

Organisaties ontwarren

ORGANISATIES ONTWARREN

Systemisch kijken, denken en doen binnen de gezondheidszorg

Drs. Harry Woldendorp

Drs. Arjen Jeninga

Met een voorwoord van Prof. dr. Guus van Montfort

'De organisatie van zorg' is een serie managementboeken die vanuit verschillende invalshoeken en vakgebieden kijkt naar de manier waarop wij zorg vormgeven, nu en in de toekomst. Zo kan de lezer zorg in een breder perspectief plaatsen en mogelijk bijdragen aan de verbetering ervan.

Organisaties ontwarren

Systemisch kijken, denken en doen binnen de gezondheidszorg

Drs. Harry Woldendorp, Drs. Arjen Jeninga

ISBN 978 90 8850 858 5

NUR 805

© 2018 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich te wenden tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost).

Voorwoord



Het voorliggende boek handelt over actuele ontwikkelingen in de zorg en wat organisatietheorieën hierbij kunnen betekenen. Het richt zich vooral op bestuurders en managers, maar ook op zorgprofessionals die belangstelling hebben voor organisatievraagstukken. De auteurs zijn op zoek naar de betekenis van systeemtheorieën om goed te kunnen inspelen op ontwikkelingen in en om de zorg. Het lijkt geen populaire thematiek. De minister en de staatssecretaris spreken immers over ‘van systemen naar mensen’. Ook zien we in de zorg een sterke toename van zelfstandig werkende teams van zorgprofessionals, worden tussenlagen in organisaties weggesneden, wordt de overhead structureel verlaagd enzovoorts. Maar deze ontwikkelingen vragen juist om eens goed in de praktijk te onderzoeken wat de effecten zijn van deze veranderingen, hoe we die kunnen bevorderen en hoe we kunnen komen tot effectievere vormen. Kortom, er is alle reden om dit eens nader te onderzoeken.

Er is sprake van een groot aantal fundamentele, paradigmatische veranderingen in de gehele zorgsector. Dit geldt voor alle sectoren, en zeker ook voor de ouderenzorg. Veranderingen die geïnduceerd worden door fundamentele ontwikkelingen in en om de zorg zelf, bijvoorbeeld veranderingen bij cliënten. In het rapport *Verschillen in Nederland* van het Sociaal Cultureel Planbureau worden deze veranderingen uitvoerig beschreven. Zo heeft de babyboomgeneratie geheel andere opvattingen over zorg, wonen en welzijn dan de generatie daarvoor. Het opleidingsniveau is structureel hoger; dit geldt (gedeeltelijk) ook voor de inkomenspositie van ouderen. Het gevolg van dat laatste is dat we zien dat de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) veel meer een inkomensaanvullingswet is dan een zorgwet: ongeveer 85% van de gebruikers van de WMO heeft een inkomen op of rond het minimum.

In het SCP-rapport komen de demografische en epidemiologische ontwikkelingen uitvoerig aan de orde. Regie in eigen hand (zelfmanagement) is geen fictie meer, maar een werkelijkheid die steeds breder wordt. Cliënten die zelf aangeven dat ze ondersteuning en verzorging willen van zorgmedewerker X en niet van zorgmedewerker Y. We gaan daarmee van patiëntenplanning naar medewerkersplanning.

Natuurlijk zijn er cliënten die dit niet willen of niet kunnen, maar deze algemene trend is duidelijk. Deze ontwikkelingen worden versterkt door technologische ontwikkelingen. Er komt steeds meer hoogwaardige technologie die makkelijk te gebruiken is, relatief goedkoop en zeer breed toegankelijk.¹ Als we deze twee ontwikkelingen combineren, zien we dat het klassieke onderscheid in de economische theorie tussen consument en producent, tussen vrager en aanbieder, tussen zorgvrager en zorgverlener, aan het vervagen is. De consument wordt voor een deel zijn eigen producent hij wordt een prosument.

