

Annemiek Stoopendaal

# Integratie

## Effecten van integratiebewegingen in de gezondheidszorg

*Drs. Annemiek Stoopendaal is organisatieantropoloog en werkt als onderzoeker bij het instituut voor Beleid en Management van de Erasmus Universiteit, Rotterdam. Zij dankt prof. dr. Pauline L. Meurs, dr. Mirko Noordegraaf en de redactie van Bestuurskunde voor hun commentaar op voorgaande versies van dit artikel.*

*In de gezondheidszorg wordt volop geïntegreerd. Zorg wordt integrale zorg, managers werken met integraal management en ziekenhuizen zijn geïntegreerde bedrijven. Het ontstaan van deze 'integratiebeweging' is te beschouwen als het antwoord op de gepercipieerde fragmentatie van de zorg. Integratie heeft het doel de afstanden tussen de verschillende onderdelen van de zorg te minimaliseren, de zorg tot één geheel te maken. Maar integratie als universele, 'integrale' oplossing voor alle problemen in de gezondheidszorg lijkt geen gedegen analyse van de problemen te bewerkstelligen. Daarnaast is het de vraag of de remedie de kwalen werkelijk verhelpt. Integratie blijkt niet altijd het gewenste effect op te leveren. Analyse van de afstand waarvoor integratie als middel wordt ingezet en analyse van de effecten van integratie zijn noodzakelijk om te leren omgaan met afstand.*

Het begrip *integratie* wordt maar liefst 44 maal gebruikt in een willekeurig gekozen nummer van *ZM magazine*, het vakblad voor bestuurders, directeurs en toezichthouders in de zorgsector (7/8, 2003). De redactie van het blad wordt gevoerd door een hoogleraar 'Integraal zorgmanagement'. Een artikel gaat over de ontwikkelingen van de medische staf in het 'geïntegreerde' ziekenhuisbedrijf. Een tweede artikel belicht Human Resource Management aan de hand van vier vormen van 'integratie'. Het begrip integratie is tot een containerbegrip geworden in de huidige gezondheidszorg. Het is niet meer duidelijk wat er nu precies met integreren bedoeld en beoogd wordt, het middel lijkt tot doel te zijn verheven. In dit artikel wordt het begrip integratie en de bewegingen die integratie tot

stand brengt in de zorg geanalyseerd. Het begrip afstand wordt geïntroduceerd, want waar integratie nodig is, is sprake van afstand. Vervolgens worden enkele kritische kanttekeningen geplaatst bij de effecten van de integratiebewegingen in de gezondheidszorg. Ten slotte worden de verschillende handelingsperspectieven beschouwd die het begrip afstand biedt.

### Afstand in de zorg

Ziekenhuizen zijn gedurende de historie veranderd van charitatieve verpleegrichtingen voor de armen, naar sterk gespecialiseerde instellingen die curatieve en professionele zorg voor iedereen leveren. Glouberman and Mintzberg (2001) beschrijven ziekenhuizen als een samenvoeging van vier, los van elkaar

staande werelden. De uitvoerders in de wereld van 'cure', de medisch technische kant van zorg zijn de artsen en paramedici; de belanghebbenden zijn de acuut zieke patiënten. De taal die in de wereld van 'cure' gesproken wordt, is de taal van de medische professie. In de wereld van 'care', de verzorging en begeleiding, zijn de uitvoerders de verpleegkundigen, verzorgers en begeleiders. De belanghebbenden zijn de chronisch zieken of gehandicapte patiënten. De taal die gesproken wordt is 'zorgtaal'. De wereld van 'control' richt zich op de beheersing van de kosten en op de eindverantwoordelijkheid voor de geleverde zorg. Uitvoerders in de wereld van control zijn de managers. In de wereld van control wordt een economische/bedrijfskundige taal gesproken. De vierde wereld in de zorg is gebaseerd op de maatschappelijke taak van de gezondheidszorg in de publieke dienstverlening. In de wereld van 'community' zijn de bestuurders de belangrijkste uitvoerders en zijn de belanghebbenden de 'gemeenschap': lokale overheid, andere zorginstellingen, vertegenwoordigers van (patiënten) groeperingen, werknemersorganisaties. De taal die hier gesproken wordt is ambtelijk.

