

Het ziekenhuis in vorm II

De gehanteerde hoofdstructuren in de Nederlandse algemene ziekenhuizen.

Hemmo Huijsmans, Liesbeth Vinke, Frans Spijkers

Managementsamenvatting

In dit artikel wordt een beeld gegeven van de organisatiestructuren die op dit moment in de ziekenhuizen gangbaar zijn. Dit op basis van een inventarisatie van deze structuren in alle algemene ziekenhuizen in Nederland. Gekeken is naar het aantal organisatorische eenheden (clusters) die ressorteren onder de raad van bestuur (het 2^e echelon) en het ordeningsprincipe dat gehanteerd is. Het ordeningsprincipe van clusters kan zijn op basis van ziektebeelden (zoals oncologie, vrouw/kind), zorgtype (acuut, laagcomplex electief, hoogcomplex electief, chronisch), capaciteiten (zoals kliniek, medisch ondersteunende functies) of op basis van specialismen.

Wat we zien, is dat in de ziekenhuizen het aantal clusters overwegend tussen de 4 en 7 ligt. De overgrote meerderheid van ziekenhuizen hanteert daarbij meerdere ordeningsprincipes naast elkaar: naar ziektebeelden en/of zorgtype en capaciteiten. Het aantal ziekenhuizen met een ordening op basis van specialismen is de laatste jaren sterk afgenomen; de ordening is steeds meer afgestemd op de strategie, speerpunten en belangrijkste opgaven van de ziekenhuizen.

In de praktijk komen wij vaak de volgende drie thema's tegen bij de inrichting van de organisatiestructuur:

- De positionering van de vakgroepen in relatie tot de organisatorische eenheden.
- Het vormgeven van adequate sturing op belangrijke capaciteiten (zoals radiologie, kliniek en OK).
- Het inrichten van duaal management (medisch en bedrijfskundig) en de vormgeving van verpleegkundige participatie.

De ervaring met de clusterstructuren is dat vooral de coördinatie en innovatie binnen de clusters versterkt worden. Tegelijkertijd kan de focus op het eigen cluster op gespannen voet staan met de ziekenhuisbrede opgaven (zoals personele krapte, investeringen, besparingen). Er blijft behoefte aan aanvullende sturing in de vorm van ziekenhuisbrede functies (zoals capaciteitsmanagement) en programmalijnen (bijv. JZOJP, digitalisering).

Stafafdelingen rapporteren dat zij clusters met een duidelijk beleidsmatig profiel beter en gericht kunnen ondersteunen. Een goed functionerend duaal management op de clusters wordt veel genoemd als een van de belangrijkste winstpunten van een clusterstructuur. Het vraagt van vakgroepen wel meer overleg en afstemming als zij in meerdere clusters werkzaam en betrokken zijn.

1 INLEIDING

De zorg in Nederland staat voor een ongekennde transformatie-opgave. De achtergronden hierbij zijn bij een ieder bekend; toename zorgvraag, tekorten aan personeel, digitalisering e.d. De strategische koers die ziekenhuizen in dit kader moeten varen, is veelal wel duidelijk. Hoe deze transformatie eruit gaat zien en wat deze concreet gaat betekenen voor ziekenhuizen is dat veel minder. Wat wel duidelijk is, is dat er van de ziekenhuizen innovatiekracht en verandervermogen gevraagd wordt. De strategische koers moet worden omgezet in daadwerkelijke veranderingen in de zorg en de wijze waarop deze aangeboden en georganiseerd wordt.

Dit vraagt om besturingsmodellen die wendbaarheid en slagkracht bieden en de strategie ondersteunen. Besturingsmodellen waarin de bestuurders hun bestuurlijke rol intern kunnen pakken en ook effectief kunnen acteren in het externe bestuurlijke netwerk. Dit impliceert ook management dat in positie is en in staat is om voldoende beweging te creëren op de strategische thema's.

Het klassieke model van inrichting langs de lijn van specialismen voldoet hierin niet meer. Veel ziekenhuizen zijn tot de conclusie gekomen dat de benodigde ontwikkeling en innovatie een vakgroepoverstijgend karakter heeft en een dito coördinatie en sturing vraagt. In de meeste ziekenhuizen heeft hiertoe in de afgelopen 10 jaar een herinrichting van de organisatie plaatsgevonden naar een clusterindeling. Hierin worden verschillende ordeningskeuzes gemaakt: langs de lijn van ziektebeelden (oncologie, hart/ vaatziekten), doelgroepen (vrouw/kind, sportgeneeskunde, kwetsbare ouderen), capaciteiten ((poli)kliniek, OK), zorgtypen (chronische zorg, electieve zorg, acute zorg, medisch ondersteunende diensten) en/of een combinatie hiervan.

In 2020 schreven wij al over de ontwikkeling van de thematische besturingsmodellen in de ziekenhuizen¹. We hebben daarbij aangegeven welke ordeningsprincipes bij het ontwerp gehanteerd kunnen worden, welke afwegingen daarbij gemaakt worden en wat in dat proces kritische succesfactoren zijn. We zijn inmiddels vijf jaar verder en maken de balans op.

In dit artikel hebben we van alle ziekenhuizen in Nederland de hoofdstructuur in kaart gebracht. We bespreken het beeld dat hiermee ontstaat, staan stil bij de keuzes die worden gemaakt en reflecteren op enkele thema's die hierbij vaak aan de orde zijn. In een volgende publicatie zullen we verder ingaan op de effectiviteit van het gekozen model; wat draagt bij aan de strategie en wat niet. En wat is er nodig in de concrete invulling en uitvoering om een model effectief te krijgen.

