

PrimaVera Working Paper Series



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

PrimaVera Working Paper 2008-02

Procesgericht Organiseren in de Praktijk

Procesgericht Organiseren in de Ziekenhuissector en bij de Nederlandse Politie

Patty de Bruine, Wendy Jansen, Marian 's-Gravemade

January 2008

Category: scientific

University of Amsterdam
Department of Information Management
Roetersstraat 11
1018 WB Amsterdam
<http://primavera.fee.uva.nl>

Copyright ©2008 by the Universiteit van Amsterdam

All rights reserved. No part of this article may be reproduced or utilized in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from the authors.

Summary

This working paper is a sequel to the working paper (2006-08) in which we addressed the question of the relation between process management and organisational structure. In our first working paper we presented a typology of integrative solutions for process management in relation to the situational factors. This working paper is the second step of our research. It includes an empirical study towards the use of coordination mechanisms for process management and the situational factors of a number of Hospitals and the Police Force in the Netherlands. We found in these organisations a variety of the coordination mechanisms included in the typology. This study suggests that although process management is a 'hot' topic in both sectors, the implementation is in its first stages and still rife with challenges. The lack of adequate process information, especially, is an obstacle. Also in this working paper is suggested that the implementation approach, which in the researched hospitals and police departments has in most cases been top down and technically oriented, may have caused problems with understanding the principles of process orientated organising and the acceptance by the employees.

Procesgericht Organiseren in de Praktijk

Procesgericht Organiseren in de Ziekenhuissector en bij de Nederlandse Politie

Mw. drs. P. B. de Bruine EMIM

Mw. Dr. W. Jansen

Mw. M. 's-Gravemade-Frijters, Msc

Abstract: Organisaties zijn al decennia druk bezig met het stroomlijnen en opnieuw inrichten van bedrijfsprocessen en het management ervan. Dit paper is het vervolg op het working paper (2006-08), waarin een typologie is gepresenteerd van oplossingen voor procesgericht werken in de structuur van organisaties. In een praktijkonderzoek bij Nederlandse organisaties in de ziekenhuissector en de Nederlandse Politie, is onderzocht onder welke omstandigheden gekozen wordt voor een bepaalde inrichting van procesmanagement. Tijdens het praktijkonderzoek werd onze veronderstelling bevestigd, dat informatievoorziening en de informatie- en communicatietechnologische (ICT) maatregelen een grote rol spelen bij procesmanagement. Alle organisaties ondervinden problemen ten aanzien van het niet beschikbaar zijn van procesinformatie en informatiesystemen die deze informatie zou kunnen verschaffen. Een andere bevinding uit dit praktijkonderzoek betreft de invloed van macht van de verschillende partijen in bedrijfsprocessen. Tenslotte blijkt de manier waarop procesmanagement wordt geïmplementeerd (het veranderkundige aspect van procesgericht werken) bijzonder belangrijk voor de effectiviteit van procesgericht werken.

Authors:

Drs. P. B. de Bruine EMIM (Patty)

Medewerker Kwaliteit en Beleid

Vts Politie Nederland

E-mail: patty.de.bruine@vtspn.nl

Dr. W. Jansen (Wendy)

Research Fellow Information Management, University of Amsterdam,

and Senior Management Consultant TRIAS Adviesbureau

E-mail: wendyjansen@trias.nu

Mw. M. 's-Gravemade-Frijters, Msc

Beleidsmedewerker Innovatie en Bestuur

Amphia Ziekenhuis Breda

E-mail: Mmgravemade@Amphia.nl

INDEX

Summary	2
1. Inleiding	7
2. Invloed van Strategie op de keuze voor coördinatiemechanismen	10
2.1 Ziekenhuizen	10
2.2 Strategische keuzen van politiekorpsen	13
2.3 De klant centraal	15
3. Patronen in de praktijk: bevindingen	16
3.1 Procesmanagement in de Ziekenhuissector	17
3.2. Procesmanagement bij de Politiekorpsen	19
4. Invloed van primaire structuur op de keuze voor coördinatiemechanismen	20
5. De ervaringen met de gekozen coördinatie mechanismen en de invloed van de situationele factoren	21
6. Informatievoorziening als randvoorwaarde	22
7. Implementatie van procesgericht werken	24
8. Reflectie op de typologie	26
9. Conclusies en Vervolgonderzoek	28
Geraadpleegde literatuur	32
Bijlage 1: Overzicht van onderzochte Ziekenhuizen en Politiekorpsen en de personen die in het kader van dit onderzoek zijn geraadpleegd	33

Bijlage 2 Vragenlijsten voor de interviews.....	36
Bijlage 3 Verdeling van kenmerken over ziekenhuizen	41
Bijlage 4 Verdeling van kenmerken over politiekorpsen.....	44

1. Inleiding

Dit working paper vormt het tweede deel van het onderzoek naar de manieren waarop organisaties procesmanagement in hun structuur kunnen inbedden. De centrale probleemstelling van het eerste working paper (2006-08) luidde: Wat is de relatie tussen procesgericht werken en de organisatiestructuur? Als antwoord op deze probleemstelling hebben wij een typologie opgesteld van maatregelen in de organisatiestructuur, waarmee organisaties procesgericht werken kunnen bevorderen. Deze typologie vormt het raamwerk voor het empirisch onderzoek, waarin we de door organisaties gekozen oplossingen plaatsen en de door ons, op basis van literatuuronderzoek, geformuleerde verbanden kunnen toetsen.

In dit working paper worden de resultaten gepresenteerd van het eerste empirisch onderzoek naar de gekozen oplossing voor procesmanagement in de ziekenhuissector en bij de Nederlandse Politie. Procesgericht organiseren is een interessant verschijnsel bij alle organisaties, maar bij dienstverlenende instanties heeft procesmanagement nog een extra dimensie. In tegenstelling tot productiebedrijven vormen de klanten (patiënten/burgers) niet het eindpunt maar een belangrijk onderdeel van het productieproces (Grönroos, 1984; De Vries, 2003). Het definiëren van kwaliteit zal dan ook van de klanten moeten uitgaan en niet van de producenten/aanbieders van de dienstverlening (Parasuraman et al., 1985). De onderzochte organisaties, ziekenhuizen en politiekorpsen, zijn gewend om in termen van een door hen zelf bepaald aanbod te denken. De omslag naar procesgericht werken, waarbij de patiënt/burger centraal staat, betekent dan ook een fundamentele omslag in denken en doen.

De centrale onderzoeksvraag van dit working paper is: In welke situatie is welke oplossing in de organisatiestructuur (coördinatiemechanisme) het meest effectief? Meer concreet hebben we geprobeerd een antwoord te vinden op de volgende vragen:

- Welke structuuroplossingen voor procesgericht werken hebben de onderzochte organisaties gekozen?
- Zijn deze structuuroplossingen te plaatsen in onze typologie en zijn de kenmerken ervan in de praktijk overeenkomstig de kenmerken die wij hierbij theoretisch hebben toegekend?
- Spelen de situationele factoren uit de typologie (afhankelijkheid tussen de partijen, overeenkomstige doelen, onzekerheid in de omgeving) een rol bij procesgericht organiseren?
- Zo ja, wat is de relatie tussen de situationele factoren en de onderscheiden typen oplossingen (coördinatiemechanismen)?

Inhoud

In deze inleiding wordt kort aangegeven in welke organisaties op welke wijze het onderzoek heeft plaatsgevonden en wat de inhoud van dit paper is. Procesgericht werken kan op drie niveaus in een organisatie terugkomen. Allereerst op het strategische niveau: het *richten* (de strategie) van het ziekenhuis en het politiekorps. Het tweede niveau van procesgericht werken betreft het *inrichten* van de organisatie (tactisch niveau). Dit is de focus van dit working paper en hieraan zullen we het meeste aandacht besteden. Tijdens ons onderzoek bleken de onderzochte organisaties ten aanzien van het derde niveau van procesgericht werken, het *verrichten* (operationele niveau), veel activiteiten te ontplooiën. Zo troffen we bij veel ziekenhuizen uitgebreide inspanningen rond zorgpaden voor individuele aandoeningen. Bij de politie zagen wij op dit niveau de uitwerking van operationele werkprocessen. Dit derde niveau laten we in dit paper echter verder buiten beschouwing.

Paragraaf 2 gaat over het strategische niveau. We gaan in op de vragen of procesgericht werken in de strategie expliciet is opgenomen, en wat de strategische keuzen van de onderzochte organisaties zijn. Het antwoord op deze vragen is nodig om te kunnen nagaan of verschillende strategieën in de praktijk kunnen leiden tot verschillende oplossingen voor procesgericht werken. Om die reden zullen we, ondanks de focus op het tactische niveau, eerst het strategische niveau belichten. Aangezien de klant (cliënt/patiënt/burger) zowel begin- als eindpunt van het denken en organiseren in processen is (of zou moeten zijn), is de visie op deze klant van groot belang. Maar is deze visie in de praktijk terug te vinden en kunnen we verschillende visies (met wellicht verschillende gevolgen voor de inrichting) onderscheiden?

In paragraaf 3 komt het tweede niveau van procesgericht werken aan de orde, namelijk het *inrichten* van de organisatie. In deze paragraaf geven we de bevindingen weer, de oplossingen voor procesgericht werken, die de onderzochte ziekenhuizen en de politiekorpsen hebben gekozen. De onderzoeksvraag die hierin centraal staat is: komen de in de typologie beschreven typen mechanismen voor de coördinatie van activiteiten in bedrijfsprocessen voor bij de onderzochte organisaties? We gaan ook na of binnen een organisatie verschillende van deze typen voorkomen of dat wordt gekozen voor één dominant type.

Ook geven we antwoord op de vraag of en zo ja, hoe de relatie is tussen de door de onderzochte organisaties ervaren mate van complexiteit, de strategische keuzen en de mate van overeenstemming over de doelen enerzijds en het gehanteerde type coördinatiemechanisme anderzijds. In paragraaf 4 bespreken wij de relatie tussen de primaire organisatiestructuur van de betrokken organisaties en hun keuze voor procesgericht organiseren. Het belang van dit onderwerp kwam pas tijdens het onderzoek naar voren, toen ook duidelijk werd welke rol machtsfactoren bij de keuzes voor oplossingen spelen. In deze paragraaf gaan we daarom ook in op het aspect van macht. In paragraaf 5 bespreken we de ervaringen met de

gekozen oplossingen. In paragraaf 6 gaan we in op het vraagstuk van de communicatie en informatie-uitwisseling over de activiteiten van de bedrijfsprocessen. Hier komen onder meer de knelpunten aan de orde, die de onderzochte organisaties aangeven op informatie- en ICT-gebied. Omdat het succes van veranderingen in organisaties, of het nu gaat om veranderingen in procesgericht werken of anderszins, altijd grotendeels afhankelijk is van de manier waarop deze worden ingevoerd, hebben we ook onderzocht hoe de implementatie van procesmanagement heeft plaatsgevonden. Hierover gaat paragraaf 7. De relatie tussen theorie en praktijk komt aan de orde in paragraaf 8, waar we reflecteren op onze typologie en de bevindingen bij de korpsen en de ziekenhuizen. In paragraaf 9 besluiten we dit working paper met een discussie over de bevindingen, de belangrijkste conclusies en enkele aanbevelingen voor het invoeren van procesmanagement in de praktijk en voor nader wetenschappelijk onderzoek naar procesgericht organiseren.