Freidson (2001) beschrijft vanuit een bredere analyse, de gezondheidszorg als een mix van 'professionalisme', 'managementisme' en 'marktmechanisme'. Zien we in 'professionalisme' de professionele verantwoordelijkheid voor zowel 'care' als 'cure', dan is de ordening van Freidson te vergelijken met de werelden in het ziekenhuis die Glouberman & Mintzberg beschrijven. Het onderscheid dat deze auteurs maken tussen 'care' en 'cure' is gebaseerd op de afstand die specifiek in de ziekenhuizen voorkomt tussen de grote groepen medisch specialisten en verpleegkundigen.

Er onderscheiden zich steeds meer beroepen in de gezondheidszorg (Van Dijk, 1997, 2002). Rond deze beroepen zijn professionaliseringsprocessen gaande (Wilensky, 1964; Abbott, 1988; Freidson, 2001) waardoor professies en professionals zich steeds scherper ten opzichte van andere professies en professionals profileren. De specialisering en professionalisering leidt tot afstand tussen de vele verschillende beroepsgroepen die strijden om hun autonomie en hun domein.

Uit onderzoeken naar bestuurspraktijken in de zorg blijkt telkens weer het bestaan van afstand tussen management en zorgprofessionals (Harrison & Pollitt, 1995; Van Dijk, 1997, 2002). Deze afstand is gebaseerd op de verschillende professionele paradigma's. Doordat de overheid in de jaren tachtig, door middel van budgettering naar financieel beheer van de gezondheidszorgsector streeft, krijgt het management als nieuw vakgebied in de zorginstellingen een impuls. Managers krijgen daarmee een sterke binding met het financieel beheer van de zorginstellingen (Scholten & Van der Grinten, 2000). Het paradigma van de managers is gebaseerd op een economische/bestuurlijke rationaliteit en dat van de zorgverleners op een zorginhoudelijke rationaliteit (Harrison and Pollitt, 1995). Toch zijn in de zorginstellingen, de managers vaak primair in zorg, en secundair in management geschoold. Een managementfunctie is een van de weinige carrièrestappen die zorgprofessionals kunnen maken. Aan de top van de organisatie is dit anders, blijkt uit onderzoek onder zorgdirecteuren (Noordgraaf e.a., 2002). Meer dan de helft van de huidige zorgbestuurders is niet primair opgeleid in een zorgberoep, maar hun managementcarrière voltrekt zich voor het merendeel wel in de zorg. Het wel of niet opgeleid zijn in de zorg lijkt echter geen causaliteit te beiden

voor het ontstaan van afstand tussen professionals en managers. Uit lopend onderzoek blijkt dat in de zorginstellingen juist de eerste laag van leidinggevers, de teamleiders, die primair in een zorgberoep zijn opgeleid, nauwelijks nog op de werkvloer zijn te vinden. De afstand tussen managers en professionals is een symbolische afstand, gebaseerd op andere paradigma's en verschillende 'talen', maar de afstand is ook reëel geworden. Bestuurders en managers werken in kantoren, ver weg van de werkvloer van de zorg, vaak aan het eind van een lange stille gang, helemaal boven in het gebouw of zelfs in het bestuurs- of managementcentrum op een aparte locatie.

### **Integratie in de zorg**

Integratie wordt in de Nederlandse gezondheidszorg toegepast op meerdere speelvelden met diverse actoren. Op verschillende bestuurlijk niveaus ontstaan uiteenlopende bewegingen. Wanneer wij aan de hand van de bestuurlijke niveaus, de doelstelling, het gebruik en het effect van het begrip integratie in de zorg analyseren, zijn er drie 'integratiebewegingen' te onderscheiden.