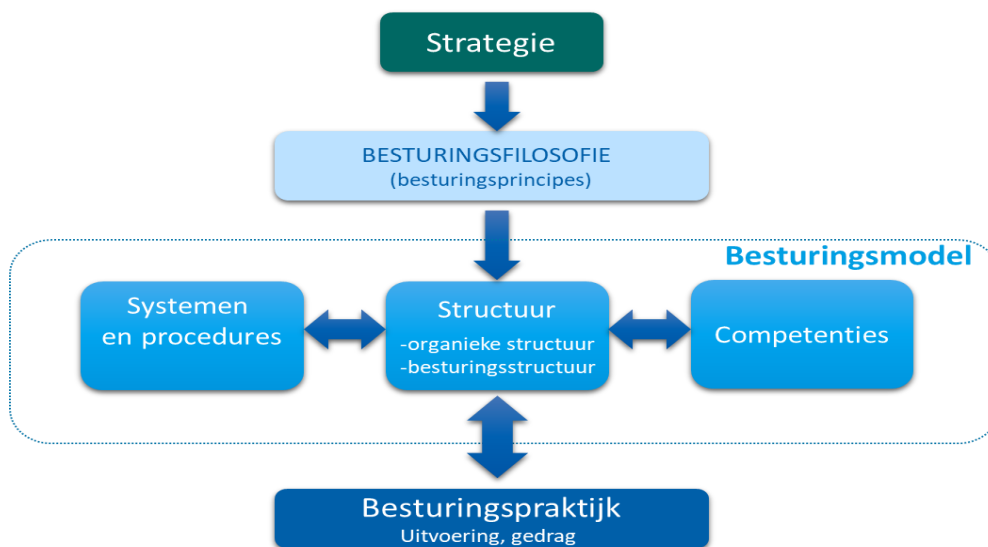
¹ Het ziekenhuis in Vorm. Spijkers en Huijsmans, 2020.

2 BESTURINGSMODEL - WAAR HEBBEN WE HET OVER?

2.1 De elementen van een besturingsmodel

Bij de inrichting van de structuur van een ziekenhuis zijn er op twee dimensies keuzes te maken, te weten de horizontale structuur en de verticale structuur. De horizontale ofwel organieke structuur betreft de indeling in organisatorische eenheden zoals clusters, afdelingen en teams. De verticale structuur betreft de besturingsniveaus en de leidinggevende/coördinerende posities (het aantal niveaus en de toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden). Daarnaast zijn er nog de overlegstructuur en eventuele hulpstructuren zoals programmalijnen, projectstructuren e.d.

Naast de structuur zijn er nog twee andere bouwstenen in een besturingsmodel, namelijk de (bijbehorende) procedures/systemen en competenties. Voor het goed functioneren van een besturingsmodel dienen deze drie bouwstenen goed op elkaar te zijn afgestemd.

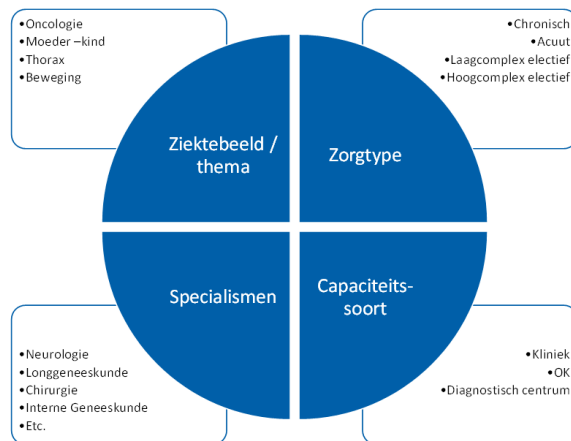


2.2 De ordening

De organieke structuur heeft betrekking op de organisatorische eenheden die worden gevormd met als eerste stap de hoofdstructuur van de organisatie. Deze hoofdstructuur staat in dit artikel centraal omdat deze bepalend is voor de verdere inrichting van het besturingsmodel. Sturing en coördinatie binnen een organisatorische eenheid, meestal 'cluster' of 'centrum' genoemd, vindt plaats door directe leiding, onderlinge afstemming, budgetten, jaarplannen/budgetten, standaardisatie van (werk)processen, cultuur²) en is eenvoudiger en krachtiger dan tussen of over organisatorische eenheden heen. Daarbij is deze hoofdstructuur ook bepalend voor de span of control van de raad van bestuur en voor de omvang en samenstelling (en toegevoegde waarde) van het managementteam. Deze hoofdstructuur doet er dus toe en een belangrijke vraag daarbij is op welke grond de clusters of centra gevormd worden. Wij spreken dan over de 'ordening' en welk 'ordeningscriterium'

² De coördinatiemechanismen zoals Mintzberg heeft beschreven in 'Structure in fives', 1985.

daarbij gebruikt wordt. Ziekenhuizen kunnen langs verschillende invalshoeken ordenen. De meest voorkomende hebben wij eerder³ in onderstaande figuur weergegeven.