Aanpak van het onderzoek

In dit praktijkonderzoek zijn 8 ziekenhuizen en 4 politiekorpsen onderzocht. Startpunt bij het onderzoek van deze organisaties is in alle gevallen een interview met de strategische top (voorzitters/leden van de Raden van Bestuur of directeurs van de ziekenhuizen en leden van de Korpsleiding van de Politie). Vervolgens zijn afhankelijk van de situatie procesmanagers en managers in de primaire organisatie geïnterviewd. Hoewel onze voorkeur uitging naar het onderzoeken van alle ziekenhuizen en politiekorpsen in Nederland, is het niet mogelijk gebleken om dat binnen een aanvaardbare tijd te realiseren. Om toch een goede doorsnee van de verschillende situaties en soorten te krijgen, hebben wij bij de keuze van de te onderzoeken organisaties gekeken naar de omvang van korpsen (groot/klein en gemiddeld) en bij de ziekenhuizen naar zowel academische-, (grotere) perifere ziekenhuizen en (kleine) ziekenhuizen met een streekfunctie ingebed in een zorgketen. Het is ons bekend dat binnen de onderzochte organisaties zich inmiddels een aantal ontwikkelingen hebben voorgedaan ten aanzien van het onderzoeksonderwerp. Omschrijving van bevindingen is echter een weergave van de situatie op moment van onderzoek. Een overzicht van de onderzochte ziekenhuizen, politiekorpsen, de geïnterviewden en de interviewvragen is opgenomen in bijlage 2.

2. Invloed van Strategie op de keuze voor coördinatiemechanismen

2.1 Ziekenhuizen

Uit de interviews blijkt dat de wens om procesgericht te werken enerzijds voortkomt uit ontwikkelingen in de omgeving, die vragen om een bepaalde mate van samenhang, en anderzijds uit de strategische keuzen die ziekenhuizen maken, kortom uit hun positionering. In deze paragraaf kijken we naar deze strategische keuzes en de kenmerken van de omgeving van de ziekenhuizen, zoals deze worden gezien door de geïnterviewden. In onze typologie (bijlage 1) hebben we als hypothese gesteld dat zwaardere coördinatiemechanismen een gevolg zijn van een hogere mate van complexiteit. De vraag of de onderzochte ziekenhuizen complexiteit ervaren komt hier aan de orde. Of er een relatie tussen deze complexiteit en de gekozen oplossingen voor procesgericht werken bestaat, zullen we bespreken in de paragraaf 3. Tijdens de interviews bleek dat verschillende strategische keuzes ook een verschillende visie op de klant inhouden. Deze verschillen in visie op de klant/patiënt bespreken we in deze paragraaf, maar de invloed hiervan op de keuze voor de oplossing belichten we eveneens in paragraaf 3.

2.1.1 Complexiteit en strategische keuzes

De omgeving van ziekenhuizen wordt door alle geïnterviewden bestempeld als complex, maar niet veranderlijk. De veranderingen waarmee ziekenhuizen geconfronteerd worden zijn voorspelbaar en voltrekken zich langzaam. Eén van de geïnterviewden geeft aan dat het niet snel genoeg gaat, maar dat dit samenhangt met kennis die in jaren wordt opgebouwd binnen een organisatie, Kennis, waarover nieuwkomers op de markt niet zomaar beschikken. Een uitzondering hierop vormt de invoering van het DBC-stelsel, die door één van de geïnterviewden als verrassend snel werd getypeerd¹. De ervaren complexiteit wordt deels bepaald door de inhoud van zorg en behandeling zelf en kan betiteld worden als ziektegerichte complexiteit. Deze wordt onder meer veroorzaakt door vergrijzing, toename van chronische ziekten en ontwikkeling van medisch technische mogelijkheden. Enkele geïnterviewden typeren dat als: “Steeds meer chronische zorg met steeds meer variabelen”.

“Het vak wordt lastiger door de superspecialisaties. De samenhang wordt lastiger te bereiken”.

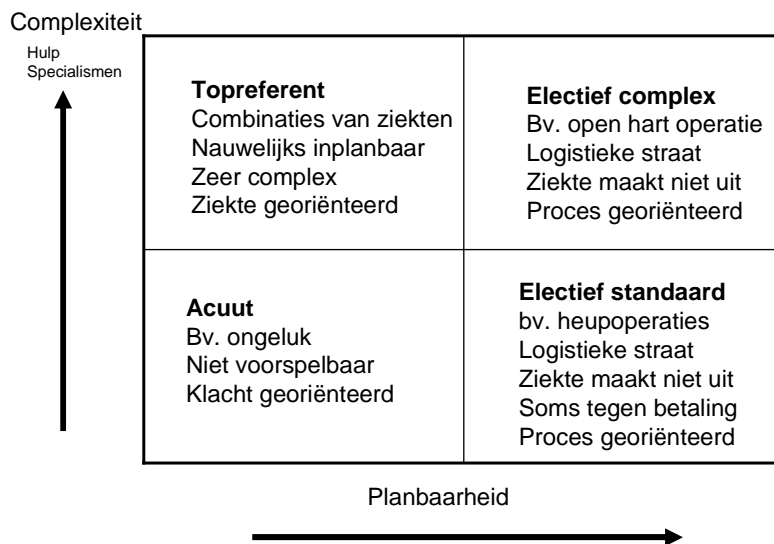
¹ DBC staat voor de diagnose behandeling combinatie, deze is de basis van een nieuw bekostigingssysteem in de gezondheidszorg.

Anderzijds wordt de complexiteit bepaald door veranderingen die samenhangen met marktwerking, samenwerking met partners in de zorgverlening en eisen van andere partijen, zoals zorgverzekeraars. Het gaat dan om de positieversterking van de patiënt, de schaarste op de arbeidsmarkt, de opkomst van privé-klinieken, de rol die zorgverzekeraars spelen, de veranderingen in financiering (DBC's) en de toenemende aandacht voor preventie; verschuiving van care naar cure. Als voorbeeld werd genoemd dat het ministerie van VWS in de toekomst nog maar twee ziekenhuisbedden per duizend inwoners wil reserveren, en met de huidige aanpak is dat veel te weinig;

“Pas als er een perfecte samenwerking binnen de zorgketen is, kan een patiënt snel na de behandeling doorstromen naar een volgende schakel in de keten”.

Uit de interviews blijkt dat beide genoemde complexiteiten redenen zijn voor bezinning op de strategie, de inrichting van de ziekenhuisorganisaties en de keuze voor procesgericht werken.

Eén van de universitaire medische centra hanteert onderstaand schema waarin de ziektegerichte complexiteit wordt afgezet tegen de planbaarheid van processen.

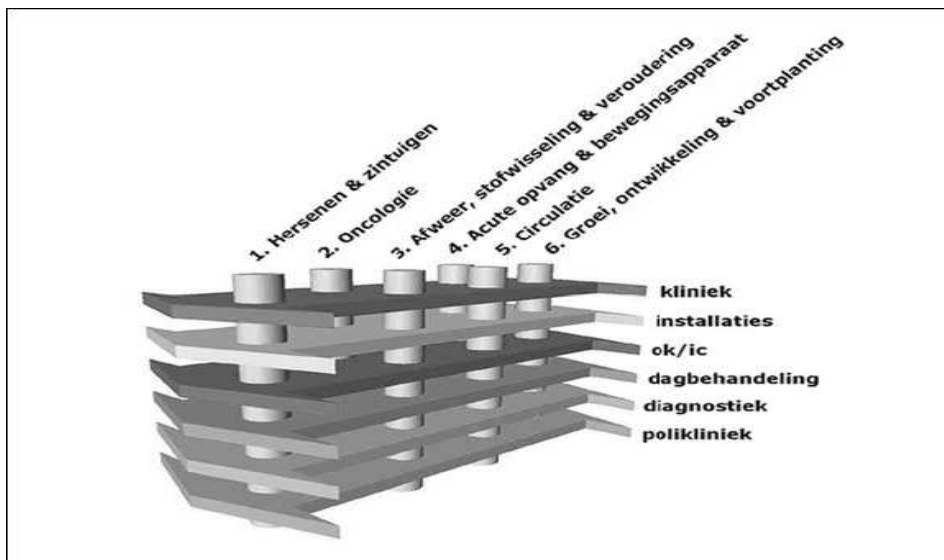


Dit universitair medisch centrum concentreert zich op het topreferente gedeelte. Men voert nog wel activiteiten uit in de andere kwadranten, dus ook de electieve (routinematige en planbare) activiteiten, maar dit wordt steeds minder. Electieve activiteiten blijven aan de orde, omdat patiëntenaandoeningen electief kunnen worden of electieve onderdelen hebben, dan wel omdat electieve aandoeningen topreferent kunnen worden. Het denken en organiseren in het topreferente deel is ziektegericht en daarom is men veel minder geneigd om de patiënt en de patiëntlogistiek centraal te stellen.

De andere twee onderzochte universitaire medische centra kiezen volgens de geïnterviewde bestuurders niet voor vooral topreferente zorg, maar ook voor zorg in de andere kwadranten. Wel valt op dat er bij één van deze ziekenhuizen een beperkt aantal verwijzende huisartsen is. De geïnterviewden bij de algemene ziekenhuizen geven aan dat ze werkzaam zijn in de rechter en onderste kwadranten, waarbij procesgericht werken een zwaarder accent heeft. Eén van deze geïnterviewden geeft zelfs aan dat topreferent geen bekende term is in dat ziekenhuis.

2.1.2 Thema's

Uit de interviews kwam bij de bespreking van de strategische keuzes bij de meeste ziekenhuizen naar voren dat men de samenhang voor de patiënten tracht te vergroten door de afzonderlijke activiteiten voor een patiëntengroep samen te brengen in thema's. De thema's die wij aantreffen zijn onderwerpen, die soms op een medisch specialisme duiden (zoals het thema Oncologie of Hart/Longen), maar soms ook op een doelgroep (het thema Moeder/kind). De bedoeling van het werken met deze thema's is dat de patiënten en niet de specialistische (vak-)groepen centraal staan. Voor de concretisering van deze thema's hebben de ziekenhuizen verschillende oplossingen gekozen. Zo gaat één van de universitaire medische centra de zorg rondom 6 thema's in de nieuwbouw organiseren. Concreet betekent dit dat de activiteiten die de afzonderlijke eenheden ten behoeve van deze thema's uitvoeren, in de geplande nieuwbouw fysiek bij elkaar worden geplaatst. Elk thema krijgt een eigen kleur om het voor de patiënten inzichtelijker te maken. De achterliggende gedachte is dat de eenheden binnen zo'n thema vanzelf met elkaar gaan samenwerken als ze fysiek bij elkaar worden gebracht.



Bij twee ziekenhuizen vormen de thema's de indelingscriteria voor enkele divisies, waarmee ze direct in de organisatiestructuur zijn vertaald. Zo heeft één academisch ziekenhuis gekozen voor vier zorgsectoren, waarbij de medische disciplines (specialismen) in stand blijven, maar bepaalde aandachtsgebieden, zoals oncologie, als sectoren in de organisatiestructuur zijn ingericht. Hier blijft bijvoorbeeld hematologie onderdeel van het specialisme interne geneeskunde, maar de operationele manager van de activiteiten (ten behoeve van de hematologie) is de manager van de sector oncologie.

2.2 Strategische keuzen van politiekorpsen

De omgeving van de politie wordt bestempeld als complex en veranderlijk. De geïnterviewden stellen dat deze complexiteit en veranderlijkheid te maken heeft met de verandering in de verhouding tussen overheid en burgers. Veiligheid (en de beleving) van de burger komt hierdoor centraal te staan.

Door de dreiging van terreur, verharding, de toename van mobiliteit van personen, goederen, geld en informatie is de complexiteit toegenomen. Daarnaast stellen de politiek en de burgers steeds hogere eisen aan de politie, nauwlettend gevolgd door de media. Door de wendingen in met name de politiek maakt het dat de omgeving in zekere mate onvoorspelbaar is. Dit was voor de onderzochte korpsen reden om te beginnen met procesgericht werken of om het proces met het directe contact met de burger (Intake) extra aandacht te geven.

Daarnaast wordt ook het werk van de politie zelf complexer. Zo moet er ingespeeld worden op nieuwe interlokale, nationale en internationale stromen. Andere vormen van criminaliteit doen zich voor. Door de nieuwe communicatievormen veranderen de onderzoeken. Volstond een buurtonderzoek in het verleden als een kind verdwenen was; nu moeten ook bijvoorbeeld chatboxen worden onderzocht. Daarnaast moeten er andere patronen in denken komen bij de politie. Zo is de jeugd niet meer aan te pakken op basis van normen en waarden. Complexiteit neemt toe, omdat het ministerie van Binnenlandse Zaken hogere eisen aan de politie stelt en samenwerking tussen de korpsen afdwingt.. Zowel de politiek als burgers vragen als klant nauwere aansluiting bij hun wensen. Zo wordt het werk en de wensen gemonitord en op basis van de uitkomsten bijgesteld. De complexiteit wordt nog verhoogd door de hogere eisen die het Openbaar Ministerie in de strafketen aan de politie stelt..