Ten eerste zien we, binnen de organisatie, op de werkvloer, een zorginhoudelijke integratie die gericht is op het totstandkomen van 'integrale zorg' en zorgketens. Zorg wordt door steeds meer verschillende gespecialiseerde zorgprofessionals verleend, waardoor de samenhang van de verleende zorg onder spanning komt te staan. 'Integrale zorg' heeft als doel de door verschillende zorgverleners geleverde zorg coherent en gecoördineerd te laten verlopen (Hasenfeld, 1992; Van Raak e.a., 2003: 132). Samenhang wordt gevonden in het protocolleren en afstemmen van de logistieke processen rond de gang van de patiënt, in gedeelde wetenschappelijke en empirische kennis rondom de behandel-

de ziektebeelden en in de coördinatie van afspraken die met de patiënt over de behandeling gemaakt worden.

Ten tweede vloeit organisatorisch uit voorgaande zorginhoudelijke integratie, de beweging van 'integraal management' voort. Zorgorganisaties zijn om 'integrale zorg' te bewerkstelligen steeds meer 'gekanteld', zij zijn gestructureerd volgens het divisiemodel (Noordegraaf, e.a., 2002). In de gekantelde organisaties is de functionele hiërarchie, die gebaseerd was op gespecialiseerde afdelingen van zorgprofessionals, losgelaten en zijn de instellingen ingedeeld naar zorgeenheden, productgroepen of divisies. De divisies zijn georganiseerd rondom een specifiek type patiënten of een bepaald ziektebeeld. De divisies worden meestal gemanaged door een arts en een verpleegkundig of paramedisch manager, de divisie managers. Hun samenwerking wordt 'dual' of 'integraal management' genoemd. Integraal management heeft het doel te komen tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgprofessionals en zorgmanagers, voor het gehele, integrale, zorgproces. Met het gehele zorgproces wordt zowel de inhoudelijke kwaliteit van de zorg, genezing, begeleiding en bejegening bedoeld, alsook budgetbeheersing, personeelsbeleid, onderhoud van het gebouw, ICT, en logistieke processen. Met 'integraal management' in de zorg wordt samenhang in de deels zorginhoudelijke, deels 'managerial' deelprocessen van de gezondheidszorg nagestreefd.

Het dual management heeft een sterke impuls gekregen door de financieel-technische eenwording van de medisch specialisten en het ziekenhuisbedrijf. Deze integratie is door de commissie 'Modernisering Curatieve Zorg' beter bekend als de commissie-Biesheuvel (1994) geëxpliciteerd in het 'geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf' (GMSB). In een GMSB zijn de kosten

van medisch specialistische zorg geïntegreerd in het totale budget van het ziekenhuis. De zeggenschap over de interne verdeling van dit budget ligt bij het topmanagement, deze verantwoordelijkheid is in 2000 vastgelegd in de 'integratiewet'. De integratiewet stelt dat het ziekenhuisbestuur, eenduidig, verantwoordelijk is voor het totaal van de ziekenhuiszorg maar erkent tegelijkertijd de medische verantwoordelijkheden van de specialisten, zij moeten door het bestuur zijn geraadpleegd bij budgetafspraken.

Ten derde zien we een integratiebeweging tussen de zorginstellingen. De overheid stimuleerde tot voor kort de fusies van zorginstellingen, enerzijds vanuit de idee van 'economy of scale' (kostenverlaging en hogere specialisatie door het werken op grote schaal), anderzijds om een goede spreiding en een samenhangend aanbod van zorg te ver-

krijgen. De meeste zorgorganisaties hebben dan ook een of meerdere fusies achter de rug (Van der Lugt en Huijsman, 1995; Visser e.a., 1996; Van Lieshout in Balkenende en Van der Ploeg, 1999; RVZ, 2003). Deze fusies hebben ertoe geleid dat sinds 1960 het aantal instellingen in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg daalt (zie tabel 1). Exemplarisch hiervoor is de trend die we kunnen signaleren in ontwikkeling van ziekenhuizen. We zien in de loop der jaren het aantal ziekenhuizen fors dalen en het aantal medewerkers in de ziekenhuizen die zijn overgebleven sterk toe nemen (zie tabel 2).