Dat zien we in de bankensector door internetbankieren. Dat zien we in de energiesector, waar de consument door middel van zonnepanelen zijn eigen energie opwekt. En soms zelfs zoveel dat hij zelfopgewekte energie verkoopt aan de energieleverancier. Dit verschijnsel zien we ook in de zorg: cliënten die zelf lichaamsfuncties monitoren en de gegevens doorsturen naar de behandelend arts of de wijkverpleegkundige, cliënten die met ondersteuning van nieuwe HTK-technologie (huis-, tuin- en keukentechnologie) bepaalde behandelingen zelf thuis doen. De discussie over verschuiving van de dure tweede lijn naar de goedkopere eerste lijn, komt in een totaal ander daglicht te staan. Het gaat om de 'nulde' lijn.

Interessant is hoe beleidsmakers hiermee omgaan. Als je beleidsnota's en beleidsbrieven van de overheid leest, krijg je twee keer de tranen in de ogen. Een keer van vreugde, namelijk als je de eerste driekwart leest. Daar gaat het over bovengenoemde ontwikkelingen. En een keer van verdriet, namelijk als je het laatste kwart leest, waar het gaat om concrete maatregelen. Dat zijn meestal maatregelen die gaan over beheersing, control, macrobudgetten, enzovoorts. Daar zullen we mee moeten leven, want dat is altijd al zo geweest. Overigens geldt dit niet alleen voor de zorg, want in veel andere sectoren zien we precies hetzelfde gebeuren.

Wat we zien is dat uiteindelijk de wet- en regelgeving (het systeem) deze ontwikkeling wel gaat volgen. Alleen het duurt soms even. Het systeem volgt uiteindelijk wel deze ontwikkeling. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de cliëntvolgende bekostiging. Dat is een systeem dat bovenstaande ontwikkelingen faciliteert. De gevolgen voor de zorginstellingen van al deze ontwikkelingen zijn zeer groot en hebben een paradigmatisch karakter. Diversiteit, heterogeniteit, specificiteit en variabiliteit zijn kernbegrippen. Geen patiëntenplanning meer, maar medewerkersplanning; de tijd van uniforme oplossingen is voorbij.

1 Ik verwijs naar mijn afscheidsrede op 20 januari 2016 aan de UT in Enschede.

Arjen Jeninga en Harry Woldendorp onderzoeken in dit boek hoe zorginstellingen kunnen anticiperen op de geschetste ontwikkelingen. Ze ontwikkelen hier toe een theoretisch kader dat vervolgens in de praktijk wordt getoetst.

Prof. dr. Guus van Montfort

Inhoudsopgave

1	Inleiding	13
1.1	De complexiteit van de zorg en zorgorganisaties neemt toe	13
1.2	Vitale systemen	14
1.3	De opdracht van organisaties	15
1.4	Onze manier van kijken	17
1.5	Systeemperspectief	18
1.6	Een complex systeem: een ziekenhuis	19
2	Systeemtheorie	21
2.1	Inleiding	21
2.2	Stafford Beer	22
2.3	De universele opbouw van complexe systemen	23
2.3.1	Systeem 1: de operatie.	24
2.3.2	Systeem 2: coördinatie	25
2.3.3	Systeem 3: samenhang, sturen en verantwoorden	26
2.3.4	Systeem 3+: Monitoring als apart onderdeel	28
2.3.5	Systeem 4: Toekomst en heden verbinden	29
2.3.6	Systeem 5: Waar we van zijn, systeemgrenzen.	30
3	De Nederlandse gezondheidszorg in systeemperspectief	31
3.1	Inleiding	31
3.2	Systeem 1: de operatie.	32
3.3	Systeem 2: coördinatie	32
3.4	Systeem 3: samenhang, sturen en verantwoorden	33
3.4.1	Systeem 3: senior management	33
3.4.2	Systeem 3+: monitoring als apart onderdeel	33
3.5	Systeem 4: toekomst en heden verbinden	33
3.6	Systeem 5: waar we van zijn, systeemgrenzen	34