Om deze complexiteit het hoofd te kunnen bieden hebben de korpsen in 2005 gezamenlijk een strategie opgesteld, Politie in ontwikkeling, waarin zij '10 punten op de horizon' hebben gedefinieerd die voor alle korpsen richtinggevend zijn. (Politie in ontwikkeling: Visie op de politiefunctie, Amsterdam mei 2005). Maar ook voor 2005 had de politie al aandacht voor procesgericht werken. Het eerste bedrijfsproces dat eind jaren '90 door de politie gemeenschappelijk werd opgepakt, is het proces Opsporing. Aanleiding voor

korpsen om hiermee te beginnen was soms een enkele gebeurtenis. Eén korps, bijvoorbeeld, is er mee gestart, omdat bij het onderzoek naar een moord vele manjaren informatieonderzoek nodig zou zijn.

In 2003 heeft de politie het Referentiemodel Bedrijfsprocessen Politie ontwikkeld dat als model dient voor de verdere inrichting van de processen door de korpsen. Centraal worden de hulpmiddelen ontwikkeld en binnen elk korps is ruimte voor een eigen invulling. In dit model zijn de volgende vijf kernprocessen van de Politie onderscheiden:

Intake: in dit proces worden alle spoed en niet spoedeisende klantenverzoeken behandeld dan wel overgedragen. Voorbeelden hiervan zijn de melding van een ongeluk of iets verdachts, of het opnemen van een aangifte.

Noodhulp: dit proces houdt in de reactie op incidenten waarbij spoedeisende hulp van politie noodzakelijk is. Bijvoorbeeld bij huiselijk geweld of een ongeluk.

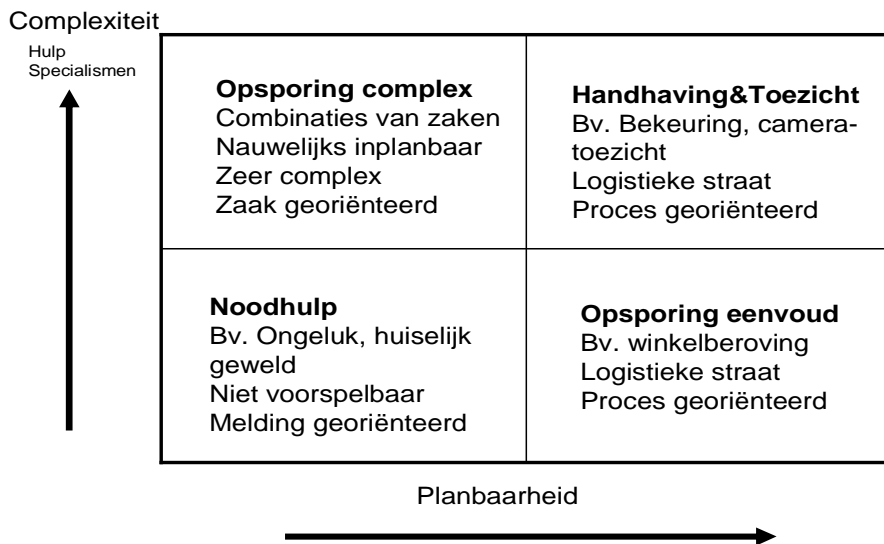
Opsporing (eenvoudig): dit betreft het onderzoek van feiten en omstandigheden om het bewijs voor het OM te verzamelen. Bijvoorbeeld een onderzoek bij een winkelberoving.

Handhaving en toezicht: dit proces bevat de activiteiten die worden uitgevoerd om wetten en regels te handhaven. Bijvoorbeeld het uitschrijven van bekeuringen voor te hard rijden, het cameratoezicht en het verlenen van vergunningen.

Opsporing (complex): dit proces houdt in het onderzoek van feiten en omstandigheden om het bewijs voor het OM te verzamelen. Bijvoorbeeld als het gaat om het oplossen van ingewikkelde moorden en het verzamelen van bewijslast tegen criminele organisaties.

In onderstaand schema zijn deze processen op de dimensies planbaar en complex van aard ingedeeld².

² Het proces opsporing wordt bij de politie als één proces gezien. Echter, in de praktijk blijkt bij dit proces sprake te zijn van een spectrum van eenvoudig naar complex.



Hoewel het proces Intake eigenlijk de start is van elk van de vier andere processen en niet een volledig eigen proces (van klantvraag tot/met levering van de dienst), hebben we ons in dit onderzoek voornamelijk gericht op de inrichting van dit proces bij de onderzochte korpsen. De reden hiervoor is dat het proces Intake in de korpsen het meest vergaand is ontwikkeld, ingegeven door de focus op de burger. Op dit moment is het proces Opsporing in de korpsen gedeeltelijk geïmplementeerd. Beide processen hebben een landelijke board voor de afstemming. Het proces handhaving is nog in het beginstadium en wordt verder ontwikkeld.

2.3 De klant centraal

We zijn in de vorige paragraaf ingegaan op de strategische keuzes en positionering van ziekenhuizen en politiekorpsen, omdat wij geïnteresseerd zijn in de invloed hiervan op de gekozen inrichting voor procesgericht werken. In deze paragraaf belichten wij de visie op de klant van waaruit keuzes worden gemaakt.

Bij de ziekenhuizen is de visie op de klant (patiënt) naar voren gekomen tijdens de interviews of teruggevonden in de missie/visie op websites van de betreffende ziekenhuizen. Uitgangspunt bij de ziekenhuizen is dat zij de patiënt centraal stellen. Zij geven aan hun processen daarop in te richten. Dit uitgangspunt wordt verwoord in termen als: “Zorg op maat, waarbij rekening gehouden wordt met individuele wensen, behoeften, omstandigheden, zonder lange wachttijden”.

Eén ziekenhuis noemt als voorbeeld het oncologisch centrum, waar de specialist naar de patiënt gaat en niet andersom; de zorg wordt om de patiënt heen georganiseerd. Door een andere geïnterviewde wordt

genoemd het benaderen van de patiënt vanuit een holistisch proces, waarbij de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid heeft. Een ander ziekenhuis stelt de patiënt centraal met als insteek het multidisciplinaire; “er is geen afbakening door het vakgebied, hulpverleners zijn er altijd op gericht er iemand bij te halen die het beter kan” Iedere werknemer staat ten dienste van het primaire proces gebaseerd op twee hoofdfuncties, namelijk de arts en de verpleegkundige. Bij de universitaire ziekenhuizen valt op dat de ontwikkeling van kennis (opleidingsfunctie) even zwaarwegend is als de patiëntenzorg. Opleiding en kennis ziet men dan wel in het belang van patiëntenzorg. Zoals in paragraaf 3 uitgewerkt wordt, is binnen de ziekenhuizen voor verschillende oplossingen gekozen om procesgericht te organiseren. Het procesgericht organiseren op zich ziet men als een manier om de visie op de patiënt vorm te kunnen geven. Om bijvoorbeeld te kunnen voldoen aan individuele behoeften van patiënten worden op operationeel niveau processen, meestal zorgpaden genoemd, georganiseerd voor patiëntengroepen die overeenkomende wensen en behoeften hebben. Het uitgangspunt van het leveren van zorg op de juiste plaats en tijd, zonder lange wachttijden, wordt in de praktijk gebracht door voor bepaalde groepen patiënten de processen in te richten met de focus op logistiek (de doorstroom in het proces waarbij patiënten langs diverse afdelingen en specialismen gaan). Uit de interviews komt naar voren dat het centraal stellen van de patiënt gaat om zowel bejegening, de ontvangst en begeleiding en het geven van goede informatie aan de patiënt enerzijds als om patiëntenlogistiek (gestroomlijnde gang langs alle onderdelen/activiteiten die voor de aandoening/patiënt van belang zijn) en de inhoudelijke afstemming van deze onderdelen (ziekenhuis en in de keten) anderzijds. Niet alle ziekenhuizen focussen zich echter systematisch op al deze onderdelen, wat ertoe leidt dat de oplossingen onderling sterk van elkaar verschillen.

Ook bij de politie is klantgericht denken een duidelijk element in de strategie. Alle korpsen gaven aan dat men ‘de burger centraal plaatst’. Een uitwerking daarvan is de keuze om veel aandacht te besteden aan het proces Intake. Intake is het proces waarin klantcontacten het meest aan de orde zijn.

3. Patronen in de praktijk: bevindingen

Zowel bij de ziekenhuizen als bij de politiekorpsen is men zich dus zeer bewust van de noodzaak en het belang van procesgericht werken. Eén van de geïnterviewden uit de ziekenhuissector stelde: ‘de zorg staat bol van afhankelijkheden’. In een korps werd de noodzaak met procesgericht werken als volgt verwoord: ‘Door procesgericht te gaan werken ontstaat al in de strategie een verbinding tussen medewerkers en productie en deze verbinding is dan weer gekoppeld aan de burger’. De vraag hoe in de praktijk deze afhankelijkheden worden vertaald in de organisatiestructuur komt in deze paragraaf aan de orde.

3.1 Procesmanagement in de Ziekenhuissector

Algemeen

Alle ziekenhuizen zijn bezig met procesdenken omdat erkend wordt dat de basisinrichting van de ziekenhuizen in afzonderlijke vaak zeer autonome eenheden, altijd leidt tot – zoals één van de geïnterviewden het verwoordde – **vacante verantwoordelijkheden**. Gesteld wordt dat elk onderdeel wel verantwoordelijk is voor een gedeelte van het proces, maar niemand is verantwoordelijk voor het geheel en voor de ‘interfaces’, de overgang tussen de activiteiten in het proces.

Coördinatiemechanismen voor procesmanagement

Bij de acht onderzochte ziekenhuizen troffen we 7 oplossingen in organisatiestructuur aan voor procesgericht werken. Bij één ziekenhuis bleek tijdens het interview dat vergaande plannen aanwezig waren, maar dat deze nog niet in werking waren. Daarom zijn de gegevens van dit ziekenhuis niet opgenomen bij dit overzicht van bevindingen.

Bij de meeste onderzochte ziekenhuizen is sprake van een structuuroplossing, die als *coördinerende functie* kan worden getypeerd.

Het gaat hierbij om ‘nurse practitioners’, een team (voor erfelijke ziekten), projectleider (heup/knie), case-managers (ook nurse practitioners) en hospitality medewerkers. Hoewel deze coördinerende oplossingen verschillend van karakter zijn en om medewerkers vragen met verschillende opleidingen (nurse practitioner is medisch opgeleid, de hospitality medewerker is een ‘gastpersoon’ zonder medische achtergrond) plaatsen we ze theoretisch bij de zelfde categorie. Het gaat namelijk bij elk van deze functies om de bewaking en de begeleiding van het proces van de behandeling van de patiënt. In het Erasmus MC is een nurse practitioner aangesteld die ervoor zorgt dat in de agenda voor de patiënt alles op elkaar is afgestemd. Deze persoon heeft daarmee een functie als logistiek casemanager. In het Slotervaartziekenhuis wordt momenteel een nursepractitioner aangesteld om het logistieke proces van patiënten met slaapstoornissen te begeleiden en de multidisciplinaire besprekingen te organiseren en te leiden. In dit geval blijft wel elke betrokken medisch specialist verantwoordelijk voor zijn/haar deel van de diagnostiek en behandeling. In het UMCU wordt bij het proces van mensen met een vermeende maligniteit (kwaadaardig gezwel) bij wijze van experiment het individuele maatwerk en patiëntvriendelijkheid gerealiseerd door de inzet van een casemanager met de nadruk op hospitality.