Deze voorbeelden maken duidelijk dat integratie zich in verschillende vormen manifesteert op verschillende bestuurlijke niveaus. Wij kunnen drie typen integratiebewegingen onderscheiden: integrale zorg en integraal management en

Tabel 1. Ontwikkeling aantal ziekenhuizen

|                            | 1980 | 2000 |
|----------------------------|------|------|
| <i>Aantal instellingen</i> | 170  | 100  |

Bron: RVZ, 2003.

Tabel 2. Ontwikkeling personele bezetting ziekenhuizen

|  | 1975 | 1997 | 2002 |
|--|------|------|------|
| <b>Aantal medewerkers<br/>(Per ZH, exclusief medisch specialisten)</b> | 612  | 987  | 1218 |

Bron: Van der Lugt en Huijsman, 1995; RVZ, 2003.

Tabel 3. Typologie van integratiebewegingen in de zorg

| Type integratie      | Doelstelling   | Uitvoering                      |
|----------------------|--|---------------------------------|
| Integrale zorg       | Gecoördineerde zorg en samenwerkende professionals       | Standaarden en protocollen      |
| Integraal management | Samenwerkende professionals en managers                  | Kantelen en GMSB                |
| Integraal beheer     | Invloed overheid op beheer van kosten en aanbod van zorg | Horizontale en verticale fusies |

integraal beheer. Integrale zorg is gericht op het aan elkaar schakelen van verschillende soorten zorg met de bijbehorende soorten zorgprofessionals. Met integraal management wordt getracht professionals en managers bijeen te brengen en samen te laten werken. Integraal beheer is gericht op beheersing van kosten en aanbod van zorg. (Zie ook tabel 3.)

### Afstand als concept

Lawrence and Lorsch (1969) beargumenteren dat differentiatie in een organisatie noodzakelijk is om met de complexiteit om te kunnen gaan, maar zij benadrukken dat differentiatie altijd coördinatievraagstukken oplevert. In organisaties worden taakverdelingen gemaakt om het werk ordentelijk te laten verlopen, te organiseren. Op basis van een functionele werkverdeling ontstaat een structuur met taken en bevoegdheden. Zo worden verschillende eenheden in de organisatie ingedeeld en van elkaar gescheiden. Organiseren is ordenen en deze ordening veroorzaakt grenzen tussen de diverse eenheden en actoren in de organisatie. Tussen deze functionele begrenzingsen kan ruimte, afstand ontstaan. Wanneer wij structuren van een organisatie weergeven is afstand vaak niet expliciet aan te geven, maar in het dagelijks leven in organisaties wordt afstand wel degelijk ervaren.

Afstand is in twee dimensies in te delen (zie tabel 4). Ten eerste behelst afstand de geografische en temporele ruimte tussen de verschillende eenheden van een organisatie. Afstand heeft betrekking op de grootte van de organisatie en op de spreiding van de eenheden van de organisatie, maar ook op het tijdsbestek waarbinnen de organisatieleden elkaar kunnen bereiken. Deze eerste dimensie van afstand, reële afstand, is objectief te meten in ruimtelijke eenheden en in tijdseenheden.

Afstand heeft echter ook te maken met verschillen tussen mensen. Verschillen in taal, in uiterlijk, maar ook verschillen die ontstaan door professionalisering en specialisatie. Specifieke kennis leidt tot taal-, vaardigheid- en attitudeverschillen en daarmee tot verschillende taken en tot structurele afstand tussen de professionals en tussen professionals en managers. De verschillen tussen mensen, of tussen groepen mensen, die leiden tot de tweede dimensie van afstand, symbolische afstand, zijn geen natuurlijke gegevens, maar zijn gebaseerd op de culturele betekenis, op het respect, de macht en de status die er door de partijen aan de verschillen worden toegekend.

