder geval niet bevestigend te beantwoorden.

Als we ons richten op de resultaten en effecten van de pogingen tot organisatievernieuwing, valt er te concluderen dat er een grote discrepantie bestaat tussen de officiële doelstellingen en de praktijk.

- Het bureaucratisch gehalte van zorginstellingen neemt ten gevolge van de vernieuwing eerder toe dan af, met alle gevolgen van dien voor de kwaliteit van de arbeid en daarmee de leefbaarheid.
- Er is sprake van een 'ontkoppeling' van het, voor een groot deel op veranderingen van de formele structuur en de 'bovenbouw' gerichte, 'symbolisch management' van de leiding en de dagelijkse werkzaamheden van de medewerkers.

De tweede conclusie sluit goed aan bij de in het theoretisch kader besproken neo-institutionalistische visie op organisatievernieuwing, die in ieder geval voor de hier besproken casus aanzienlijk relevanter lijkt dan het contigentiedenken. Het gebruik van betekenisloze magische woorden als 'zorg op maat', 'kwaliteit van zorg' (en allerlei varianten met kwaliteit), 'vraaggerichte zorg', 'pro-actief', 'klantgerichtheid' en 'flexibiliteit' lijkt typerend te zijn voor organisatievernieuwing in de zorg. Directies van instellingen roepen uit dat 'vanaf nu kwaliteit bij ons voorop staat en we de behoefte van

de cliënt centraal stellen', daarmee tevens suggererend dat tot dan toe kwaliteit en de behoefte van de cliënt niet van belang waren.

Dit gebruik van vage, nietszeggende begrippen heeft te maken met de grote druk op instellingen zichzelf voortdurend te veranderen om de effectiviteit en efficiency te vergroten. Die druk komt van de kant van de overheid, modes en opvattingen van leidinggevendenden die ze door hun opleidingen opdoen, zodat het niet uit te sluiten is dat velen in hun PR-verhalen geloven. Veranderen is voor zorginstellingen noodzaak, niet omwille van de doeltreffendheid en doelmatigheid maar om zich te verzekeren van legitimiteit en steun. Omdat veranderingen vrijwel altijd minder succes opleveren dan beoogd, is dat reden weer een nieuwe reorganisatie te entameren, zodat de ene vernieuwing de andere opvolgt. Volgens neo-institutionalistische organisatietheorieën is dat geen probleem: "administraties worden niet in de eerste plaats beoordeeld op hun output of outcome maar op het feit dat ze een probleem hebben aangepakt" (Kenis, 2001: 28). Dat alle veranderingen geen of zelfs een averechts effect lijken te hebben op het primaire proces, is geen toeval; het feitelijke uitvoerende werk en de externe legitimering zijn twee heel verschillende zaken.

Geheel zonder betekenis is het contingentiedenken evenwel niet. De leiding van zorginstellingen gebruikt immers stevast ter rechtvaardiging van haar pogingen tot organisatievernieuwing een redenering die doet denken aan de contingentietheorie: "(...) veranderingen in de omgeving noodzaken ons onze structuur en werkwijze te veranderen", luidt die redenering, met allerlei varianten. Paradoxaal genoeg gebruikt dus de leiding van zorginstellingen een aan het contingentiedenken ontleende redenering om zichzelf te legitimeren.

Noten

- 1 Jacques van Hoof dank ik voor zijn uitvoerige commentaar op verscheidene versies van dit artikel. Daarnaast heeft Claudia Baak een eerdere versie van dit artikel becommentarieerd.
- 2 Zie voor overzichten van het gezondheidszorgbeleid in Nederland: Boot & Knapen, 2001: 300-334; Van Heffen & Kerkhoff, 1999; Sociaal en Cultureel Rapport, 1998: 277-349.
- 3 Ik laat een van de problemen, de geringe betrokkenheid van de ouders bij de zorg voor hun verstandelijk gehandicapte kinderen, hier buiten beschouwing.
- 4 De inhoud van deze paragraaf, inclusief de titel, is ontleend aan Baak (2000).
- 5 Er zijn in totaal veertien interviews gehouden, met teamleiders, zorgmanagers en managementteamleden; de directie gaf geen toestemming om, zoals oorspronkelijk de bedoeling was, de zorgverleners te enquêteren.
- 6 Alpha-hulpen zijn formeel niet in dienst van een zorginstelling, die officieel 'bemiddelt' tussen de alpha-hulp en de cliënt. De instelling van alpha-hulpen, in 1976, was een van de eerste bezuinigingsmaatregelen in de zorg.
- 7 De informatie is ontleend aan het Jaarverslag 1999 van de Stichting Zorgzaam en Zakelijk.
- 8 Voorheen konden de zorginstellingen zelf de indicaties stellen, maar vanaf 1999 zijn er onafhankelijke regionale indicatieorganen actief.