Overigens zijn niet alle geïnterviewden enthousiast over het aanstellen van case-managers. Zo menen enkele geïnterviewden dat het aanstellen van “case-managers” een minder goede oplossing is. Eén geïnterviewde gaf aan dat de verantwoordelijkheid van de afdeling in stand moet blijven, maar dat het risico van case-manager is dat deze het ‘afvalputje’ van alle communicatieproblemen wordt. Het risico dat alle problemen tussen de divisies op het bord van de case-manager terecht komen en dat bijvoorbeeld de

slecht-nieuws gesprekken worden doorgeschoven naar deze functie. In het desbetreffende ziekenhuis werd meer gedacht aan een ‘hospitality-functie’ als coördinatie middel, in plaats van case-management. Tijdens een ander interview werd de vrees uitgesproken dat case-managers hun eigen functie gaan uitbouwen.

Bij drie ziekenhuizen troffen we een oplossing aan die ‘zwaarder’ is dan de coördinerende functie. Zo is in één ziekenhuis sprake van programmamanagers, die zich echter alleen met het ontwerp van de processen (zorgstromen acuut, chronisch en electief (planbaar) mogen bezig houden (coördinatiemechanisme Verbindingsarchitect/formele groep). Uit het interview over het ziekenhuis Panteijn bleek dat men hier een soortgelijke oplossing voor ogen heeft, waarbij de zorgstromen zullen bestaan uit een combinatie van acuut en chronisch, een electieve zorgstroom en een diagnostische zorgstroom. In twee ziekenhuizen is sprake van Integratoren, te weten Taakgroepen en een Oncologiecentrum. Taakgroepen zijn ondergebracht in sectoren en zijn soms alleen binnen hun sector werkzaam, maar vaak ook over de grenzen van de sectoren heen. Een voorbeeld hiervan is de taakgroep Hoofd/Hals Oncologie. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden (inclusief budgetten) zijn overgedragen aan deze taakgroepen en de medisch coördinatoren van deze taakgroepen mogen besluiten nemen buiten de ‘lijnmanagers’ om. Deze laatste structuur heeft hiermee ook kenmerken van een formele matrixorganisatie, zodat we deze in beide categorieën hebben geplaatst. De kleinere ziekenhuizen blijken meer in processen over de muren van het ziekenhuis heen te denken, de zogenaamde transmurale processen. Zo kent de RIVAS groep een ambulante verpleegteam met eigen budget en mensen. Het positioneren in onderstaand schema is gedaan op basis van de typering die hoort bij het type oplossing en niet op basis van de benaming van de ziekenhuizen zelf.

	Direct Contact	Coördinerende functie	Verbindings architect/ Formele groep	Integrator	Matrix-organisatie
Verdeling over ziekenhuizen	Erasmus Universitair Medisch Centrum	Erasmus Universitair Medisch Centrum Universitair Medisch Centrum Utrecht Universitair Medisch Centrum Groningen	Erasmus Universitair Medisch Centrum Universitair Medisch Centrum Utrecht Universitair Medisch Centrum Groningen Diaconessenhuis	Erasmus Universitair Medisch Centrum Universitair Medisch Centrum Utrecht	Erasmus Universitair Medisch Centrum Universitair Medisch Centrum Utrecht

Legenda:

Erasmus Universitair Medisch Centrum
Universitair Medisch Centrum Utrecht
Universitair Medisch Centrum Groningen
Diaconessenhuis

Amphia Ziekenhuis
Jeroen Bosch Ziekenhuis
RIVAS Groep
Slotervaartziekenhuis

In bijlage 1 is bovenstaand overzicht aangevuld met de positionering van de ziekenhuizen in de typologie wat betreft de kenmerken die horen bij elk type coördinatiemechanisme. Wat hierbij opvalt is dat de kenmerken ten aanzien van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de aansturing van mensen en middelen overwegend conform de theoretische indeling van de typologie is. Wat betreft het kenmerk communicatie en informatievoorziening, zien we echter dat de meeste organisaties een ‘lichtere’ vorm kennen, dan theoretisch te verwachten zou zijn. Dit zou kunnen betekenen dat óf de theoretische typologie niet ‘klopt’, óf dat de onderzochte organisaties niet de voor de gekozen oplossing meest geschikte vorm van communicatie en informatievoorziening kennen. Dit laatste is naar onze mening het geval, aangezien geen van de organisaties aangeeft te beschikken over voldoende procesinformatie. In paragraaf 7 wordt dit onderwerp verder uitgewerkt.

3.2. Procesmanagement bij de Politiekorpsen

Zoals vermeld hebben wij bij de onderzochte korpsen gekeken naar het proces Intake omdat dit proces het meest is uitgewerkt. Het proces Intake bevat alle activiteiten die worden uitgevoerd bij het eerste contact met de burger (aangifte van misdrijf e.d). Net zoals de ziekenhuizen, kennen politiekorpsen een grote mate van autonomie. Maar bij de Nederlandse Politie zijn er veel initiatieven om gezamenlijke vraagstukken aan te pakken. Dit geldt ook voor het procesgericht werken. Voor alle processen, die bij procesgericht werken als ‘leading’ worden beschouwd, is een ontwerp gemaakt door een groep met vertegenwoordigers uit alle korpsen (het eerder genoemde Referentiemodel Bedrijfsprocessen Politie). Deze afstemming heeft bevorderd dat de gekozen oplossing voor het procesgericht werken in de organisatiestructuur bij de onderzochte korpsen hetzelfde is, hoewel het functioneren ervan per korps verschilt. In onderstaand schema is aangegeven waar de invulling van het procesmanagement ten aanzien van het Intake proces geplaatst kan worden. Bij alle onderzochte korpsen is sprake van het coördinatiemechanisme Verbindingsarchitect.

	Direct Contact	Coördinerende functie	Verbindings architect/ Formele groep	Integrator	Matrix-organisatie
Verdeling over Politiekorpsen					

Legenda:

Politiekorps Flevoland
Politiekorps Hollands Midden
Politiekorps Brabant Zuid-Oost
Politiekorps Utrecht

Deze functie wordt bij de korpsen proceseigenaar genoemd. De proceseigenaar bepaalt hoe het proces Intake verloopt. De lijnorganisatie (geografisch ingedeeld in districten) is verantwoordelijk voor de uitvoering en de implementatie hiervan. De proceseigenaar beschikt niet over eigen budget en stuurt alleen mensen aan voor het ontwerpen en inrichten van het proces. Wat opvalt is dat evenals bij de ziekenhuizen, de korpsen niet beschikken over adequate procesinformatie. In bijlage 4 is bovenstaand overzicht aangevuld met de positionering van de korpsen in de typologie wat betreft de kenmerken die horen bij elk type coördinatiemechanisme.

4. Invloed van primaire structuur op de keuze voor coördinatiemechanismen

In onze interviews stelden we een aantal vragen naar de basisstructuur om een algemeen beeld van de organisatie te krijgen. Uit de interviews bleek dat de meeste ziekenhuizen worstelen met de behoefte aan sturing op gemeenschappelijke punten enerzijds en de autonomie van de medische specialismen anderzijds. Het gemeenschappelijke betreft bij ziekenhuizen bijvoorbeeld de zeggenschap over de bedden. De mate waarin het gemeenschappelijke, dan wel de autonomie dominant is, leidt in de praktijk tot organisatiestructuren van ziekenhuizen, die onderling sterk verschillen. Zo troffen we de klassieke inrichting met een gescheiden Polikliniek en Kliniek aan, op een aantal andere plaatsen structuren met divisies per medisch specialisme of een bundeling van specialismen, zonder dat deze resultaatverantwoordelijk waren. Deze resultaatverantwoordelijkheid vonden we wel deels bij een academisch ziekenhuis dat werkt met managementcontracten en bij een ziekenhuis dat had gekozen voor zorgondernemers (met duaal management). Maar ook hier is nog geen sprake van volledige overdracht van budgetten naar deze zorgondernemers. Eén van de ziekenhuizen bestaat uit een conglomeraat van

bijzonder onafhankelijke eenheden (voormalig zelfstandige ziekenhuizen). Bij de kleinere ziekenhuizen blijkt het netwerk rond het ziekenhuis (de 'zorgketen') zo belangrijk, dat onderdelen hiervan in de ziekenhuisorganisatie zijn opgenomen. Zo bepalen verpleeghuisartsen de instroom van de patiënten en bewaken de logistieke doorstroom in één van de onderzochte ziekenhuizen.

Bij procesmanagement wordt ingegrepen in de processen van de afdelingen die hierin activiteiten verrichten. Bij enkele van de onderzochte ziekenhuizen vonden we als oplossing voor dit probleem de dubbele pet. Zo is het hoofd van het Oncologiecentrum tevens hoofd van de (meest belangrijke) divisie Interne Geneeskunde. Ook bij de lichtere coördinatiemechanismen voor procesgericht werken, blijkt de invloed van de macht. Zo had één van de ziekenhuizen in eerste instantie gekozen voor een projectleider uit de belangrijkste eenheid binnen het totale proces. Op het moment dat de projectleider wegging en de functie werd overgenomen door iemand uit een andere afdeling, begon het procesmanagement te verwateren en gingen de deelnemende eenheden weer grotendeels hun eigen gang.

Ook bij de Politiekorpsen nemen we een verdeling in eenheden waar; deze zijn echter niet ingedeeld naar specialismen of doelgroepen, maar naar districten. Bij de korpsen zien we eveneens de oplossing voor het ingrijpen in de afdelingen, met behulp van de dubbele pet. In drie van de vier korpsen is een lijnfunctionaris, de districtchef, tevens de proceseigenaar van – in dit geval- het proces Intake. Dit is een bewuste keuze geweest om de invloed van de machtsfactoren mee te nemen in de organisatiestructuur. De andere lijnchefs hebben ook een proceseigenaarschap, die over de afdelingsgrenzen heen gaan, waardoor het systeem in balans is.

5. De ervaringen met de gekozen coördinatie mechanismen en de invloed van de situationele factoren

Bij de bespreking van het 'succes' van de gekozen oplossingen moeten we waarschuwen voor te harde uitspraken hierover, met name in de ziekenhuissector. Zo zijn de meeste oplossingen bij de ziekenhuizen nog van recente datum en kan de effectiviteit ervan vaak nog niet worden aangegeven. Tevens zijn de ervaringen met de gekozen oplossingen afhankelijk van de acceptatie door de betrokkenen. En deze acceptatie wordt beïnvloed door de manier van implementeren, het veranderkundige aspect van procesgericht werken, waar we in paragraaf 7 nog wat verder op in zullen gaan. Bij de meeste ziekenhuizen is sprake van een topdown-benadering en dit kan een rol spelen bij de meningen over en het succes van de gekozen oplossingen.

Uit de interviews komt een gemengd beeld naar voren over de ervaringen van de gekozen coördinatiemechanismen. Uit de interviews met de programmamanager en de divisiemanager van het Amphia ziekenhuis kwamen twijfels over de effectiviteit van de gekozen oplossing naar voren (er was duidelijk sprake van weerstand tegen procesgericht werken in de vorm van het programmamanagement). Inmiddels is besloten om het programmamanagement op te heffen, op basis van evaluatie van de gekozen structuur en als onderdeel van de bezuinigingsoperatie. Er bleek weerstand tegen het topdown aangestuurde procesgericht werken te bestaan en ook was er sprake van een gebrek aan kennis en visie op wat proces gericht werken echt betekend. Daarnaast bleek onduidelijkheid te bestaan over de verantwoordelijkheden van divisie managers enerzijds en programmamanagers anderzijds. Tenslotte is een belangrijke aanvullende reden voor het geringe succes van het door het Amphia ziekenhuis gekozen coördinatiemechanisme de financiële inrichting, waarbij budgetten per afdeling worden toegewezen. Gezien de druk op alle afdelingen om vooral binnen hun budget te blijven, is het nog lastiger gebleken om over de grenzen van de eigen afdelingen heen te organiseren.

Bij een ander ziekenhuis is sprake van weerstand bij het mechanisme van de taakgroepen. Tijdens een interview is uitgebreid de vermindering van effectiviteit van de heup/kniestraat aan de orde gekomen, na de overdracht van het proceseigenaarschap. Bij andere ziekenhuizen is de tevredenheid over de gekozen oplossing hoger. Dit geldt met name voor het oncologiecentrum.