4	Clïëntperspectief is leidend	35
4.1	Uitwerking cliëntperspectief in levensvatbare systemen	35
4.2	Clïëntperspectief is leidend voor systeemopbouw	36
4.3	Clïëntperspectief: systeem in beeld	38
4.4	Clïëntperspectief: evenwicht tussen vraag en aanbod	41
4.5	Clïëntperspectief: het systeem is in evenwicht	43
5	Patronen en interventies	47
5.1	Inleiding	47
5.2	Systeem 5: beleid	52
5.2.1	De organisatie zonder eigen identiteit	52
5.2.2	De ambivalente organisatie	54
5.2.3	De bestuurder als manager	55
5.3	Systeem 4: ontwikkeling	56
5.3.1	De reactieve organisatie	57
5.3.2	De (be)stuurloze organisatie	58
5.4	Systeem 3: senior management	60
5.4.1	Het oekazebedrijf	61
5.4.2	Het ontkoppelde bedrijf	62
5.4.3	De ieder-voor-zichorganisatie	63
5.4.4	Management regeert	65
5.5	Systeem 3+: auditing	66
5.5.1	Cijfers of inhoud	66
5.5.2	Als de cijfers maar goed zijn	66
5.6	Systeem 2: coördinatie	67
5.6.1	Alles moet worden afgestemd	68
5.6.2	Autoritaire bureaucratie	69
5.7	Systeem 1: de Operatie	70
5.7.1	All operations are equal (but some are more equal than others)	70
5.7.2	De uitvoering beslist (over alles)	71
5.8	Samenvatting	72

6 Inrichting Vitaal Management Model: vertaling naar inrichting governancemodel en managementsysteem	75
6.1 Inleiding	75
6.2 Wat bepaalt vitaliteit?	77
6.3 Wanneer is een systeem in control?	80
6.4 De inrichting van governance	81
6.5 Vitaal management	86
7 Ontwerpregels voor een vitale zorgorganisatie	89
7.1 Inleiding	89
7.2 Lange termijn organisatieniveau	92
7.3 Korte termijn mensniveau	93
7.4 Kort termijn organisatieniveau	94
7.5 Lange termijn mensniveau	95
7.6 Vitaal management	96
8 Vitaliteit en strategievorming	99
8.1 Cliëntperspectief	99
8.2 De zes variabelen van strategisch management	102
8.3 Vitale strategievorming	103
8.4 Adaptief management vanuit cliëntperspectief	106
9 Conclusie: het vitaliseren van de eigen organisatie	109
9.1 Inleiding	109
9.2 Cliënt als vertrekpunt	109
9.3 Complexiteit en control	111
9.4 Zelforganisatie	112
Literatuurlijst	114
Auteurs	118

1 Inleiding

Organisaties en professionals worden geconfronteerd met innovaties die sneller gaan dan ze met de huidige organisatievormen kunnen verwerken. De cybernetische systeemtheorie van Stafford Beer is gericht op het omgaan met complexiteit. Daarbij spelen drie kernthema's een rol: hoe ga ik om met variëteit, hoe zorg ik voor evenwicht en hoe ga ik om met verschillende systeemniveaus? We zien een beweging naar toenemende variëteit, onder meer veroorzaakt doordat de zorgvragers in de gezondheidszorg steeds meer nadruk leggen op de eigen (individuele) autonomie. De systeemtheorie laat de onderliggende patronen van het omgaan met variëteit zien en hoe je evenwicht aanbrengt tussen een veranderende omgeving en de wijze waarop de eigen organisatie daarmee omgaat. Centraal in de systeemtheorie staan interacties: op abstract niveau blijken die op verschillende systeemniveaus (individu, team, directie, organisatie) hetzelfde te zijn (recursiviteit).