Tabel 4. Dimensies van afstand

|                     |             |           |
|---------------------|-------------|-----------|
| Reële afstand       | Ruimtelijk  | Temporeel |
| Symbolische afstand | Structureel | Cultureel |

Afstand is een relationeel begrip, er zijn altijd twee partijen nodig waartussen afstand zich kan manifesteren. Afstand wordt ervaren maar ook gehanteerd (coping) door beide partijen en dat heeft, reciproque, invloed op elkaar. Het gebruik van e-mail bijvoorbeeld, overbrugt geografische afstand en de snelheid van het medium, als het tenminste ook snel gebruikt wordt, zorgt dat we de geografische afstand minder sterk ervaren. De, tussen de interacties ervaren, tijd speelt een belangrijke rol in het ervaren van afstand. Soms echter wordt door het gebruik van e-mail bij kleine geografische afstand, juist symbolische afstand ervaren. Reële afstand wordt soms symbolisch gehanteerd, bijvoorbeeld door de ander te laten wachten of door het bestuurscentrum boven in de organisatie of in een ander, misschien wel chiquer, gebouw te huisvesten.

Afstand kan nuttig zijn, distantie geeft overzicht en samenwerking is niet overal altijd nodig. Anderzijds kan afstand

ook hinderlijk zijn, vooral als er geen mogelijkheden zijn om de afstand te overbruggen wanneer het nodig is om samen te werken.

Afstand in organisaties wordt door managers en onderzoekers genegeerd als organisaties vanuit een integratieperspectief worden beschouwd. Martin (1992) beschrijft dit integratieperspectief als een gerichtheid op consensus, consistentie en helderheid. Het integratieperspectief schenkt vanuit deze gerichtheid geen aandacht aan differentiatie en fragmentatie, aan de afstanden die medewerkers ervaren. Waar integratie als managementmethode ingezet wordt, bestaan verschillen, differentiatie en fragmentatie (Martin, 1992). Verschil is een bouwsteen van symbolische afstand, dus daar waar geïntegreerd wordt, bestaat afstand (zie ook Weick, 2001: 384).

### Effecten van integratie

De typen integratiebewegingen die wij in de zorg onderscheiden – integrale zorg, integraal management, integraal beheer – vloeien voort uit de gescheiden werelden van de professionals, het management en de 'community'. Maar de pogingen om de werelden in de zorg te verbinden, door integratie op de verschillende niveaus, resulteren veelal elders weer in andere afstanden, elke indeling schept haar eigen nieuwe afstand.

De integratiebeweging 'integrale zorg' wordt vooral bewerkstelligd door standaardisatie van de zorgprocessen, afstanden tussen zorgprofessionals worden geslecht middels voorschriften en protocollen. Echter, het afstemmen van zorg op de individuele patiënt, zorg op maat, vraagt vaak ook om professionele improvisatie en om specifiek overleg over de individuele patiënt. Standaardisatie zou het overleg tussen de professionals kunnen verminderen en het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat de

afstand tussen de professionals juist vergroot. Standaarden en protocollen worden door de professionals soms ook ervaren als beperking van hun autonomie, opgelegd door het management, hetgeen de afstand tussen professionals en manager beïnvloedt.

Integraal en duaal management is bedoeld om de afstand tussen management en professionals te verminderen. In de ziekenhuizen heeft het GMSB en de daaropvolgende integratiewet, tezamen met de kanteling van de zorginstellingen, geleid tot duaal management. Wij zien dat medisch specialisten deelnemen aan het management van ziekenhuizen (Kruijthof 2003, Kruijthof en Stoopendaal, 2004). Deze medisch managers kunnen de brug vormen tussen management en professionals (uit de wereld van 'cure'). Echter, volgens Scholten en Van der Grinten (2000) heeft het GMSB, als bijkomend effect, dat het collectief van medisch specialisten, de medische staf, zich nu juist sterker in de eigen professie oriënteert en organiseert. De medische staf stelt zich als machtsblok op tegenover het management. Ten gevolge van de strijd om de schaarse middelen lijkt er door het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf juist een grotere symbolische afstand te ontstaan tussen medici en managers.