Bij de politie komt uit alle interviews naar voren dat de gekozen oplossing (in onze typologie de Verbindingsarchitect /Formele groep) een goede keuze is. Met name het dubbele pettensysteem is een goede oplossing gebleken. Als nadeel komt echter uit de interviews naar voren dat deze constructie voor de betrokken functionarissen spanningen oproept. Zij worden al snel in beslag genomen door werkzaamheden vanuit hun lijnfunctie, terwijl zij meer tijd zouden willen besteden aan de functie van proceseigenaarschap, om het proces beter te laten verlopen.

6. Informatievoorziening als randvoorwaarde

Zowel bij de ziekenhuizen als de korpsen is het besef aanwezig dat voor sturing op processen andere informatie nodig is. Men vindt het van groot belang voor de verdere ontwikkeling van procesgericht werken. Bij de ziekenhuizen varieert het beeld van daadwerkelijk ontwikkelen van informatiesystemen en geldt reserveren tot alleen het constateren van de noodzaak. De Nederlandse Politie is volop bezig met de inventarisatie en uitwerking van de informatiebehoefte en de aanpassing op bestaande informatiesystemen.

Ziekenhuizen

Vijf ziekenhuizen geven aan dat er geen procesinformatie beschikbaar is. Twee (Diaconessenhuis en Rivas) ziekenhuizen zijn intensiever met procesinformatie bezig. Zo hebben zij voor de basissturing prestatie indicatoren benoemd als doorlooptijd, ligduur en wordt gebruik gemaakt van klantmetingen. Zicht op kosten en opbrengsten, productiviteit etc. is er niet. Eén ziekenhuis geeft aan dat er wel zicht op kosten en prijzen is en dat een deel van de procesinformatie is te halen uit het huidige ziekenhuisinformatiesysteem.

Alle ziekenhuizen zijn bezig met het opstellen van de informatiebehoefte en verwachten een doorbraak als het elektronisch patiënten dossier (EPD) beschikbaar komt. Noodzakelijk voor procesgericht werken is een hulpmiddel om te kunnen plannen over de onderdelen heen. Het gaat hierbij om de polikliniek capaciteit, de bezetting van de bedden, de agenda van de operatiekamers, de specialisten, de fysiotherapeuten. Door de diversiteit aan betrokken onderdelen is het te complex geworden om dit 'handmatig' of met niet met elkaar verbonden hulpmiddelen uit te voeren. Men verwacht veel van het EPD, dat echter gericht is op gegevens van de individuele patiënt. Voor processturing zijn, zoals hier boven is opgesomd, ook andere gegevens en functionaliteiten nodig die niet in een EPD voorkomen.

We kunnen dan ook concluderen dat de huidige informatievoorziening van de meeste onderzochte ziekenhuizen niet is gericht op procesgericht werken. De beschikbare informatie geeft geen zicht op het hele proces en indicatoren ontbreken. Het besef is wel aanwezig dat andere informatie nodig is. Deze nieuwe informatiebehoefte is in eerste instantie vooral gericht op de bedrijfsvoeringsaspecten die deels uit de bestaande systemen gehaald kunnen worden. Daarnaast beseffen de ziekenhuizen dat er meer en andere informatie nodig is om procesgericht werken ten volle te gaan benutten en dat hulpmiddelen hierbij noodzakelijk zijn. Zo is het bij het Slotervaart Ziekenhuis de bedoeling om met name de informatievoorziening van de front-office, waar het contact met de patiënt is, aan te pakken.

De stand van zaken van de informatievoorziening komt overeen met het direct contact dan wel de coördinerende functie uit de typologie. Waarbij het Diaconessenhuis en de RIVAS groep op weg zijn naar de karakteristieken van de verbindingsarchitect.

Politie

Voor het proces Intake bij de Nederlandse Politie maakt men gebruik van de bestaande informatiesystemen. De prestatie indicatoren zijn hierin vooral gericht op het eindresultaat. De proceseigenaren zijn bezig met het formuleren van andere indicatoren van dit proces. Daarnaast leveren de klanttevredenheidsonderzoeken informatie op waarmee gestuurd wordt. Ook worden indicatoren ontwikkeld op delen van de processen Handhaving en Opsporing.

De behoefte om de informatievoorziening uit te breiden is groot. Deze informatiebehoefte gaat enerzijds over de sturing van het werk en de bedrijfsvoering. Dit varieert van inzicht in het hele proces met behulp van indicatoren en normen, inzicht in de kosten, efficiency en effectiviteit per team tot ondersteuning om de prioriteit van de opdrachten te kunnen bepalen.

Anderzijds is de informatiebehoefte gericht op nieuwe mogelijkheden door procesgericht werken. De politie is bezig met de ontwikkeling van functionele specificaties o.a. door Informatie Gestuurde Politie (IGP). Hierdoor wordt zicht op de ontwikkeling van de inhoud van de opdracht belangrijk en de uitwisseling van gegevens met andere korpsen en met de partners in de keten. Verdergaande informatiebehoefte is er t.a.v. de voorspelbaarheid van gebeurtenissen. Door meer met de informatie te gaan sturen worden patronen meer herkend en ziet men zaken aankomen. De korpsen spreken de zorg uit dat door de focus op de bestaande informatiesystemen de benodigde procesinformatie voorlopig niet beschikbaar zal komen.

Voor de verder gevorderde processen als Intake en Opsporing hebben de korpsen vaste overlegstructuren om verbetervoorstellen te bespreken. Deze overleggen zijn zowel landelijk als interngericht. Voor het proces Intake zijn in de uitvoering vaste rapportage en overlegstructuren.

Alle onderzochte korpsen hebben als coördinatievorm de verbindingsarchitect. Volgens de typologie zou de communicatie gestructureerd en de contouren van de informatiesystemen voor processen al aanwezig moeten zijn. De communicatie en de informatievoorziening voor het proces Intake benadert deze beschrijving. De communicatie en informatievoorziening van de overige processen zijn in voorbereiding en passen meer bij de indeling van de coördinerende functie. De Informatievoorziening wijkt dus licht af van de typologie.

7. Implementatie van procesgericht werken

Uit de interviews met de ziekenhuizen komt naar voren dat men wel een eensluidende mening heeft over het belang van procesgericht werken, maar dat er wisselend wordt gedacht over het belang van het implementatieproces ervan. Dit heeft tot gevolg dat veranderstrategieën onderling verschillen, maar ook dat weinig informatie over procesdenken en de invoering hiervan wordt uitgewisseld. Ziekenhuizen zijn beperkt met elkaar verbonden door wetgeving en bovenliggende structuren. Processen worden bij de ziekenhuizen hierdoor niet gezamenlijk ontwikkeld. Ook is er geen 'vrijwillige' samenwerking zichtbaar tussen de onderzochte organisaties. Van een duidelijk verband tussen de proceskeuze en het bestaansrecht is geen sprake, wel is er druk van buitenaf door de politiek, patiëntenverenigingen en de roep om meer efficiency.

De ontwikkeling van de processen bij de politie wordt gezamenlijk opgepakt. De processen zijn op hoofdlijnen uitgewerkt en worden per korps verder ingevuld. Men is begonnen met het proces Opsporing.

Door druk van buitenaf, de vraag naar de legitimiteit van de politie, is het proces Intake naar voren geschoven om de focus op de burger te krijgen. Inmiddels is daar het veiligheidsgevoel van de burger aan toegevoegd.

Veranderstrategie

De veranderstrategie voor procesgericht werken, die zowel de ziekenhuizen als de Nederlandse Politie hanteren, is dat het ontwerp en de ontwikkeling van procesmanagement zo dicht mogelijk bij de lijn moet blijven.

Met uitzondering van de focus op de lijn verschilt de veranderstrategie echter per ziekenhuis. Vier ziekenhuizen geven aan dat zij de procesontwikkeling in kleine groepjes top down willen ontwikkelen. Door drie ziekenhuizen is aangegeven dat de uitwerking van processen gaande weg moet plaatsvinden. Dit is bij een ziekenhuis (Diaconessenhuis) gekoppeld aan de top down benadering, die vergelijkbaar is met de politie. Dat men zich bewust is dat het om een cultuurverandering gaat komt bij drie ziekenhuizen voor. Twee van deze drie ziekenhuizen doen een uitspraak over de aanpak: gewoon gaan doen. Een meer technocratische aanpak als procesdenken in bedrijfsplannen en het opstellen van dienstverleningsovereenkomsten komt bij twee ziekenhuizen voor. Bij één ziekenhuis is een bedrijfskundige aanpak, mede door de aanwezigheid van een externe investeerder te constateren, maar deze aanpak wordt niet ingegeven door procesgerichte uitgangspunten.

De veranderstrategie bij de politie is bij de onderzochte korpsen vergelijkbaar. De focus bij de verandering is gericht op de verbinding tussen het proces en de lijn. Top down worden de processen ontwikkeld en de invulling vindt van onder af plaats door met elkaar te zoeken. Men is zich ervan bewust dat houding en gedrag van de mensen belangrijk is en dat langzaam een verschuiving van de focus op de prestatiecontracten naar zingeving, plaats vindt. Daarnaast is men er van doordrongen dat de omgeving het werk bepaalt.

De proceseigenaar bij de korpsen ontwikkelt, met behulp van een projectteam en mensen uit de lijn, de verbetervoorstellen. Vanuit een algemeen budget worden de verbeteringen gefinancierd. De lijn en de proceseigenaren bepalen in gezamenlijkheid of er budget toegekend wordt. De implementatie van de verbetering wordt door de lijn zelf geregeld.

De veranderstrategieën van de ziekenhuizen zijn minder in balans dan bij de politie. Enerzijds is er sprake van een top down benadering en geen verbinding naar de onder liggende lagen ondanks het besef dat het om een cultuurverandering gaat. Anderzijds treffen wij veranderstrategieën aan waarbij men al gaande weg ontwikkeld zonder aanhechting aan de keuzes die in de top gemaakt worden.

8. Reflectie op de typologie

In deze paragraaf beantwoorden we nog even kort de onderzoeksvragen.

- Welke structuuro oplossingen voor procesgericht werken hebben de onderzochte organisaties gekozen? Zijn deze oplossingen te plaatsen in onze typologie en zijn de kenmerken ervan in de praktijk overeenkomstig de theoretische kenmerken?

Bij de ziekenhuizen zien we alle door ons onderscheiden typen oplossingen terug. Een belangrijke reden hiervoor is dat de oplossing afhankelijk is van de manier waarop men de patiënt centraal stelt. Ziet men dit vooral als een kwestie van ontvangst en begeleiding, dan ligt een lichte coördinerende functie in de vorm van de hospitality-functie en case-management meer voor de hand. Ziet men hierin vooral een probleem van afstemming tussen afdelingen en activiteiten en de vacante verantwoordelijkheden in de interfaces, dan worden eerder oplossingen in de vorm van Verbindingsarchitect, Integratoren en zelfs een Matrix-organisatie gekozen. In één van de geïnterviewde ziekenhuizen was men zich bewust van het feit dat meerdere soorten front-office nodig zijn. Het is van belang dat men zich bewust is van het feit dat elk type functie ook een andere informatievoorziening noodzakelijk maakt (de Vries, 2003).

Bij de Nederlandse Politie treffen we de proceseigenaar aan, die te typeren is als Verbindingsarchitect. Wel zien we dat de kenmerken die volgens de theorie zouden horen bij dit type, vooral van een lichtere aard zijn. Zo heeft de proceseigenaar niet de beschikking over een eigen budget en is met name de informatievoorziening niet zo als zou kunnen worden verwacht bij deze functie.

Tijdens de typering van de aangetroffen oplossingen, bleek dat de gekozen benaming van het type Formele Groep tot verwarring leidde en de lading niet goed dekte. Daarom hebben we onze typologie aangepast wat betreft de benaming van het middelste coördinatiemechanisme. Het gaat ons inziens namelijk om de rol en niet om het feit of het één persoon is of een groep. De naam Verbindingsarchitect geeft aan dat het bij deze oplossing voornamelijk gaat om de rol van het ontwerpen van procesmanagement.