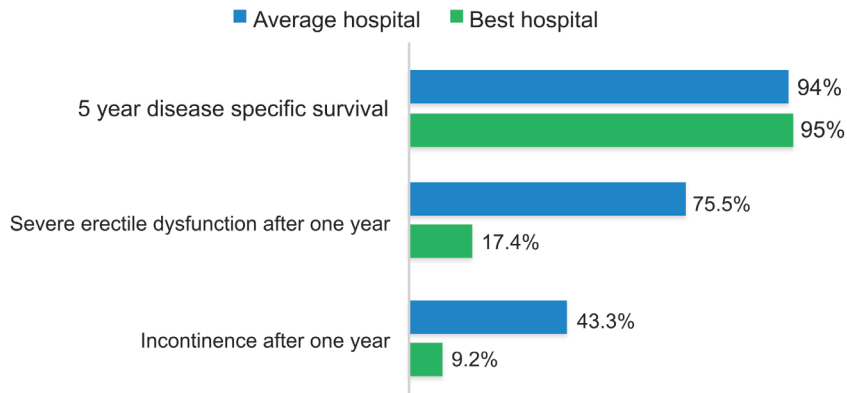
1.1 De complexiteit van de zorg en zorgorganisaties neemt toe

In 1959 was de gemiddelde ligduur in een Nederlands ziekenhuis ongeveer 21 dagen. In 2017 is dat teruggelopen tot een kleine vier dagen, en het einde van deze verkorting is nog niet in zicht. Binnen afzienbare tijd zal het grootste deel van de patiëntenstromen korter dan 24 uur in het ziekenhuis verblijven, zo is de verwachting. De eerste ziekenhuizen zonder bed zijn inmiddels al gebouwd, bijvoorbeeld in New York.

Een vergelijkbare trend speelt zich af bij de inhoud van de zorg. Door de enorme snelheid van de ontwikkelingen moet een medisch specialist in de oncologie zich continu op de hoogte houden van deze nieuwe ontwikkelingen. In de oncologie leidt dit inmiddels tot vergaande specialisaties. Ook de innovaties op behandelgebied volgen elkaar snel op – vaak sneller dan organisaties en medici kunnen verwerken. Dit heeft nieuwe organisatievormen en regionale, landelijke en internationale samenwerking tot gevolg.

Een voorbeeld van vergaande specialisatie met uitstekende resultaten voor patiënten is de Martini Klinik in Hamburg. Sinds 2004 heeft deze zich gespecialiseerd in de behandeling van borstkanker. De kliniek heeft een zeer hoge overlevingskans voor patiënten met borstkanker.

liseerd in de zorg voor mensen met prostaatcancer. Het aantal patiënten dat hier jaarlijks wordt geopereerd, is inmiddels vertienvoudigd en de kliniek heeft wereldwijd de beste uitkomsten als het gaat om zorg en behandeling. Keer op keer verbetert de Martini-Kliniek haar prestaties en legt daarmee de lat hoog, voor zichzelf en voor anderen.



Figuur 1.1 Prestaties Martini Klinik (website Martini Klinik).

1.2 Vitale systemen

Wat heeft dit nu te maken met de systeemtheorie? Stafford Beer heeft een model voor vitale systemen ontwikkeld (Viable System Model) dat beschrijft hoe een systeem acteert in een omgeving waarin de complexiteit toeneemt. De systeemtheorie is ook goed toepasbaar op organisaties en kan ons dan ook helpen nieuwe organisatievormen en modellen te ontwikkelen, waarin binnen een systeem met hoge complexiteit vitaal en levensvatbaar is georganiseerd. Vitale systemen (lees: organisaties en samenwerkingsvormen) zijn immers in staat om in evenwicht te blijven, ook als de complexiteit toeneemt. Naast complexiteit (variëteit) en evenwicht (homeostasis) is er nog een derde begrip dat bij Beer een hoofdrol speelt: recursie. Recursie gaat over het niveau waarop je naar het systeem kijkt. Elk systeem kent vele subsystemen (lagere recursieniveaus) en maakt onderdeel uit van andere systemen (hogere recursieniveaus).