De fusies van de zorginstellingen die voortkomen uit de integratiebeweging integraal beheer zijn tot 1990 vooral fusies tussen gelijksoortige instellingen. Na 1990 ontstaat een verregaande vorm van samenwerking tussen verschillende typen zorginstellingen. Deze 'verticale fusies' leiden tot grote zorgconcerns met een gedifferentieerd zorgaanbod, gedeconcentreerd op verschillende locaties (Van der Lugt en Huijsman, 1995). Het verschil heerst nu niet meer tussen de instellingen maar binnen de instellingen (Shortell e.a., 1988: 71), er is meer sym-

bolische afstand in de organisaties ontstaan tussen de inhoudelijk van elkaar verschillende afdelingen en meer reële afstand vanwege de verschillende locaties. De grote zorgconcerns concurreren nu ook onderling sterker met elkaar, de reële en symbolische afstand tussen de zorgconcerns is groter, waardoor samenwerking buiten de grenzen van de organisaties lastiger is.

Binnen de zorgorganisaties ontstaan op basis van de schaalvergroting meerdere organisatorische lagen en de mogelijkheden tot 'face-to face' en 'hands-on' management nemen af. Uit onderzoek naar directeuren in de zorg blijkt dat vooral de zorgbestuurders van grotere organisaties worstelen met de verhouding tussen strategisch en operationeel handelen, alsook met het verdelen van hun externe en interne focus (Noordegraaf, e.a., 2002). Zij zoeken naar managementtechnieken om met de toenemende afstand tot de werkvloer te kunnen omgaan. Het kantelen van de organisatie is daar een voorbeeld van, een structuurgreep om de afstand tussen management en professionals maar ook de afstand tussen de verschillende typen professionals te slechten. Het grootste deel van de zorgorganisaties is in de afgelopen jaren 'gekanteld' en gestructureerd volgens het divisiemodel (Noordegraaf e.a., 2002). Vaak ontstaat er echter na de kanteling afstand tussen de divisies of clusters en wordt er gesproken over het ontstaan van 'eilanden' of 'koninkrijkjes'. Mintzberg (1983) ziet de op de loer liggende fragmentatie, door de autonomie van de divisies, én de sterke neiging van het topmanagement tot centralisatie door planning- en controlecycli als dé grote gevaren van de divisiestructuur. De afhankelijkheid van de divisies van elkaar is veel minder groot dan de voormalig functioneel georganiseerde afdelingen. Het beoogde doel, door kanteling, meer eenheid te

scheppen in de gefragmenteerde zorgwereld, zou vanuit de optiek van Mintzberg juist kunnen leiden tot een toenemende reële en symbolische afstand tussen de verschillende autonome divisies. Uit empirisch onderzoek in ziekenhuizen blijkt dat deze angst van Mintzberg gegrond is. Kanteling van de ziekenhuisorganisaties leidt eerder tot nieuwe vormen van verkokering dan tot meer samenhangende zorg, de samenhang in de patiëntenzorg is er niet merkbaar door verbeterd (Hendriks e.a., 2003).

De manier waarop integratie wordt ingezet lijkt vaak voorbij te gaan aan het belang van het bestaan van verschillen (Siebers e.a., 2002). We zien dat naast de beoogde samenwerking de drie integratiebewegingen ook standaardisatie, verkokering en concurrentie als bijkomend effect kunnen hebben. Met de nadruk op gelijkgerichtheid levert integratie in een sterk gedifferentieerde organisatie, als onbedoeld effect, soms elders of op dezelfde plaats juist grotere afstand op.

## Omgaan met afstand

Integratie is in zorgorganisaties gekozen als het antwoord op de reële en symbolische afstanden die in de organisaties ontstaan zijn (zie ook Weick, 2001: 384). We zien echter dat integratie verstarring en grotere afstand tot effect kan hebben. De vraag is hoe we nu om moeten gaan met de afstanden die tot de dagelijkse werkelijkheid in de zorgorganisaties behoren. Er zijn drie strategieën om met afstand om te gaan.