Figuur: Vier ordeningsvarianten

De keuze voor het te hanteren ordeningsprincipe hangt in hoge mate af van de vraag welke afstemmingsbehoefte dominant is. Dit ligt vervolgens weer besloten in de (strategische) beleidskeuzes van het ziekenhuis. Als de cardio-vasculaire zorg tot de speerpunten van het ziekenhuis hoort, ligt het voor de hand om dat ook in de in de structuur tot uitdrukking te brengen door de cardiologie, hartchirurgie, cardio-anesthesie en interventieradiologie bij elkaar te brengen in één organisatorische eenheid met één leiding, één beleid, eigen middelen en één overlegtafel met de betrokken specialismen. Als er een sterke ontwikkeling gevraagd wordt van de logistiek, efficiency en klantgerichtheid van de electieve zorg of een sterke ontwikkeling van de chronische zorg (samenwerking in de regio met huisartsen, thuiszorg, e.d.), dan ligt een ordening naar zorgtype, in de vorm van een cluster electieve zorg, respectievelijk chronische zorg, in de rede.

Naast de strategie zijn er ook nog diverse situationele factoren die een rol kunnen spelen. Denk aan de omvang of de ontwikkelingsfase van een ziekenhuis, bouwkundige mogelijkheden en bestuurlijke en organisatiekundige overwegingen zoals de gewenste omvang van een resultaatverantwoordelijke eenheid of de gewenste maximale span of support van de raad van bestuur.

2.3 Secundaire - en hulpstructuren

De ordening van de hoofdstructuur is de eerste, en een belangrijke, keuze in de structuur van het ziekenhuis, maar zeker niet de enige. De hoofdstructuur reflecteert de dimensie van coördinatie en sturing die het zwaarst weegt. Er zijn echter altijd ook andere dimensies van sturing die relevant zijn. De coördinatie en sturing hierop kan dan aanvullend op verschillende manieren georganiseerd worden:

- **Secundaire ordening:** Binnen de clusters in de hoofdstructuur kan door een secundaire ordening een nieuwe dimensie worden toegevoegd; bijvoorbeeld binnen een cluster electief (zorgtype) kan een centrum voor beweging (ziektebeelden) ingericht worden, of een indeling in polikliniek - kliniek (capaciteitssoort). Of binnen het cluster chronische zorg (zorgtype) kan een oncologisch centrum (ziektebeeld) worden ingericht.

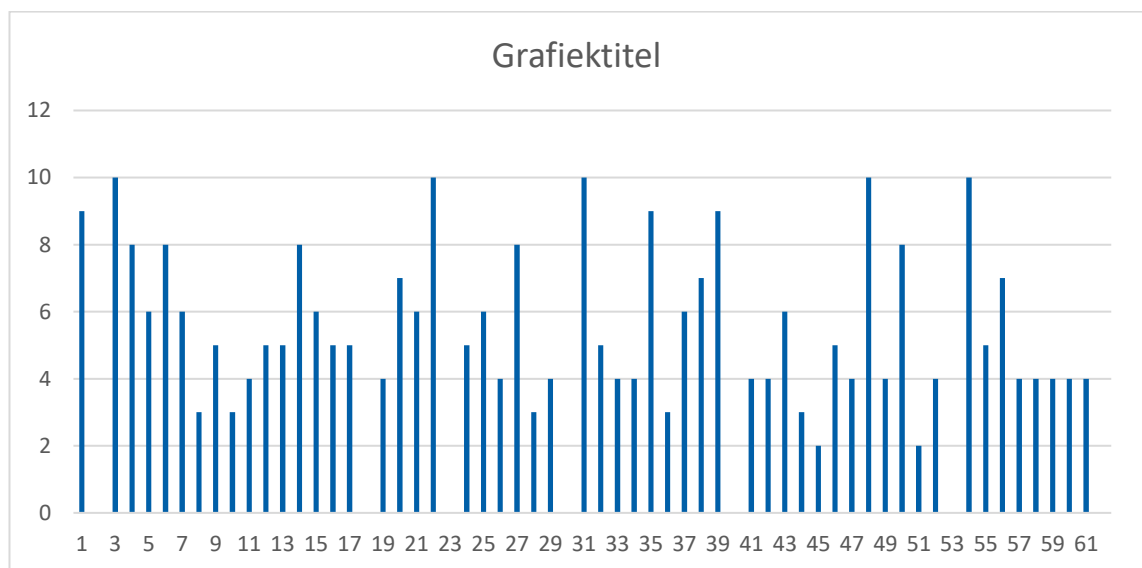
³ Het ziekenhuis in vorm. Huijsmans en Spijkers, 2020.

- **Een matrix-structuur:** Door middel van een matrix-structuur kan sturing op meerdere dimensies gecombineerd worden, bijvoorbeeld zorgtypen/ziektebeelden enerzijds en capaciteitsgroepen (bijv. (poli)kliniek) anderzijds.
- **Hulpstructuren:** Het is ook mogelijk de tweede (en derde of vierde) sturingsdimensie in te richten in de vorm van hulpstructuren. Denk aan de aansturing van zorgpaden of capaciteitsbenutting (bedden). Deze hulpstructuren kunnen een verschillende vorm en zwaarte hebben, bijvoorbeeld programmalijnen, themagroepen, coördinatoren of overlegstructuren.

3 INVENTARISATIE; WELKE MODELLEN ZIEN WE IN DE NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN?

In de zomer/najaar van 2025 hebben wij van alle algemene ziekenhuizen⁴ in Nederland de hoofdstructuur in kaart gebracht. We beschrijven hieronder achtereenvolgens het aantal clusters dat ziekenhuizen gebruiken, de ordeningsprincipes die ze hanteren en de (aantallen van de) verschillende clusters die we terug zien.

3.1 Het aantal clusters



Als eerste hebben we gekeken naar het aantal clusters waarvoor gekozen wordt. Het aantal clusters heeft betekenis voor de span of control van de raad van bestuur, de omvang van het MT, maar ook voor de wijze waarop ziekenhuisbrede thema's opgepakt en afgestemd worden.