Bij snelle veranderingen zien we in onze praktijk dat organisaties er moeite mee hebben. Er wordt gekozen voor interventies die bekend zijn van andere organisaties, maar die niet wezenlijk passen bij de eigen organisatie. Anders gezegd: er is onvoldoende zicht op de onderliggende systeempatronen. Een effectieve aan-

pak dient volgens ons gebaseerd te zijn op inzicht in hoe systemen werken. Er is inzicht nodig in de systeemgevolgen van toenemende variëteit, hoe je evenwicht met de omgeving bereikt en hoe je op de verschillende systeemniveaus systemisch intervenueert.

1.3 De opdracht van organisaties

Elke organisatie staat voor het vraagstuk hoe met variëteit om te gaan. In de 21e eeuw neemt dit vraagstuk alleen maar toe, door bijvoorbeeld digitalisering, sociale media, globalisering en een toenemend belang van emoties in onze acties. Organisaties zijn levensvatbaar als ze in staat zijn met deze variëteit om te gaan. Daarvoor zijn maar twee instrumenten beschikbaar: de variëteit dempen of de variëteit versterken. Door op zoek te gaan naar de juiste balans tussen dempen en versterken kan een goed evenwicht (homeostasis) ontstaan. Op basis van dat – voortdurend wijzigende – evenwicht vindt de uitvoering van werkprocessen en de sturing ervan plaats.

Elk systeem maakt daarbij onderdeel uit van een groter systeem en kent zelf subsystemen. Recursiviteit betekent dat op de verschillende systeemniveaus dezelfde principes gelden.

Hoe hebben we dat zelf aangepakt? Het PlatformVerbinden met Zorg (PlatformVmZ) verbindt individuele zorgverleners, zorgorganisaties en zorgvragers en is ingericht om juist de individuele verscheidenheid (variëteit) van cliënten als uitgangspunt te nemen. Het PlatformVmZ beschikt daarom over een eigen cliëntportaal waardoor cliënten zelf als ‘hoofdkantoor’ kunnen fungeren. Daarvoor is een aparte zorgbalie (www.zorgthuisbalie.nl) ingericht. De cliënten worden ondersteund bij de toegang op de zorg (WMO, ZVW en WLZ). De cliënten hebben inzicht in profielen van zorgprofessionals die passen bij hun zorgvraag. De keuze voor bepaalde zorgprofessionals ligt bij de cliënt. Cliënten hebben inzicht in het evenwicht tussen de geïndiceerde zorg en de geleverde zorg. Zij (of het geautoriseerde netwerk) hebben inzicht in het zorgplan en de communicatie tussen zorgprofessionals.

Zorgprofessionals worden ondersteund op alle aspecten van een zelfstandige invulling van hun rol: indicatiestelling, opstelling zorgplan, planning, registratie uren, facturatie en declaratie, borging zelfstandigheid en ondersteuning vakmanschap. Dat geldt op het (recursie)niveau van individuele invulling, team en zorgbedrijf (bijvoorbeeld zorgcoöperatie). Om gemakkelijker met variëteit op de

verschillende systeemniveaus om te gaan, heeft het PlatformVmZ een model van een kostenmaatschap ontwikkeld. Op die manier wordt het optimale evenwicht bereikt tussen individueel ondernemerschap en gezamenlijke marktpropositie.

De platformtechnologie is uitgewerkt in *Toekomstbestendige zorgprofessionals en zorgorganisaties. De consequenties van platformtechnologie voor de ouderenzorg.* (Woldendorp, 2018).

De systeemprincipes die in dit boek worden uitgewerkt, gelden als uitgangspunt voor VmZadvies, de adviestak van het platform (www.vmzadvies.nl). Vanuit die systeemprincipes is er behoefte aan andere businessmodellen.

In de adviespraktijk van VmZadvies wordt het volgende model gehanteerd.