- Spelen de situationele factoren uit de typologie (afhankelijkheid tussen de partijen, overeenkomstige doelen, onzekerheid in de omgeving) een rol bij procesgericht organiseren? Zo ja, wat is deze relatie?

In onze typologie hebben we op basis van theoretische noties veronderstellingen gedaan over de relatie tussen complexiteit, overeenstemming over doelen, de afhankelijkheid tussen partijen en de keuze van

oplossing. Bij de uitspraken in deze paragraaf over de relatie tussen de theorie en de praktijk, is een relativering noodzakelijk gezien het feit dat een beperkt aantal ziekenhuizen en korpsen is onderzocht.

Als we kijken naar de bevindingen, dan is deze relatie in de praktijk niet terug te zien. De onderzochte ziekenhuizen zijn unaniem in hun mening over de complexiteit en de afhankelijkheden tussen de betrokken partijen en vrijwel unaniem spreken ze over het ontbreken van een overeenstemming van doelen bij deze partijen. Hoewel de meeste geïnterviewden in de ziekenhuizen hierover genuanceerd spreken, komt toch duidelijk naar voren dat geen sprake is van grote overeenstemming over doelen. Hierbij kwamen met name de eigen (vaak aan procesgericht werken tegengestelde) belangen van de medisch specialisten naar voren, maar ook werden door sommige geïnterviewden de verpleegkundigen en een röntgen-afdeling genoemd. Uit de bevindingen blijkt dat de door ons gesuggereerde situationele factoren, die voor de meeste ziekenhuizen identiek zijn, niet hebben geleid tot een uniforme keuze van oplossingen in procesgericht werken. In tegendeel, het gehele scala aan mogelijke coördinatiemechanismen hebben we in de onderzochte ziekenhuizen aangetroffen. Het kan dus zijn dat geen relatie bestaat tussen deze factoren en keuzes voor coördinatiemechanismen. Echter, deze situatie kan ook het gevolg zijn van het beginstadium van het procesdenken in ziekenhuizen. Bij alle geïnterviewden troffen we een zoeken naar de juiste oplossing aan; men weet dat het een belangrijk onderwerp is, maar er is nog te weinig informatie over welke oplossingen goed werken. Ook hebben wij de indruk dat de informatie-uitwisseling over de ervaringen met de verschillende oplossingen *tussen* ziekenhuizen nog niet echt van de grond is gekomen. Dit is wel aan de orde op het operationele niveau (de zorgpaden), vooral als gevolg van het project “Sneller Beter”. Op zowel tactisch als strategisch niveau ontbreekt deze uitwisseling echter.

Bij de politie zien we eveneens een unanieme mening over complexiteit, veranderlijkheid, overeenstemming van doelen en afhankelijkheid, maar daar is wel een gezamenlijke oplossing gekozen voor procesgericht werken. Theoretisch zou de hoge mate van complexiteit en de gepercipieerde afhankelijkheid de keuze sturen in de richting van matrixoplossingen, maar de overeenstemming over doelen wijst meer op een lichtere vorm. Wat dat betreft is de oplossing in de vorm van een verbindingsarchitect niet in strijd met de opgestelde hypothesen. Door de gekozen aanpak zien we een duidelijke informatie-uitwisseling over de effectiviteit van de oplossingen bij de politie.

9. Conclusies en Vervolgonderzoek

In dit working paper hebben we de relatie tussen procesmanagement en organisatie-inrichting vanuit de praktijk bekeken.

Het doel van dit totale onderzoek is een bijdrage te leveren aan de organisatiekundige theorie, met name op het gebied van procesmanagement en coördinatie. Maar daarnaast geven we met dit onderzoek organisaties in de praktijk met de getoetste typologie een ‘instrument’ in handen, waarmee een dialoog kan worden gevoerd over de wenselijkheid en zo ja, de invulling van procesmanagement in de organisatie-inrichting.

Burgers en patiënten stellen als klant steeds hogere eisen aan dienstverlening door politiefunctionarissen en hulpverleners in de ziekenhuizen. Ook de complexiteit door de inhoud van het vak wordt bij ziekenhuizen en politiekorpsen steeds groter. Bij de zorgverlening gaat het hier onder andere over de ontwikkeling van medisch technische mogelijkheden, bij de politie is sprake van nieuwe vormen van criminaliteit en nieuwe communicatievormen. Invloed vanuit de omgeving is voor beiden aanleiding om procesgericht te gaan werken, politiekorpsen stellen daarbij de veiligheid (en beleving) van de burgers centraal. Ziekenhuizen kiezen de patiënt als uitgangspunt.

Bij de politiekorpsen staat procesmanagement al wat langer op de agenda dan bij de ziekenhuizen. De burger centraal is een vertrouwd uitgangspunt voor politiekorpsen, hoewel niet alle processen even ver zijn uitgewerkt en ingericht. Ook in de ziekenhuissector kiezen op dit moment alle onderzochte ziekenhuizen in hun strategie de patiënt als uitgangspunt bij het procesgericht organiseren. Over het algemeen wordt uitgegaan van een gemiddelde patiëntenvraag met mogelijkheden voor uitzonderingen. Op deze wijze gaat men uit van patiëntengroepen met overeenkomende kenmerken. Daarnaast gaan ziekenhuizen ook uit van hun eigen kerntaken en krachten. De universitaire ziekenhuizen betrekken daar duidelijk hun specifieke opleidingssituatie en hun tertiaire zorgaanbod bij. Geconcludeerd kan worden dat ziekenhuizen nog erg zoekende zijn hoe procesgericht organiseren vorm te geven. Politiekorpsen hebben dit inmiddels ondervangen door een gezamenlijke overkoepelende strategie die richtinggevend is voor alle korpsen.

Na een zoektocht komen de korpsen momenteel uit op een uniform coördinatiemechanisme, de verbindingsarchitect. Deze keuze is gebaseerd op een balans in de machtsverhoudingen. De lijn functionaris is tevens proceseigenaar. Hij gaat dus over de inrichting en verbetering van het proces in de

afdeling van zijn collega. Door de collega ook proceseigenaar te maken ontstaat er een balans. De implementatie van het proces in een afdeling en de uitvoering blijven de verantwoordelijkheid van de lijn. Deze balans in de structuuroplossing wordt verder doorgevoerd in de rol van procesmanager, de implementator en bewaker van de uitvoering binnen een afdeling.

Bij ziekenhuizen is geen sprake van een uniforme keuze voor een coördinatiemechanisme. Met name de niet universitaire medische centra hebben voor een lichtere variant gekozen, de coördinerende functie. Het zwaarte punt ligt bij de lijn en de coördinerende functie doet voorstellen. Deze keuze voor lichtere varianten kan voortkomen uit complexere machtsverhoudingen dan bij de politie. Naast de lijn hebben ziekenhuizen namelijk ook te maken met het machtsblok van de professionals. Bij de politiekorpsen blijkt veel minder sprake van tegengestelde doelen/belangen. Wellicht spelen bij de korpsen factoren als loyaliteit, voortkomend uit de hiërarchische structuur, en gedeelde cultuur een rol. Ook het feit dat procesgericht werken in politiekorpsen gedurende langere tijd wordt nagestreefd dan bij de ziekenhuizen kan hierbij een rol spelen. Overigens is het dezelfde hiërarchische structuur bij de politie die het afdelingsbelang centraal stelt waardoor het streven naar gemeenschappelijke doelen juist wordt afgeremd.

De bevindingen uit dit onderzoek suggereren dat de keuzen die men maakt bij de basisinrichting, en dan met name de al dan niet instandhouding van de dominantie en de autonomie van de professionals (medische en verpleegkundige specialismen), direct invloed uitoefenen op de keuze (en waarschijnlijk de effectiviteit) van de oplossing voor procesgericht werken. In de ziekenhuizen waar de autonomie van medische specialismen minder is en de gemeenschappelijke aspecten belangrijker worden geacht, zien we zwaardere oplossingen voor procesgericht denken. Elke structuur is een stolling van de machtsverhoudingen in een organisatie. Waarschijnlijk is het voor een geslaagd procesmanagement, waar ingrijpen in de eenheden van anderen een essentieel onderdeel is, noodzakelijk om niet al te machtige en autonome eenheden in de basisstructuur te herbergen. Ook is het van belang om niet de ogen te sluiten voor de invloed van de machtsfactoren en hier zelfs gebruik van te maken. Zowel bij het procesmanagement bij de politiekorpsen als in één ziekenhuis vonden we een oplossing hiervoor in de vorm van een dubbele pet, waarbij de manager van de meest dominante afdeling tevens procesmanager of projectleider is. Voorzichtig kan gesteld worden dat het ‘dubbele pet systeem’ een oplossing kan zijn om tegenwicht te bieden aan de macht van de autonome eenheden. Door de procesmanager op deze manier macht te geven kan hij/zij daadwerkelijk de verantwoordelijkheid voor resultaten van het proces dragen en wordt mogelijk ook een oplossing geboden voor de “vacante verantwoordelijkheden” waarvan in paragraaf 3 melding werd gemaakt. Voor ziekenhuizen betekent dit dat de medisch specialisten een veel

grotere rol zouden moeten nemen in de procesverbeter-projecten, wat op dit moment slechts sporadisch gebeurt.

Een belangrijke conclusie van dit onderzoek is dat vooral de inhoudelijke kant van procesgericht werken aandacht heeft bij de onderzochte ziekenhuizen, maar dat de veranderkundige kant (de invoering met als belangrijke aspecten de invloed van en de communicatie met de betrokkenen en het creëren van draagvlak) grotendeels is verwaarloosd. Procesgericht werken is ingewikkeld voor alle partijen en heeft door de toenemende afhankelijkheden tussen deze partijen grote gevolgen voor de manieren van werken, voor de autonomie en voor de onderlinge relaties. Daarom is aandacht voor veranderkundige aspecten van groot belang.

Een andere conclusie is dat ‘zware’ oplossingen voor procesmanagement in de praktijk leiden tot veel weerstand, vooral als deze top down worden ingevoerd. Om alle betrokkenen te laten wennen aan procesgericht werken is het wellicht beter om met lichtere oplossingen te beginnen en al gaande weg een zwaardere coördinatie op een proces te zetten als hieraan behoefte blijkt te bestaan. We zagen hierbij een duidelijk verschil met politiekorpsen, waarbij wel moet worden beseft dat de korpsen al de nodige leermomenten hebben ervaren.

Wat betreft de informatievoorziening kunnen we concluderen dat procesinformatie nog niet of nauwelijks aanwezig is in de onderzochte organisaties. Ondanks dat men zich wel bewust is van de behoefte aan procesinformatie heeft dit nog niet geleid tot adequate procesinformatie. Deels wordt dit veroorzaakt door de beperking van de bestaande informatiesystemen. Wil men verder gaan met procesgericht werken dan zijn andere informatiesystemen nodig. Initiatieven als basisregistratiesystemen en het EPD dragen hier deels aan bij, hoewel moet worden beseft dat dergelijke systemen op zich geen procesinformatie leveren.

Op basis van dit praktijkonderzoek komen we dan ook tot de volgende algemene aanbevelingen:

- Het gebruik maken van de typologie om te komen tot een gerichte discussie over de meest passende oplossing voor procesgericht werken en balans in de machtsverhoudingen, in situaties waarin organisaties procesgericht werken willen toepassen.
- Het verrichten van onderzoek en het uitwisselen van informatie over de inrichting van informatie- en communicatiesystemen ter ondersteuning van procesgericht werken.
- Het verrichten van onderzoek naar de veranderkundige aspecten van het invoeren van procesgericht werken, met name ten aanzien van de machtsaspecten die een belangrijke rol spelen bij het per definitie afdelingsoverschrijdende procesmanagement.