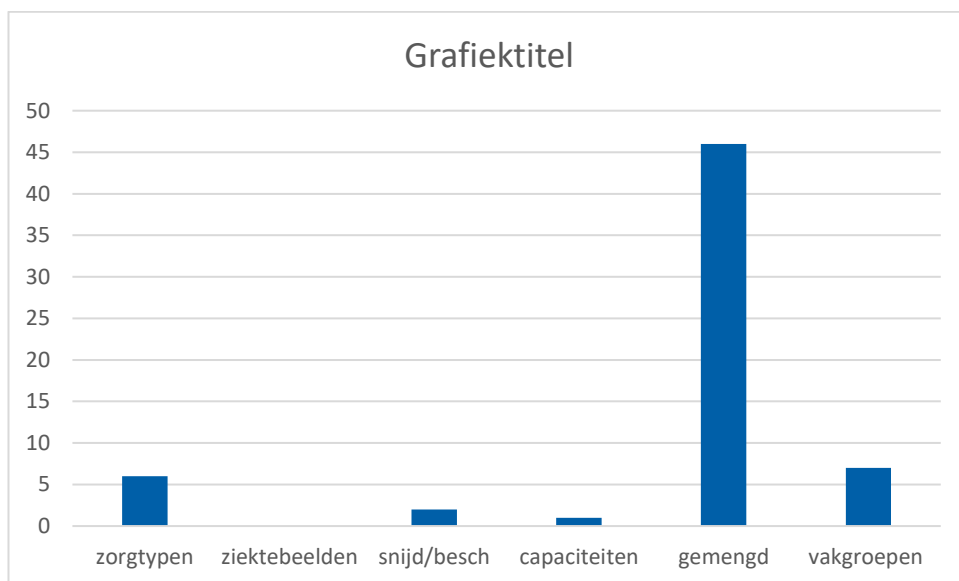
De zes ziekenhuizen met een hoofdstructuur op basis van specialismen/vakgroepen, wat al snel resulteert in 28 of meer eenheden, laten we hierbij buiten beschouwing. In de meeste gevallen zijn in deze ziekenhuizen onder de raad van bestuur wel een beperkt aantal

⁴ Dit betreft de 61 zelfstandige, algemene ziekenhuizen in Nederland. Dus geen academische centra, revalidatiecentra, categorale centra of ZBC's. De inventarisatie hebben wij voornamelijk gedaan met openbare informatie (websites en jaarverslagen) en in enkele gevallen hebben wij het organogram opgevraagd.

zorgmanagers of bedrijfskundig managers werkzaam die ieder meerdere eenheden aansturen, maar dit zijn geen clusters.

De ziekenhuizen die kiezen voor een ordening met clusters komen gemiddeld tot 5,6 clusters. Het merendeel bevindt zich in het bereik van 4 - 7 clusters. De spreiding naar beneden is beperkt. Er zijn twee ziekenhuizen met twee clusters en vijf ziekenhuizen met drie clusters. Naar boven is de spreiding groter. Er zijn vijf ziekenhuizen met 10 clusters, drie ziekenhuizen met negen clusters en vijf ziekenhuizen met acht clusters.

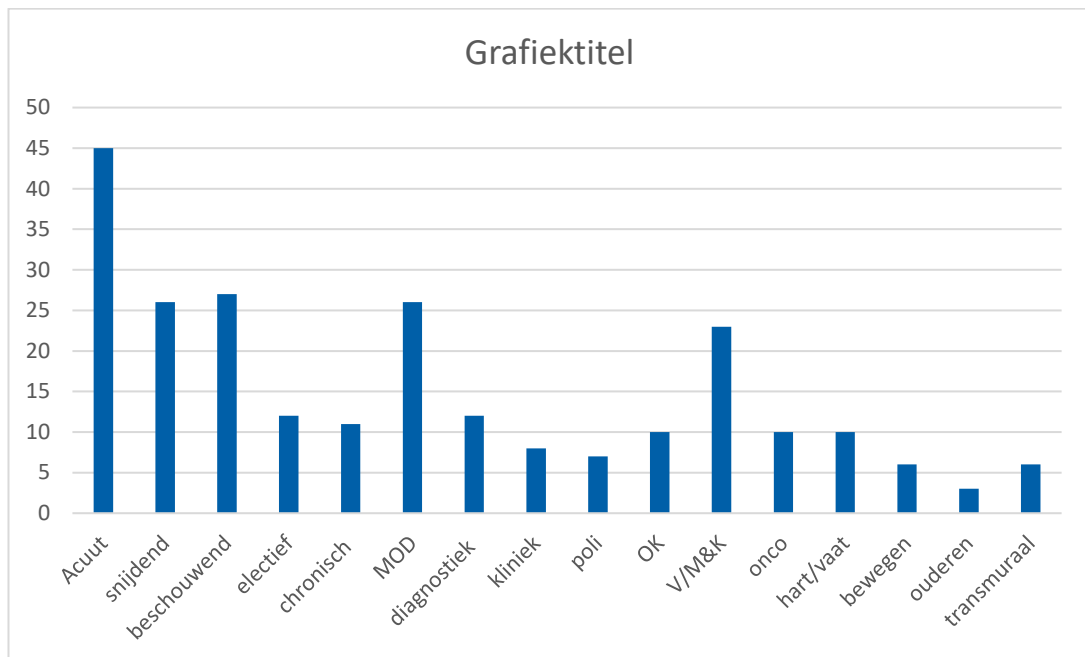
3.2 De gehanteerde ordeningsprincipes



Als we kijken naar de gehanteerde ordeningsprincipes, dan zien we een beperkt aantal ziekenhuizen met een 'zuivere ordening' waarbij langs één ordeningscriterium gekomen wordt tot een clusterindeling:

- Er zijn zes ziekenhuizen in Nederland die een zuivere indeling in zorgtypen (acuut, electief, chronisch en medisch ondersteunende diensten (MOD)) hanteren.
- Twee ziekenhuizen hanteren een zuivere indeling in snijdend en beschouwend, plus MOD.
- Een indeling in 'capaciteitssoorten' (poliklinieken, kliniek, MOD, specialistische capaciteiten) zien we bij één ziekenhuis.
- Geen enkel ziekenhuis heeft een zuivere indeling in ziektebeelden/doelgroepen. Dit type clusters zien we alleen terug in gemengde vorm, met andere ordeningstypen, zoals zorgtypen (bijv. acuut of MOD), capaciteitsgroepen (OK, kliniek) , of snijdend/beschouwend.
- Dergelijke mengvormen zien we bij zesenvierzig ziekenhuizen. De meerderheid van ziekenhuizen hanteert dus verschillende ordeningsprincipes door elkaar.
- Zes ziekenhuizen hanteren zoals gezegd geen clusterstructuur en kennen een ordening op basis van specialismen.

3.3 De gehanteerde clusters



Als we kijken naar welke clusters het meest voorkomen, dan levert dat het volgende beeld op:

- Het cluster acut springt er uit met vijfenveertig ziekenhuizen.
- Clusters vrouw/moeder/kind zien we drieëntwintig maal, waarbij in enkele ziekenhuizen ook 'man' aan het cluster is toegevoegd.
- Ook de clusters snijdend en beschouwend komen veel voor, vrijwel altijd in combinatie. Een cluster snijdend zien we in 26 ziekenhuizen, een cluster beschouwend in 27 ziekenhuizen.
- Op diezelfde manier zien we 11 ziekenhuizen met de combinatie van een chronisch cluster (11 maal) en een electief cluster (12 maal).
- Het cluster MOD wordt in 26 ziekenhuizen gebruikt.
- Capaciteitsgroepen zoals de kliniek, polikliniek en de OK zien we in respectievelijk acht, zeven en 10 ziekenhuizen als zelfstandig cluster.
- De ziektebeeldgeoriënteerde clusters zoals cluster oncologie en een cluster hart/vaat zien we in 10 ziekenhuizen waarbij met name 'hart/vaat' vaak gecombineerd wordt met 'long' en in twee gevallen met 'neurologie' of 'brein'.
- Tot slot zien we enkele ziekenhuizen die een cluster bewegen en een cluster transmuraal kennen (beide zes maal) en drie ziekenhuizen die een cluster ouderen onderscheiden.

4 ONZE REFLECTIE OP DEZE INVENTARISATIE

4.1 Algemeen beeld

De inventarisatie die wij hebben uitgevoerd, levert een interessant beeld op waar we de volgende observaties willen uitlichten.

4.1.1 Gemiddeld tussen vier en zeven clusters.

Het merendeel van de ziekenhuizen heeft een beperkt aantal clusters, zo tussen vier en zeven. Er zijn enkele ziekenhuizen met minder (twee en drie) clusters en een aantal uitschieters naar boven, tot 10 clusters. De verklaring voor de verschillen ligt waarschijnlijk in een aantal factoren zoals bijvoorbeeld de omvang van het ziekenhuis. De ziekenhuizen met minder clusters (twee, drie) zijn vooral kleine (streek)ziekenhuizen. Interessant is dat de uitschieters naar boven niet per definitie de grootste ziekenhuizen betreffen. Er zijn dus nog andere factoren die een rol spelen. Te denken valt aan opvattingen over de gewenste (maximale) 'span of attention' van de raad van bestuur, al dan niet in combinatie met de omvang van het MT, of opvattingen over omvang (substantie) van een cluster.

4.1.2 Naar 'thematische' ordeningen

In de periode 1990-2010 kende een groot deel van de ziekenhuizen een ordening naar medisch specialismen. In een deel van de ziekenhuizen vielen deze allemaal (rond 25) direct onder de raad van bestuur. In een aantal ziekenhuizen werden de snijdende specialismen en de beschouwende specialismen geclusterd, vaak nog met een cluster medisch ondersteunend specialismen. Gaandeweg ontstonden meer inhoudelijk gemotiveerde 'thematische' clusters zoals vrouw/kind en oncologie gevolgd door hart/ vaat. Met name de laatste twee komen voort uit strategische beleidskeuzes ('speerpunten'). Zeker de laatste jaren zien we steeds vaker clusters op basis van zorgtype; acuut, chronisch en electief. Ook deze kennen vaak een duidelijke beleidsmatige aanleiding en argumentatie. Uit deze inventarisatie blijkt dat inmiddels het merendeel van de ziekenhuizen dergelijke thematische ordeningen hanteert; naar ziektebeelden/doelgroepen of zorgtypen. Het aantal ziekenhuizen met een ordening op basis van specialismen nam de afgelopen jaren steeds verder af.

4.1.3 Veelal gemengde ordeningen

We zien zelden zuivere ordeningen op basis van ziektebeeld/doelgroep of zorgtype. In de meeste ziekenhuizen zien we dat verschillende ordeningsprincipes naast elkaar worden gebruikt. We noemen dat een gemengde (of 'hybride') ordening. Bij elk gehanteerd principe is een legitieme argumentatie te geven en meestal hebben de clusters volgens betrokken management en professionals wel een zekere logica. Een indeling naar één ordeningsprincipe voldoet kennelijk niet altijd om de bestuurlijke opgaven in te richten.