### *Dominante strategie*

Wanneer we organisaties pas als optimaal beschouwen wanneer er geen afstand tussen de onderdelen bestaat, streven we naar volledige integratie, tot het 'tot één geheel maken van delen' (Keuning en Eppink, 1996: 173). Deze strategie heeft als doel de afstanden te slech-

ten en leidt vaak tot het opgaan van het één in het dominante ander, tot assimilatie.

#### *Tolerante strategie*

Afstanden die in een organisatie zijn ontstaan kunnen ook getolereerd worden, omdat ze als nuttig en waardevol gezien worden. Verdeel en heers, macht en gezag floreren vaak op basis van symbolische afstand. Afstand geeft enerzijds overzicht en anderzijds ruimte voor eigenheid en autonomie: verschil mag (moet) er wezen. Integratie als managementmethode wordt vanuit deze strategie verworpen.

#### *Dynamische strategie*

Een 'derde weg' is een strategie die gericht is op het zoeken naar manieren om dynamisch met de afstanden tussen de verschillende actoren en eenheden in een organisatie om te gaan. Voor deze strategie is het van belang integratie te beschouwen als een continu proces waarbij de afstanden tussen de werelden van de diverse actoren in de organisatie daar waar nodig, worden overbrugd (Graham, 1995; Noordegraaf en Teeuw, 1997). De theorie van Weick (2001) kan gezien worden als invulling van deze strategie: in zijn theorie wordt de samenhang in gedifferentieerde organisaties niet gezocht in het streven naar eenduidigheid, maar juist in het maken van 'losse koppelingen', tijdelijke verbindingen tussen de verschillende onderdelen van de organisatie. Door te werken met 'losse koppelingen' kunnen we de meer procesmatige notie van integratie zoals Follett die beschrijft, recht doen. Voor het maken van 'losse koppelingen' is het noodzakelijk de symbolische en reële afstanden tussen organisatieonderdelen en organisatieleden te duiden, op waarde te schatten en flexibel te hanteren.

## **Besturen van afstand**

Paradoxaal genoeg lijkt het erop dat wij de differentiatie en fragmentatie, de afstanden, in de organisatie helder moeten zien om de juiste strategie te kunnen kiezen om met afstand om te gaan en daarbij integratie als managementmethode gepast te kunnen hanteren. Hiertoe is een analyse noodzakelijk van de verschillende typen afstand, hoe afstand wordt ervaren én gehanteerd. Afstand als theoretisch concept moet verder worden uitgewerkt, maar biedt de mogelijkheid te reflecteren op de inzet en de effecten van de gekozen strategie. Dat is nuttig, want zoals aangegeven is, veroorzaakt de manier waarop er in de zorg wordt geïntegreerd wel beweging, maar in de organisatie als een samenhangend systeem veroorzaakt 'knijpen hier' vaak 'effecten elders'. Er zijn verschillende strategieën om met afstand om te gaan, maar het is van belang deze strategieën meer op empirie te baseren en met name te zoeken naar concrete invullingen van 'losse koppelingen'. Pas als we leren leven met afstand kunnen we ervoor zorgen dat het besturen *op* afstand het besturen van afstand wordt.

## **Literatuur**

- Abbott, A., *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, University Chicago Press, Chicago, London, 1988.
- Balkenende, J. en T. van der Ploeg, *Behoud en vernieuwing van identiteit. De toekomst van maatschappelijke organisaties in een tijd van fusies en schaalvergroting*, Lemma, Utrecht, 1999.
- Commissie modernisering van curatieve zorg, *Gedeelde zorg: betere zorg*, Ministerie van WVC, 1994.
- Dijk, J. van, *Maatschappelijk ondernemen en zorgverleners. Een 'pas de deux'*, rede Erasmus Universiteit, NZi, Utrecht, 1997.
- Dijk, J. van, J. Messchendorp, M. Koopman e.a., *Personeel in beeld. de arbeidsbeleving van medewerkers in ziekenhuizen, revalidatie-*