Figuur 1.2 Model VmZadvies.

In de consultancy zien we een toename in de complexiteit van de vraag, met steeds meer behoefte van zorgorganisaties om in samenhang schijnbaar geïsoleerde vraagstukken op te lossen. Ook zien we dat de agenda van zorgorganisaties zo overvol dreigt te raken dat het steeds moeilijker wordt om de juiste prioriteiten te stellen. Om die reden werken we digitaal ondersteunde vormen van consultancy uit, waarbij met behulp van door algoritmen ondersteunde be-

slissingen, teams zelf aan de slag kunnen met het verbeteren van hun processen en hun organisatie. Daarin zien we een verschuiving optreden van leren naar presteren. In het verleden lag de nadruk op 'hoe leer ik?', tegenwoordig zien we steeds vaker de behoefte aan ondersteuning op het gebied van presteren. Het presteerparadigma vormt dan ook de basis van onze interventies en dat sluit goed aan bij ontwikkelingen als waardegedreven zorg, waarin ook de uitkomsten van patiënten voorop staan. Om die reden zien we ook samenwerking ontstaat tussen adviesbureaus en bureaus die gericht zijn op leren en presteren.

1.4 Onze manier van kijken

In dit boek leggen we uit waarom volgens ons systemisch kijken, denken en doen de meeste handvatten biedt om de zorgorganisatie levensvatbaar te maken en te houden. Voordat we aan dit boek begonnen, hebben we onze ervaringen en de organisatieliteratuur eens naast elkaar gezet.

In meer dan 25 jaar ervaring als organisatieadviseur en interimmanager hebben we geleerd dat organisaties meer op zoek zijn naar modische trends en minder naar fundamentele patronen. Een goed voorbeeld hiervan is het invoeren van zelfsturing. Wat dan opvalt is dat het recursieniveau van een team (afbouw middenkader) veel aandacht krijgt. De effecten op andere recursieniveaus (wat betekent het voor mij als zorgprofessional? Wat betekent het voor de organisatie als geheel?) krijgen veel minder aandacht.

Datzelfde zie je terug bij fusies tussen zorginstellingen: er is veel aandacht voor het realiseren van de fusie (inrichting topstructuur), maar minder voor de systemische consequenties van de schaalvergroting. De vraag welke synergie-effecten meetbaar dienen te worden behaald, wordt beperkt getoetst.

In een volgend boek zullen we daarom ingaan op hoe je vanuit een systemische benadering komt tot invoering van *value based healthcare*. Juist dit perspectief is bedoeld om investeringen in de zorg tot verbetering van de kwaliteit (en verhoging van de doelmatigheid) te laten leiden.

In de organisatiewerkelijkheid zie je nu een veelheid aan opvattingen hoe organisaties (moeten) functioneren, hoe veranderingen kunnen worden aangebracht, hoe mensen gemotiveerd kunnen worden, hoe je tot strategievorming komt, enzovoort. We constateren dat alleen de systemische benadering de afgelopen de-

cennia fundamenteel genoeg is om met de geschetste complexiteitsvraagstukken om te gaan.

1.5 Systeemperspectief

Het systeemperspectief helpt in feite de vraagstukken te ontrafelen en duidelijk te maken waar de discussie binnen het systeem over zou moeten gaan. Op alle niveaus overigens. Dat zie je dan ook gebeuren. In het geschetste ziekenhuis gaat het debat over het harmoniseren van de processen, maar tegelijkertijd vindt het debat over de toekomst plaats, waarin mogelijk andere organisatieprincipes dan de huidige (bijvoorbeeld *Value Based Healthcare*) een rol spelen. Herindeling van de aard van bestaande locaties leidt tot veel onrust en onduidelijkheid, die nog verder beïnvloed worden door de interacties van de patiënten met de omgeving. Keuzes over de toekomst zijn direct gekoppeld aan de belangen van individuele medisch specialisten. Terwijl het ziekenhuis met deze en nog meer vraagstukken worstelt, doet de regionale samenwerking rondom specifieke patiëntgroepen zijn intrede, bijvoorbeeld in de vorm van ‘*comprehensive cancer*’-netwerken.