De consequentie van een gemengde/hybride ordening is wel dat er overlap is. Ziektebeeld/doelgroep georiënteerde clusters (oncologie, hart/ vaat, moeder/kind) overlappen altijd met zorgtypen (acuut, chronisch, electief). Een vrouw/kind cluster omvat acute, electieve en soms ook chronische zorg. Hartfalen heeft veelal een chronisch beloop, maar er kan op een bepaald moment ook sprake zijn van decompensatie en acuut hartfalen. Zo ook is er sprake is

van overlap of horizontale, matrix-achtige, verbanden wanneer capaciteitsgroepen zoals de kliniek en polikliniek als apart cluster worden neergezet.

4.2 Drie ontwerp thema's

Bij de inrichting van clusterstructuren komen er diverse vraagstukken en thema's op tafel die spelen bij de keuze van een hoofdstructuur. We lichten er drie uit die we in de praktijk veel tegenkomen en waarbij zorgvuldige afwegingen en keuzes gemaakt moeten worden.

4.2.1 Positionering vakgroepen

Op het moment dat de ziekenhuisorganisatie kiest voor een (hoofd)structuur die niet is geënt op specialismen of clusters van specialismen, maar op andere ordeningen zoals ziektebeelden of zorgtypen, verandert er iets voor de vakgroepen. Vakgroepen zullen dan veelal werkzaam zijn in meerdere clusters. Dat levert vanuit het perspectief van de vakgroep complexiteit op. Het kan ook, zeker bij een ordening naar ziektebeelden, de gedachte oproepen vakgroepen te splitsen. Bijvoorbeeld de oncologische chirurgen en internisten in het cluster oncologie, de vaatchirurgen in het hart/vaatcentrum of de traumachirurgen in het acute centrum.

Vanuit medisch/zorginhoudelijk en organisatiekundig perspectief is daar mogelijk iets voor te zeggen. De praktijk, nu en in de nabije toekomst, is echter dat veel zaken, denk aan de opleiding, de financiële verdeelsystematiek en de roostering van algemene diensten, nog aansluiten op de traditionele vakgroepstructuur. De vakgroep is dus voorlopig nog een belangrijk organisatorisch en inhoudelijk/sociaal verband dat onderdeel zal blijven van de ziekenhuisorganisatie.

Ziekenhuizen positioneren vakgroepen over het algemeen op basis van overwegingen in termen van 'volume' (waar zit het zwaartepunt in de productie?) en inhoudelijke overwegingen (waar zit de voornaamste (medisch) inhoudelijke samenhang?). Dit wordt in nauw overleg met de betreffende vakgroep bepaald. Vervolgens is er afstemming nodig over aansluiting bij de clusters waar de vakgroep nog meer werkzaam is. Daarvoor dient per cluster een (hulp)structuur te worden ingericht.

4.2.2 Capaciteitssturing

Een vraagstuk dat vrijwel altijd aan de orde is, is de sturing op efficiënte en flexibele inzet van capaciteiten zoals de kliniek en de OK. De spanning ontstaat omdat vanwege interne (logistieke en inhoudelijke) samenhang het wenselijk is om bijvoorbeeld een electief en/of acuut cluster zijn eigen OK capaciteit en klinische capaciteit toe te bedelen, maar de beperkte schaal kan leiden tot suboptimale capaciteitsbenutting. Daarvoor is het wenselijk om, als het nodig is, te kunnen 'schuiven' tussen de clusters.

Uit de organogrammen waarin de hoofdstructuur van de ziekenhuizen is weergegeven, is niet altijd op te maken hoe deze capaciteitsgroepen precies zijn gepositioneerd en worden aangestuurd. Sommige ziekenhuizen positioneren de kliniek en OK als afzonderlijk cluster, sommige brengen ze onder in een cluster, of in het geval van de kliniek; opgedeeld in meerdere clusters. Maar hoe dan ook moet er een keuze gemaakt worden welke afstemming en sturing via de organieke lijn (de clusters) wordt georganiseerd en welke via 'hulpstructuren'. Er zijn ziekenhuizen die kiezen voor een matrix-structuur waar beide sturingslijnen op gelijk niveau worden vormgegeven. Matrix-structuren worden vaak getypeerd als 'discussie-

structuren' met hoge transactiekosten en kans op conflict op de kruispunten, maar soms lukt het kennelijk om deze spanning hanteerbaar en productief te maken.

4.2.3 Medisch en verpleegkundig management

In de traditionele hoofdstructuren zagen we vaak medisch managers op het niveau van de specialismen/vakgroepen. Zelden was er sprake van dualiteit in de vorm van één gemandateerd medisch manager op (snijdend en beschouwend) clusterniveau. Dit had met twee zaken te maken. Ten eerste speelde het benodigde mandaat een belangrijke rol. Vakgroepen vonden het vaak moeilijk om het medisch managerschap op clusterniveau over te laten aan een ander specialisme. Daarnaast leek het ook niet zo relevant omdat het clusterniveau (snijdend/beschouwend) beleidsmatig vaak niet zo veel betekenis had.

Bij thematisch geordende clusters is dat anders. Daar is, als het goed is, wel sprake van clusterbeleid. Bij een cluster chronische zorg ligt een duidelijke opgave om, mede in het kader van IZA en AZWA, te komen tot het verplaatsen en voorkomen van zorg, ontwikkeling van samenwerkingsverbanden in de regio daartoe, de ontwikkeling van ICT om dit te faciliteren e.d. Idem zijn er duidelijke beleidsopgaven te formuleren voor een cluster acute zorg, een hart/vaatcentrum of een cluster electieve zorg.