Wat betreft de ziekenhuizen doen wij de volgende aanbevelingen:

- Het verrichten van een nader onderzoek naar en inventarisatie van de ervaringen ten aanzien van procesgericht werken in meer ziekenhuizen. Dit type onderzoek zou geïnitieerd kunnen worden door de koepelorganisatie NVZ (Nederlandse Verenigingen van Ziekenhuizen) of het CBO (Centraal BegeleidingsOrgaan). Hierbij zouden ook de rol, plaats, macht en financiële positie (ten aanzien van budgetten) van de coördinator/proceseigenaar en de mate van succes hiervan moeten worden betrokken.
- Het ontwikkelen van een gezamenlijke strategie ten aanzien van het procesgericht werken en het centraal stellen van de patiënt door de ziekenhuizen.
- Het verrichten van nader onderzoek naar de rol van DBC's bij de invoering van meer procesgericht werken. Bijvoorbeeld door te onderzoeken of DBC's door een snellere financiële doorvertaling van de door procesgericht werken gerealiseerde verbeteringen bijdragen tot procesgericht werken.
- Het organiseren van samenwerking tussen ziekenhuizen om de informatiesystemen, noodzakelijk voor procesgericht werken, sneller en doeltreffender te ontwikkelen en implementeren.

Geraadpleegde literatuur

- Grönroos, C., 1984b, A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, Vol. 18, no. 4, pp. 36-44
- Parasuraman, A.; Berry, Leonard L.; Zeithaml, Valarie A., A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, *Journal of Marketing*, 1985, 49, 4, 41-50.
- Thompson, J.D. (1967), *Organizations in Action*, McGraw-Hill
- Vries, E.J. de (2003), *ICT enabled distribution of services: Service Position Strategy, Front Office Information and Multi-Channeling.*, PhD thesis Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
- Nationale Atlas Volksgezondheid, versie 3.10.1, 5 juli 2007 RIVM, Bilthoven,
http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1838n26907.html
- Projectgroep Visie op de politiefunctie, 2005, *Politie in ontwikkeling: visie op de politiefunctie*, NPI Den Haag

Bijlage 1: Overzicht van onderzochte Ziekenhuizen en Politiekorpsen en de personen die in het kader van dit onderzoek zijn geraadpleegd³

a. Ziekenhuizen

Universitair Medisch Centrum Utrecht

Bedden capaciteit: 822⁴

Prof. Dr. G. H. Blijham (Voorzitter Raad van Bestuur)

Prof. Dr. M. Samsom (Voorzitter Afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten en Directeur Oncologie Centrum)

Mw.drs. G.J.C.M. Engwirda-Kromwijk (Manager bedrijfsvoering)

Erasmus Universitair Medisch Centrum (Rotterdam)

Bedden capaciteit: 1237

Prof.dr. H.A. Büller (Voorzitter Raad van Bestuur)

Prof. Dr. E.J. Kuipers (Hoofd Afdeling Interne en Hoofd afdeling Maag-, darm- en leverziekten)

Universitair Medisch Centrum Groningen

Bedden capaciteit: 1.307

Drs. L.C. Bruggeman (Voorzitter Raad van Bestuur)

Amphia Ziekenhuis Breda

Bedden capaciteit: 1.368

H.P.J. Buiting arts/MHA (Lid Raad van Bestuur)

Dr. P. van Hal (Programmamanager Electieve Zorg)

³ De functies achter de namen van de geïnterviewden werden bekleed ten tijde van het interview. Inmiddels zijn enkele geïnterviewden van functie gewisseld.

⁴ De gegevens over de bedden capaciteit zijn ontleend aan de Nationale Atlas Volksgezondheid, 2007

G. Jacobs (Divisiemanager Neurologie)

Diaconessenhuis (Utrecht)

Bedden capaciteit: 539

Mevrouw P.M. Terwijn MHA (Directeur zorg en bedrijfsvoering)

Mw. Drs. E.W.C. Ambaum (zorgondernemer planbare chirurgie)

J. Lambriks MBA (Divisiemanager Acute en Intensieve Zorg)

Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch)

Bedden capaciteit: 1121

Drs. F.J.M. Croonen (Voorzitter Raad van Bestuur)

RIVAS Groep (Gorinchem)

Bedden capaciteit: 323

P.H.E.M. de Kort (voorzitter Directie)

Mw. J. Timmerman (als voormalig Projectmanager implementatie electief proces heup/knie operaties)

Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer)

Bedden capaciteit: 214

R.L.P. Verreussel MBA (Algemeen Directeur)

Slotervaart Ziekenhuis (Amsterdam)

Bedden capaciteit: 310

Mw. A. Erbudak (Voorzitter Raad van Bestuur)

Dr H.L. Hamburger (procesmanager Slaapkliniek)

b. Politiekorpsen

Politiekorps Flevoland

J. Aandewiel (Directeur Processen, toegevoegd aan de korpsleiding)

A. de Haan EMIM (CIO politie Flevoland)

J. Maarsingh (wnd. Chef Stafdienst PBO, voorheen chef basiseenheid basiseenheid)

H. Maas (Projectleider implementatie proces opsporing. Hiervoor heeft hij het proces Intake geïmplementeerd en voorheen chef basiseenheid)

Politiekorps Hollands Midden

R F.J. Maas MMO (Directeur Informatie, lid van de korpsleiding)

P. Meesters (Hoofd business unit Proces en Informatie Analyse)

H. van Ophuizen EMIM (CIO)

Politiekorps Brabant Zuid-Oost

H.A.M. Schalken (plv Korpschef)

M. Agelink (Hoofdsturingsondersteuning en hij was voorheen Hoofd buro procesontwikkeling)

Politiekorps Utrecht

M.H.C. Barendse (plv korpschef en verantwoordelijk voor de processen)

J.A. van Renswoude EMIM (Districtschef en proceseigenaar Intake)

Bijlage 2 Vragenlijsten voor de interviews

Interviewvragen voor Raden van Bestuur

Voor vraag: kunnen we wat feitelijk informatie over hoogte van de opleiding en globale verdeling over formatieplaatsen?

Strategie (+ omgevingsfactoren)

1. Is het procesgericht werken/organiseren onderdeel van de strategie van uw ziekenhuis?

1.a Zo ja, Spreekt u dan van procesgericht werken of patiëntgericht organiseren of wordt een ander begrip gebruikt?

1b. Zo ja, Is dit als antwoord op ontwikkelingen in de omgeving? Ziet u hierin ontwikkelingen of veranderingen die hiertoe aanleiding geven? Welke ontwikkelingen zijn dit? Heeft het ziekenhuis met meer factoren in de omgeving te maken (meer dan voorheen?). Volgen de veranderingen elkaar snel op? Zijn deze voorspelbaar?

Structuur

2. (Zo Ja) Wat wordt verstaan onder procesgericht werken in uw ziekenhuis?

(Zo nee, hoe wordt in het ziekenhuis het belang van de patiënt gewaarborgd, waarvan de behandeling door diverse afdelingen en op verschillende momenten plaatsvindt?)

3. Worden (zorg)processen onderscheiden en zo ja welke?

3a. Zo ja, op basis van welke kenmerken van de processen (of van de patiënten)?

3b. Is er nagedacht over de afhankelijkheid van de activiteiten in de processen (uitleggen: reciproom, volgtijdelijk of pooled afhankelijkheid (Thompson, 1967))

4. Is dit procesgericht werken ook vertaald naar de structuur? Kortom, hoe wordt gestuurd op de processen? (Ook vragen naar hoofdvorm van de organisatie, b.v. divisiestructuur en basis coördinatiemechanisme)? (afhankelijk van het gesprek vragen of hij weet hoe het staat met de

zeggenschap over mensen in het proces, de middelen, en hoe de informatie in de processen is georganiseerd).

4b. Wat zijn de ervaringen met deze oplossing in de structuur?

Overeenstemming doelen

5. Bij de keuze voor de manier van sturen en coördineren blijken overeenkomsten en/of belangen tegenstellingen een rol te spelen. Bent u van mening dat de doelen van de belangrijkste groepen die activiteiten in de zorgprocessen uitvoeren, overeenkomen, dan wel verschillen (dan wel beide op verschillende terreinen).

Toekomst

7. Welke ontwikkelingen ziet u, waar processen een rol spelen of zouden kunnen spelen (b.v. meer samenwerken over de grenzen v.d. ziekenhuizen heen). Zou dat invloed kunnen hebben op de wijze waarop procesgericht werken wordt georganiseerd?

Veranderaanpak: 6. Hoe is procesgericht werken ingevoerd? Waren de partijen betrokken bij besluitvorming en/of uitwerking/implementatie? Hoe is het draagvlak voor procesgericht werken en/of de eventueel gekozen maatregelen in de structuur?

Vragen interviews procesmatig werken en organisatiestructuur

Contingentiefactoren

A. Omvang

1. Uit hoeveel fte bestaat de totale organisatie?

0-60 60-200 200-1000 1000-2000 > 2000

B. Complexiteit

3. Is er sprake van een groot aantal externe factoren waarmee uw organisatie te maken heeft?

4. Is er sprake van een ingewikkeld (werk)proces of –processen in uw organisatie?

5. Is er sprake van tegenstrijdige eisen/signalen/interpretaties vanuit de omgeving?

6. Is er op basis van het verleden en de verwachtingen voor de toekomst in hoge mate sprake van onvoorspelbare wijzigingen in de externe situatie van uw organisatie/uw bedrijfsprocessen?

7. Is er in hoge mate sprake van onvoorspelbare veranderingen in de grootte van de vraag van de klanten van het bedrijfsproces/processen?

8. Is er sprake van snel veranderende technologie/kennis in de markt van uw bedrijfsproces/processen?

9. Is er sprake van snel veranderende concurrentieverhoudingen in de markt van uw bedrijfsproces?

10. Is er sprake van een houding bij het management en de medewerkers in de bedrijfsprocessen, waarbij men zowel gericht is op de eigen (afdelings)doelen als ook op de algemene doelen van de organisatie?

11. Is er sprake van overeenstemming over de doelen van de organisatie bij het personeel?

Specifieke Procesvragen

12. Wat gebeurt er in hoofdlijnen in de bedrijfsprocessen? Wat wordt geleverd aan de klanten?

13. Verschillen de kenmerken van de bedrijfsprocessen van elkaar? Zo ja, dan moeten de vragen 18 t/m per bedrijfsproces worden beantwoord. Zo nee, dan gelden deze vragen voor alle onderscheiden bedrijfsprocessen.

14. Wat zijn de kenmerken van het proces

- soort afhankelijkheden
- opeenvolgend (de verschillende onderdelen/schakels geven stukjes proces door aan elkaar)
- wederkerig (de onderdelen/schakels hebben elkaar nodig voor het uitvoeren)
- 'pooled' (de onderdelen kunnen vrijwel autonoom in het proces hun gang gaan; de uitkomsten van het ene onderdeel op hebben alleen impact op het andere in de zin dat het met de organisatie als geheel beter of slechter gaat)

15. Wat is de aard van de samenwerking tussen de schakels in het proces?

- Hebben de medewerkers dezelfde doelen?
- Bestaan er spanningen tussen de schakels?

16. Wat is de aard van de samenwerking tussen de processen in de organisatie?

- De medewerkers hebben dezelfde doelen
- Bestaan er spanningen tussen de medewerkers in de verschillende processen?

17. Zijn er schakels met processen buiten de eigen organisatie? (Doen we hier wat mee?)

Zo ja? Wat is de aard hiervan?

18. Hoe worden de activiteiten in de processen over de organisatieafdelingen heen gecoördineerd?

- Geen aparte aandacht
- Direct Contact
- Coördinerende Functie (keten/procesregisseur)
- Formele Groep (Verbindingsarchitect)
- Integrator/Proces Eigenaar
- Matrix Organisatie

19a Zijn de coördinerende activiteiten van de coördinator (persoon of groep zijn) formeel vastgelegd?

20b Wie is formeel verantwoordelijk voor de uitkomsten van het proces?