- centra en andere instellingen die vallen onder de CAO-Z, Stichting Prismant, Utrecht, 2002.
- Freidson, E., *Professionalism. The Third Logic*, Polity Press, 2001.
- Glouberman, S. and H. Mintzberg, Managing the care of health and the cure of disease, part I-part II, in: *Health Care Management Review*, 2001.
- Graham, P. (ed.), *Mary Parker Follett: Prophet of management. A celebrating of the writings of Mary Parker Follett*, Harvard, 1995.
- Harrison, S. and C. Pollit, *Controlling Health Professionals. The future of work and organization in the NHS*, Open University Press, Buckingham, 1995.
- Hasenfeld, Y., *Human Services as Complex Organisations*, Sage, Newbury Park/london/New Delhi, 1992.
- Hendriks, M., L. Durlinger, J. Offringa e.a., Kantelen of kapseizen? Patiënt merkt vaak niets van kanteling, in: *ZM Magazine*, jrg. 19, mei, 2003, pp. 10-14.
- Keuning, D. en D. Eppink, *Management en organisatie. Theorie en toepassing*, zesde druk, Stenfert Kroese, Houten, 1996.
- Kruijthof, K., Medisch specialist in perspectief. Onderzoeksrapport Orde van Medisch Specialisten, Utrecht, 2003.
- Kruijthof, K. en A. Stoopendaal, De integratie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie, in: Grinten, T. van der en P. Meurs (red.), *Besturingsopgaven in de zorg*, Academic service, Den Haag, 2004.
- Lawrence, P. and J. Lorsch, *Organization and Environment*, Homewood III, Irwin, 1969.
- Lugt, P. van der, en R. Huijsman, *Fusiemanagement in de gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Utrecht, 1995.
- Martin, J., *Cultures in Organizations*, Oxford University press, New York/Oxford, 1992.
- Meurs, P., Nobele wilden, over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg, A.O. Adviseurs voor organisatie, Driebergen, 1997.
- Mintzberg, H., *Structures in Five: Designing Effective Organizations*, 1983, Nederlandse vertaling 1995, Academic Service Economie en Bedrijfskunde, Schoonhoven.
- Noordegraaf, M. en P. Meurs, Verwarde managers, in: *M&O*, mei/juni, 2002, nr. 3.
- Noordegraaf, M., P. Meurs en A. Stoopendaal, ZVM II. 'Harde' feiten uit een 'zachte' sector. Het profiel van de instellingsdirecteur in de gezondheidszorg, iBMG/EUR, 2002.
- Noordegraaf, M. en M. Teeuw, Reciprociteit en integratie. Het realistisch idealisme van Mary Parker Follett, in: *Bestuurskunde*, jrg. 6, nr. 2, 1997, pp. 67-76.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Advies: Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg, Zoetermeer, 2003.
- Raak, A. van, et al. (ed.), *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2003.
- Scholten, G. en T. van der Grinten, De integratie van medisch specialisten in Nederlandse ziekenhuizen. Een organisatiekundige beschouwing, in: *Acta, Hospitalia*, 2000, nr. 3.
- Shortell, S., A. Kaluzny e.a., *Health Care Management. A text in Organization Theory and Behavior*, John Wiley & Sons, Chichester, 1988.
- Siebers, H., P. Verweel en A. de Ruijter, *Management van diversiteit in arbeidsorganisaties*, Lemma, Utrecht, 2002.
- Visser, G. e.a., *Ondernemend Besturen, ziekenhuismanagement van overmorgen*, Van Gorkum, Enschede, 1996.
- Weick, K., *Making sense of the organization*, Blackwell publishers, Oxford/Malden, 2001.
- Wilensky, H., The Professionalization of everyone? in: *The American Journal of Sociology*, vol. LXX, no. 2.
- ZM magazine, het vakblad voor bestuurders, directeurs en toezichthouders in de zorgsector*, nr. 7/8, 2003.