Literatuur

- Baak, C. (2000), *Zorg om de maat in Avondscheme- ring*, Leiden: Departement Bestuurskunde, Uni- versiteit Leiden (doctoraalscriptie).
- Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen (2001), *Handboek Ne- derlandse gezondheidszorg*, Utrecht: Het Spec- trum (zevende, herziene druk).
- Brunsson, N. & J.P. Olsen (1993), *The reforming or- ganization*, London: Routledge.
- DiMaggio, P.J. & W.W. Powell (1983), 'The Iron cage revisited: institutional isomorphism and collec- tive rationality in organizational fields', in: *Ameri- can Sociological Review* 48 (1) 147-160.
- Dozy M.C., m.m.v. W.J. van Noort (1995), 'Gewoon waar mogelijk, speciaal waar nodig: actueel of achterhaald? Een analyse van de zorgfilosofie van Theresia in relatie tot de grootstedelijke context. Leiden: Vakgroep Sociologie, Universiteit Leiden.
- Fruytier, B.G.M. (1994), *Organisatieverandering en het probleem van de Baron von Münchhausen: een systeemtheoretische analyse van de overgang van het Tayloristisch Productie Concept naar het Nieuwe Productie Concept*, Delft: Eburon.
- Heffen, O. van & T. Kerkhoff (1999), 'Gezondheids- zorg: van blauwdrukdenken naar incrementeel sleutelen', in: W. Trommel & R. van der Veen (red.), *De herverdeelde samenleving. Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*, Amsterdam: Amsterdam University Press 185- 216.
- Hutschemaekers, G. (2001), 'De professionalisering is dood leve de professionalisering. Het beroep in de (geestelijke) gezondheidszorg', in: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 17 (3) 239-248.
- Kenis, P. (2001), "... die wachtlijsten is een geval apart ..." *Een organisatiewetenschappelijke beschou- wing van het fenomeen wachtlijst in de Neder-*

- landse zorg. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.
- Lammers, C.J., A.A. Mijs & W.J. van Noort (2000), *Organisaties vergelijkenderwijs. Ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*, Utrecht: Het Spectrum (achtste, bijgewerkte druk).
- Legge, K. (1995), *Human Resources Management. Rhetorics and Realities*, Houndmills, Basingstoke, Hampshire: MacMillan Business.
- Meloen, J.D. (2000), *Thuiszorg: het kind van de rekening. Organisatievernieuwing in non-profitorganisaties: een casestudie van de wijkverpleegkunde, de gezinszorg en de thuiszorg in Nederland*, Leiden: Bestuurskunde/Sociologie, Universiteit Leiden.
- Meyer, J.W. & B. Rowan (1983), 'Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony', in: *American Journal of Sociology* 83 (2) 340-363.
- Mintzberg, H. (1979), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1983), *Power in and around organizations*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1989), *Mintzberg on management. Inside our strange world of organizations*, New York: Free Press.
- Nijs, W. de (2002) 'Human resource management: concepten en benaderingen', in: H. Doorewaard & W. de Nijs (red.), *Organisatieontwikkeling en human resource management*, Utrecht: Lemma 23-48.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1998), *25 jaar sociale verandering*, Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tonkens, E. (1999), *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig*, Amsterdam: Bert Bakker.
- Turkes, A. (2001), *Integrale Organisatieverandering*, Leiden: Departement Bestuurskunde, Universiteit Leiden (doctoraalscriptie).
- Wolter, W. (1999), *Verandering van richting. Een onderzoek naar de effecten van veranderprocessen in een thuiszorgorganisatie*, Leiden: Departement Bestuurskunde, Universiteit Leiden (doctoraalscriptie).