Deze ontwikkeling vraagt een goed samenspel tussen bedrijfskundige, medische en verpleegkundige inbreng. Logisch dus om te komen tot vormen van medische en verpleegkundige managementparticipatie. Voor de medische inbreng wordt meestal de vorm van 'dual management' gekozen waarbij de bedrijfskundig en medisch manager gezamenlijk integraal verantwoordelijk zijn met elk hun eigen invalshoek en taakaccenten. Een 'hot topic' daarbij is, zoals gezegd, de mandatering of het draagvlak van de medisch manager. Bij de inrichting leidt dit vaak tot de discussie of de medisch manager uit het betreffende cluster mag/moet komen of juist niet. De laatste variant noemen we 'cross - over' en zou eventuele (schijn van) belangenverstrengeling moeten voorkomen. Het nadeel is weer dat de betrokken medisch manager wellicht minder kennis heeft van (medisch) inhoudelijke zaken binnen het cluster. Deze discussie is het beste te beslechten door terug te gaan naar waar het om gaat en dat zijn de competenties van een medisch manager. Deze zouden bepalend moeten zijn en onderdeel daarvan zijn competenties om op integrale en zorgvuldige wijze om te gaan met eventuele belangenkwesaties. Uit welk cluster de medisch manager afkomstig is, is dan van ondergeschikt belang.

De verpleegkundige inbreng in het management vraagt wat ons betreft afzonderlijk aandacht. Deze kan op gelijke wijze worden ingestoken ('triaal management') waarbij de verpleegkundige in gelijke mate verantwoordelijk (en bevoegd) is, maar er kan ook gekozen worden voor een adviesrol. Het is hierbij verstandig om niet eenvoudigweg het model van de medisch manager 'paste - copy' toe te passen, maar om zorgvuldig te beredeneren wat de beoogde toegevoegde waarde van de verpleegkundige participatie zou moeten zijn en op basis daarvan de positionering (het model) te bepalen.

4.3 Ervaringen

Veel ziekenhuizen werken inmiddels al een (geruime) periode met een clustermodel. In deze paragraaf schetsen we de ervaringen die wij in onze praktijk in diverse ziekenhuizen hebben opgehaald. Daarbij wordt meestal de ervaring met het clustermodel afgezet tegen het traditionele model van eenheden rond specialismen.

4.3.1 Toename innovatiekracht

Zoals te verwachten, zien we dat breed ervaren wordt dat de specialisme/vakgroep-overstijgende samenwerking binnen een cluster wordt versterkt. Dit betekent een betere coördinatie en sturing op ontwikkeling en innovatie binnen de clusters. Vernieuwingen, uitwisseling van best practices, standaardisatie van werkprocessen en dergelijke krijgen gemakkelijker vorm en er is meer afstemming tussen de vakgroepen. De ontwikkeling en innovatie die op clusterniveau plaatsvindt, vraagt wel om een duidelijk (strategisch) kader, opdracht en middelen voor het cluster. De verbinding tussen het strategisch en tactisch (cluster-)niveau kan en moet goed gemaakt worden. En het is van belang dat bij het clustermanagement voldoende bevoegdheden (regelruimte) liggen om aan de slag te gaan.

4.3.2 Aandacht voor collectieve sturing

Naast de 'opdracht' en de ruimte die het duaal management binnen een cluster heeft, liggen er ook collectieve opdrachten. Denk aan besparingsdoelstellingen, kwaliteitsverbetering of het eerder genoemde integrale capaciteitsmanagement. Voor managers betekent dit dat er sprake kan zijn van optimale beleidskeuzes op ziekenhuisbreed niveau, die leiden tot suboptimale beleidskeuzes op clusterniveau en vice versa. Dit is een spanningsveld dat we in de praktijk terugzien.

Het organisatiekundige principe is dat naarmate er meer sprake is van differentiatie, er ook meer aandacht moet zijn voor de benodigde integratie. De praktijk leert dat dit geen sinecure is. Belangrijk is de wijze waarop de strategische opgaven worden vertaald naar het tactische niveau en wat daarbij 'des clusters' is en wat ziekenhuisbrede sturing en afstemming vraagt. Een belangrijke succesfactor daarbij is de mate waarin het clustermanagement ook gecommitteerd is aan die ziekenhuisbrede doelstellingen.

Zowel in de beleidsontwikkeling (formuleren van ziekenhuis en clusterbeleid), als in de beleidsuitvoering moet er aandacht zijn voor de opdracht en verantwoording van de clusters in relatie tot het collectief. Hierbij moeten eventuele tegenstrijdige ontwikkelingen en belangen op tafel komen en tot constructieve (inhoudelijke) afwegingen leiden. De praktijk laat zien dat hier een rol wordt gevraagd van de raad van bestuur in termen van regisseren en toezien op dit samenspel.

4.3.3 Meerwaarde van duaal management

In de ziekenhuizen die op clusterniveau duaal management kennen, wordt dit als één van de belangrijkste winstpunten gezien die met een goede clusterstructuur bereikt kan worden. Medisch managers hebben betere ingangen bij de vakgroepen dan een bedrijfskundig manager, spreken de taal van hun collegae, begrijpen de dynamiek binnen vakgroepen, de belangen die er spelen en hebben op die manier een grote toegevoegde waarde. Dankzij deze duale invulling, zo is de ervaring, kan er beter en sneller geschakeld worden met vakgroepen, is er meer kruisbestuiving en samenwerking tussen vakgroepen, meer gezamenlijkheid en minder sprake van 'wij - zij', dan in de traditionele, specialismegeënte structuren.