- De lijn
- De lijn, maar coördinerende instantie probeert informeel onderdelen op elkaar af te stemmen
- De lijn, maar de coördinerende persoon of groep mag formeel verbetervoorstellen doen
- De lijn, maar de coördinerende instantie heeft eigen aandachtsgebied naast de lijn
- De lijn en de coördinerende instantie hebben eigen verantwoordelijkheid voor specifieke onderdelen van het proces

21. Wie stuurt de mensen aan?

- De lijn

- De lijn, maar coördinerende instantie probeert informeel management/medewerkers te beïnvloeden om de afstemming te verbeteren
- De lijn, maar de coördinerende persoon of groep mag formeel verbetervoorstellen doen
- De lijn, maar de coördinerende instantie mag medewerkers aanspreken en heeft formele sanctiemogelijkheden
- Medewerkers worden door zowel de lijn als door de proceseigenaren aangestuurd

22. Wie gaat over de middelen?

- De lijn
- De coördinerende instantie maakt verbetervoorstellen en krijgt daarvoor budget dat naar eigen inzicht kan worden toewenden
- De coördinerende instantie beschikt over eigen middelen en budget om verbeteringen door te kunnen voeren
- De coördinerende instantie en de lijn hebben hun eigen verantwoordelijkheden en hebben hiervoor eigen budgetten.


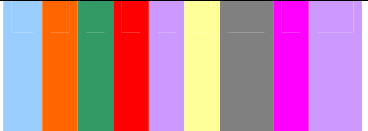









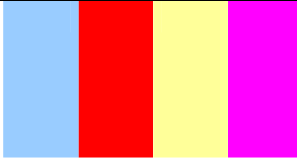
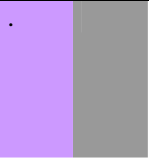


23. Hoe is de communicatie en informatie-uitwisseling over het bedrijfsproces/processen georganiseerd?

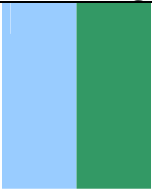
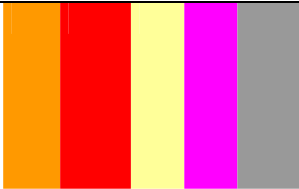

- De communicatie is niet gestructureerd. Gestructureerde informatie is niet gericht op het proces.
- Contouren zijn zichtbaar voor de functionele eisen voor informatiesystemen voor processen.
- De communicatie is volledig gestructureerd
- Informatiesystemen voor processen zijn aanwezig
- Prestatie indicatoren zijn gedefinieerd
- Communicatie is volledig gestructureerd op beide dimensies (lijn en proces)
- Informatiesystemen zijn gericht op beide dimensies

24. Wat zijn de ervaringen met de huidige manier van coördineren van de activiteiten in de processen?

25. Wat zal in de toekomst veranderen t.a.v. deze coördinatie?

Bijlage 3 Verdeling van kenmerken over ziekenhuizen

	Direct contact / (Virtuele) gemeenschap	Coördinerende functie	Verbindingsarchitect	Integrator	Matrixorganisatie
Verantwoordelijkheden & beslissingsbevoegdheden	 Niemand heeft formele bevoegdheden om de communicatie te kunnen afdwingen. Lijnmanagers zijn verantwoordelijk voor deelproducten of -diensten	 Coördinator heeft geen formele bevoegdheden. De lijnmanager is verantwoordelijk voor de deelproducten of -diensten	 De lijnmanager blijft verantwoordelijk voor de deelproducten of -diensten. De formeel ingestelde architect doet voorstellen voor procesverbetering onafhankelijk van het lijnmanagement.	 Integrator heeft de bestuurtaak en is verantwoordelijk voor een bepaald aandachtsgebied <i>naast</i> de lijnorganisatie	 De proceseigenaar en de lijn hebben hun eigen afgebakende verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
Aansturing van mensen	 Aansturing geschiedt via de lijn.	 Aansturing geschiedt formeel via de lijn. De coördinator doet bestellingen / verzoeken tot verbetering.	 Aansturing geschiedt formeel via de lijn. De coördinator doet bestellingen / verzoeken tot verbetering.	 De integrator kan mensen aanspreken en beschikt over sanctiemogelijkheden	 Medewerkers worden door zowel de lijn als door de proceseigenaren aangestuurd.
Aansturing van (financiële) middelen	 Lijnmanager is verantwoordelijk voor de aansturing van (financiële) middelen.	 Lijnmanager is verantwoordelijk voor de aansturing van (financiële) middelen.	 De formele groep maakt verbetervoorstellen en krijgt daarvoor budget dat naar eigen inzicht kan worden toewenden	 De integrator beschikt over eigen middelen en budget om verbeteringen door te kunnen voeren.	 De proceseigenaar en de lijn hebben hun eigen verantwoordelijkheden en hebben hiervoor eigen budgetten.

	Direct contact / (Virtuele) gemeenschap	Coördinerende functie	Verbindingsarchitect	Integrator	Matrixorganisatie
Communicatie en informatie					
	De communicatie is niet gestructureerd. Gestructureerde informatie is niet gericht op het proces.	De communicatie is niet gestructureerd. Gestructureerde informatie is niet gericht op het proces.	Communicatie is grotendeels gestructureerd. Contouren functionele eisen voor informatiesystemen voor processen	De communicatie is volledig gestructureerd. Informatiesystemen voor processen zijn aanwezig. Prestatie indicatoren zijn gedefinieerd.	Communicatie is volledig gestructureerd op beide dimensies (lijn en proces). Informatiesystemen zijn gericht op beide dimensies.
Situationele factoren	<ul style="list-style-type: none"> • zeer lichte taakafhankelijkheid • overeenstemming over doelen • actoren zijn onbekend • informatie m.b.t. uitvoering van taken zijn onbekend • triggers worden gevoeld door medewerker • nadruk op informatie en kennis uitwisseling binnen eigen expertise 	<ul style="list-style-type: none"> • lichte taakafhankelijkheid • lichte mate van gebrek aan overeenstemming over doelen • actoren zijn redelijk bekend • benodigde informatie is bekend • triggers worden gevoeld door coördinerende functie • nadruk op informatie uitwisseling over afdelingen heen 	<ul style="list-style-type: none"> • redelijke mate van taakafhankelijkheid • redelijke mate van gebrek aan overeenstemming over doelen • actoren zijn bekend • informatie is redelijk bekend, dan wel is het bij de actoren bekend • stuurvermogen door proces • draagvlak ontbreekt nog grotendeels, belangenbehartiging voor de afdelingen is nodig • nadruk ligt op overdrachts-momenten 	<ul style="list-style-type: none"> • hoge mate van taakafhankelijkheid • hoge mate van gebrek aan overeenstemming over doelen • behoefte aan sturing op gehele bedrijfsproces m.b.v. prestatie indicatoren • stuurvermogen door de mens • management niet in staat met meerdere stuur-dimensies om te gaan • kan macht van de lijn niet doorbreken • nadruk op prestatie indicatoren 	<ul style="list-style-type: none"> • hoge mate van taakafhankelijkheid • hoge mate van gebrek aan overeenstemming over doelen • management is in staat om met meerdere stuurdimensies om te gaan • stuurvermogen door de mens • nadruk ligt op het managen van conflicten die over macht gaan

Legenda:

Erasmus Universitair Medisch Centrum =

Universitair Medisch Centrum Utrecht =

Universitair Medisch Centrum Groningen=

Diaconessenhuis =

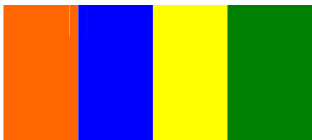
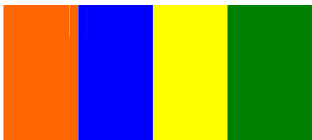

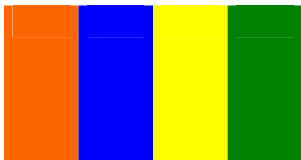
Amphia Ziekenhuis=

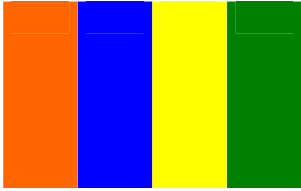
Jeroen Bosch Ziekenhuis =

RIVAS Groep =

Slotervaart Ziekenhuis =

Bijlage 4 Verdeling van kenmerken over politiekorpsen

	Direct contact / (Virtuele) gemeenschap	Coördinerende functie	Verbindingsarchitect	Integrator	Matrixorganisatie
Verantwoordelijkheden & beslissingsbevoegdheden	Niemand heeft formele bevoegdheden om de communicatie te kunnen afdwingen. Lijnmanagers zijn verantwoordelijk voor deelproducten of -diensten	Coördinator heeft geen formele bevoegdheden. De lijnmanager is verantwoordelijk voor de deelproducten of -diensten	 De lijnmanager blijft verantwoordelijk voor de deelproducten of -diensten. De formeel ingestelde architect doet voorstellen voor procesverbetering onafhankelijk van het lijnmanagement.	 Integrator heeft de bestuurtaak en is verantwoordelijk voor een bepaald aandachtsgebied <i>naast</i> de lijnorganisatie	De proceseigenaar en de lijn hebben hun eigen afgebakende verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
Aansturing van mensen	Aansturing geschiedt via de lijn.	Aansturing geschiedt formeel via de lijn. De coördinator doet bestellingen / verzoeken tot verbetering.	Aansturing geschiedt formeel via de lijn. De coördinator doet bestellingen / verzoeken tot verbetering.	 De integrator kan mensen aanspreken en beschikt over sanctiemogelijkheden	Medewerkers worden door zowel de lijn als door de proceseigenaren aangestuurd.
Aansturing van (financiële) middelen	 Lijnmanager is verantwoordelijk voor de aansturing van (financiële) middelen.	Lijnmanager is verantwoordelijk voor de aansturing van (financiële) middelen.	De formele groep maakt verbetervoorstellen en krijgt daarvoor budget dat naar eigen inzicht kan worden toewenden	De integrator beschikt over eigen middelen en budget om verbeteringen door te kunnen voeren.	De proceseigenaar en de lijn hebben hun eigen verantwoordelijkheden en hebben hiervoor eigen budgetten.

	Direct contact / (Virtuele) gemeenschap	Coördinerende functie	Verbindingsarchitect	Integrator	Matrixorganisatie
Communicatie en informatie					
	De communicatie is niet gestructureerd. Gestructureerde informatie is niet gericht op het proces.	De communicatie is niet gestructureerd. Gestructureerde informatie is niet gericht op het proces.	Communicatie is grotendeels gestructureerd. Contouren functionele eisen voor informatiesystemen voor processen	De communicatie is volledig gestructureerd. Informatiesystemen voor processen zijn aanwezig. Prestatie indicatoren zijn gedefinieerd.	Communicatie is volledig gestructureerd op beide dimensies (lijn en proces). Informatiesystemen zijn gericht op beide dimensies.
Situationele factoren	<ul style="list-style-type: none"> • zeer lichte taakafhankelijkheid • overeenstemming over doelen • actoren zijn onbekend • informatie m.b.t. uitvoering van taken zijn onbekend • triggers worden gevoeld door medewerker • nadruk op informatie en kennis uitwisseling binnen eigen expertise 	<ul style="list-style-type: none"> • lichte taakafhankelijkheid • lichte mate van gebrek aan overeenstemming over doelen • actoren zijn redelijk bekend • benodigde informatie is bekend • triggers worden gevoeld door coördinerende functie • nadruk op informatie uitwisseling over afdelingen heen 	<ul style="list-style-type: none"> • redelijke mate van taakafhankelijkheid • redelijke mate van gebrek aan overeenstemming over doelen • actoren zijn bekend • informatie is redelijk bekend, dan wel is het bij de actoren bekend • stuurvermogen door proces • draagvlak ontbreekt nog grotendeels, belangenbehartiging voor de afdelingen is nodig • nadruk ligt op de overdrachtmomenten 	<ul style="list-style-type: none"> • hoge mate van taakafhankelijkheid • hoge mate van gebrek aan overeenstemming over doelen • behoefte aan sturing op bedrijfsproces m.b.v. prestatie indicatoren • stuurvermogen door de mens • management is niet in staat om met meerdere stuurdimensies om te gaan • kan macht van de lijn niet doorbreken • nadruk prestatie indicatoren 	<ul style="list-style-type: none"> • hoge mate van taakafhankelijkheid • hoge mate van gebrek aan overeenstemming over doelen • management is in staat om met meerdere stuurdimensies om te gaan • stuurvermogen door de mens • nadruk ligt op het managen van conflicten die over macht gaan

Legenda:

Politiekorps Flevoland

Politiekorps Hollands Midden

Politiekorps Brabant Zuid-Oost

Politiekorps Utrecht