Het systeemperspectief kan ook ondersteunend zijn in het bepalen van de volgorde waarin het ziekenhuis keuzes moet maken en activiteiten uitvoert. Daarnaast biedt een goede analyse vanuit systeemperspectief ook de mogelijkheid om te kijken hoe de balans verdwenen is en of er patronen zijn die de levensvatbaarheid van het systeem beïnvloeden.

Vanwege het universele karakter van systeemprincipes kent de toepassing ervan een abstract karakter. We proberen die abstractie toe te passen in onze eigen adviespraktijk. Op die manier hopen we te laten zien dat het werken met systeemprincipes een hoge mate van praktische toepasbaarheid heeft. De systeemleer is tot op heden dan ook vooral gebruikt om tot diagnoses te komen die leiden tot een bepaald organisatieontwerp. Wij proberen in dit boek naast de diagnostische functie ook de veranderkundige kracht van de systeemtheorie te laten zien. Op deze manier wordt hij toepasbaar bij het oplossen van praktische, vaak ingewikkelde (ongetemde) vraagstukken.

1.6 Een complex systeem: een ziekenhuis

Dit boek gaat over de diagnose van veranderingen in de zorg en hoe organisaties daar zo op kunnen inspelen dat ze levensvatbaar en vitaal blijven of worden. In een sterk veranderende omgeving is dat geen sinecure. Onze manier van kijken geeft inzicht hoe de vitaliteit of levensvatbaarheid van een organisatie tot stand komt. Daarnaast geven we aanknopingspunten voor de analyse van de levensvatbaarheid van een organisatie. We spreken hier vaak over organisaties, maar in feite is de theorie van toepassing op zowel de sector gezondheidszorg, zorgorganisaties, teams, samenwerkingsverbanden, enzovoorts.

Stel je een gefuseerd ziekenhuis voor. Twee locaties, allebei met een duidelijk onderscheidend profiel en een raad van bestuur die al enige tijd geleden is gaan samenwerken en inmiddels een aanpassing heeft gekregen in de samenstelling. Medisch specialisten werken nu in vakgroepen die moeten gaan fuseren met hun collega's 'van de overkant'. Met ook als gevolg dat het jarenlange stabiele evenwicht in de manier waarop de medisch specialist zijn werk doet, geharmoniseerd moet worden. De medische staf is op zoek naar richting en het management kijkt nog een beetje de kat uit de boom. Ze zijn weliswaar welwillend, maar willen ook niet te veel risico lopen.

Een van de eerste stappen in deze gefuseerde organisatie is het bijstellen van de locatieprofielen. Binnen elke locatie krijgen zorg en behandeling verschillende accenten. Dat heeft tot gevolg dat de afdelingen moeten verhuizen, dat medisch specialisten op beide locaties gaan werken en dat de patiënten ook een nieuwe route moeten vinden. Op welke locaties kunnen zij nu terecht? Tegelijkertijd neemt de invloed van technologie toe en gaan patiënten anders nadenken over de zorg en behandeling en wat zij verwachten van het ziekenhuis. Kortom, het is druk in het ziekenhuis.

Hoe houd je een dergelijk systeem levensvatbaar? Hoe zorg je dat er binnen het geheel en de onderdelen weer evenwicht ontstaat? En hoe zorg je dat de relatie met de omgeving, inclusief de patiënten en andere stakeholders, in evenwicht blijft? Allemaal vraagstukken die op dit moment spelen. Voordat we die vraag kunnen beantwoorden vanuit het systeemperspectief, willen we eerst kort uitleggen hoe Stafford Beer zijn systeemtheorie heeft opgebouwd en wat wij daarvan kunnen leren om met de complexiteit van bovenstaande vraagstukken om te gaan.