Dat neemt niet weg dat het mandateren onder professionals altijd precair blijft. We spraken hier al eerder over. De praktijk laat zien dat het succes vooral afhangt van competenties en gedrag, zowel van de medisch manager zelf, maar zeker ook van de vakgroepen. De medisch manager die door zijn functioneren als 'mandaathouder' vertrouwen opbouwt bij de vakgroepen en de vakgroepen die vertrouwen geven door zich op te stellen als goede 'mandaatgever'. Integriteit en goede, open communicatie over wensen, belangen, kaders,

verwachtingen en procesgang van dossiers zijn daarbij essentieel. Wij zien veel voorbeelden waar dat prima gaat, maar ook wel situaties waar dat veel moeizamer is.

4.3.4 Effectieve ondersteuning vanuit stafdiensten

De ervaring vanuit ondersteunende stafafdelingen in ziekenhuizen met een logische beleidsmatig onderbouwde clusterstructuur is dat zij hun advisering en ondersteuning beter vorm kunnen geven. Denk daarbij aan dedicated HR-adviseurs, kwaliteitsmedewerkers en/of businesscontrollers die zich kunnen richten op de specifieke context, kenmerken en behoeften van een bepaald cluster. Deze stafadviseurs ervaren daardoor vaak ook meer betrokkenheid en gezamenlijkheid en zien hun werk als interessanter en waardevoller.

Een uitdaging hier hangt samen met de in 4.3.2 beschreven spanning tussen de clusters en het collectief. Hiermee hebben de stafdiensten en adviseurs ook te maken. Het vraagt zorgvuldige afweging hoe de verschillende sturingslijnen (hiërarchisch, functioneel en operationeel) centraal dan wel decentraal zijn ingeregeld. Maar ook een zorgvuldig gekozen, en tussen adviseur en management overeengekomen, rolopvatting.

4.3.5 Geen enkele ordening is sluitend

Welke ordening er ook gehanteerd wordt, de praktijk laat zien dat er altijd grijze gebieden zullen zijn, er overlap is, of afdelingen/patiënten niet eenduidig in één cluster onder te brengen zijn. Soms zien we clusters die een soort ‘restgroep’ zijn, soms zien we afdelingen die als ‘vreemde eend’ in een cluster zijn ondergebracht. Dit is niet uit te sluiten, maar over het algemeen ervaart men dit in de praktijk wel als acceptabel en hanteerbaar.

Ook is alle gewenste coördinatie en sturing niet te vangen in een goede clusterindeling. Er blijft altijd nog aanvullende sturing nodig over clusters heen. In de praktijk zien we diverse vormen, bijvoorbeeld *coördinerende functies* (bijvoorbeeld ten behoeve van integraal capaciteitsmanagement), *programmaliijnen* (bijvoorbeeld ten behoeve van gewenste ontwikkelingen zoals het verplaatsen, verminderen, voorkomen van zorg, digitalisering, kwaliteit van werk, medewerkerstevredenheid e.d.) en *commissiestructuren* (bijvoorbeeld oncologiecommissie, geneesmiddelencommissie etc.).

4.3.6 Belasting vakgroepen

Zoals eerder aangegeven, betekent een clusterindeling over het algemeen dat vakgroepen in meerdere clusters werkzaam zullen zijn. Vakgroepen ervaren daardoor vaak een toename van overleg. Zeker wanneer er binnen de clusters sprake is van veel dynamiek en innovatie, vraagt dit wat van de organisatiegraad van vakgroepen. Denk daarbij aan de verdeling van taken, bijvoorbeeld één medisch coördinator per cluster, maar natuurlijk ook de interne informatievoorziening, communicatie, besluitvorming en de mandatering.

5 TOT SLOT; VERDER VERDIEPEN

Deze inventarisatie geeft een beeld van de hoofdstructuren die op dit moment in de ziekenhuizen gebruikt worden. Wat we zien, is dat de gehanteerde clusterindelingen steeds meer inhoudelijk, vanuit (strategisch) beleid, gemotiveerd zijn. 'Structure follows strategy'. Een interessante vraag is dus 'In welke mate dragen deze structuren/modellen (in potentie) bij aan de realisatie van de strategische opgaven?'.

De mate waarin een ziekenhuis succesvol is in het realiseren van zijn strategie hangt voor een deel, maar zeker niet geheel, af van deze hoofdstructuur. De verdere uitwerking ervan in afdelingen, teams, de inrichting van de overlegstructuur, de gehanteerde procedures en competenties zijn ook van invloed. Aangezien wij ons hebben gebaseerd op de beschikbare organogrammen kunnen we met deze informatie helaas niet 'dieper in de organisatie' kijken. We kunnen hieruit bijvoorbeeld niet precies opmaken hoe de verschillende clusters 'gevuld' en ingericht zijn. Ook geeft het geen zicht op de gehanteerde hulpstructuren, zoals programmalijnen, coördinatoren e.d. die over of door de clusterstructuur heen zijn georganiseerd.

De komende periode zullen we daarom een verdiepende analyse uitvoeren. Daarbij zullen we de ervaringen van diverse ziekenhuizen kapitaliseren om zo de vraag te beantwoorden wat, naast de hoofdstructuur, de cruciale elementen zijn voor een besturingsmodel waarmee de beleidsopgaven succesvol ten uitvoer kunnen worden gebracht. Onze volgende publicatie zal daarin meer inzicht geven.