

De toekomst aan het lijntje; de dynamiek tussen structuurmodellen en perspectiefontwikkeling in de gezondheidszorg

F. VERHAAREN EN P. MEURS

14.1 Vraagstellingen

Ernst Marx ontwikkelde zijn modellen om scholengemeenschappen te kunnen diagnostiseren. Met name de relatie tussen de organisatorische structuur en de onderwijskundige opbouw van deze instellingen werd in zijn modellen inzichtelijk gemaakt. In de wereld van de organisatie-adviseurs betekenden deze modellen op meerdere fronten een stap voorwaarts. Allereerst zijn organisatie-adviseurs sterk pragmatisch georiënteerd en doen daarom van huis uit weinig aan onderbouwde theorievorming. Ook al staat elk verhaal van een organisatie-adviseur doorgaans vol van schema's, indelingen en modellen, toch zijn maar zeer weinig daarvan echt door studie onderbouwd. In die zin vormen de modellen van Marx een wetenschappelijk verantwoorde verrijking van het instrumentarium van deze toch wat intuïtieve beroepsbeoefenaren. Daarnaast waren de tot dan toe beschikbare modellen tamelijk simpel van opbouw: ze behandelden de relaties tussen globale organisatiestructuren en enkele externe factoren als de productie- of marktomstandigheden. De verdienste van Marx was dat hij vele organisatievariabelen onderbracht in enkele overzichtelijke configuraties, en dat nog wel in het voor organisatieadviseurs tamelijk onbekende veld van de professionele organisaties. Hij bleef met deze contingentiebenadering nog een eenzame voorloper, pas sinds Mintzberg is de configuratietheorie gemeengoed geworden in adviesland. Juist door zijn onderbouwing en geschakeerdheid was het gedachtengoed van Marx voor ons zodanig inspirerend, dat wij het meenamen op onze veranderingkundige tochten tijdens adviesprojecten. Daarbij bleken we wel enkele hindernissen te moeten overwinnen. Een daarvan was dat de modellen met zoveel inlevingsvermogen in de situatie van scholengemeenschappen zijn gemaakt, dat gebruik elders toch heel wat bijstelling vergt. Een andere barrière was, dat Marx in zijn oorspronkelijke modellen (in tegenstelling tot zijn latere publikaties) nog weinig accent gaf aan een begrip als organisatiecultuur. Juist in een veranderingkundige praktijk kan een

dergelijke uitbreiding zijn nut bewijzen. Hiermee hangt een laatste meer algemene beperking van de oorspronkelijke modellen samen: Marx onderkent zeer wel de mogelijkheid van een breder gebruik van zijn modellen dan alleen in diagnostisch opzicht, maar een praktiserend adviseur heeft dan nog vele wegen te gaan voor er sprake is van een effectief (prescriptief) gebruik van deze modellen.

Dit artikel doet een verslag van onze pogingen deze hindernissen te overwinnen:

- welke inhoudelijke bijstellingen zijn nodig om de modellen herkenbaar te maken voor gebruik in de ambulante gezondheidszorg (met name de ELGZ en de AGGZ)?
- hoe kan organisatiecultuur een plaats krijgen binnen de structuurmodellen van Marx?
- welke eisen stelt het in beweging willen krijgen van een organisatie (dus het veranderkundig interveniëren) aan het gebruik van structuurmodellen?

14.2 Gebruik van modellen in de ambulante gezondheidszorg

Onze ervaring met een bewust gebruik van de modellen in de gezondheidszorg beperkt zich tot de eerstelijnsgezondheidszorg (met name gezondheidscentra) en de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's, CAD's). Hoewel wij ook ervaring hebben met toepassing ervan in ziekenhuizen, verpleeghuizen en basisgezondheidszorg, zijn onze indrukken hieruit te fragmentarisch, om daaruit nu al een overzicht te kunnen bieden. In vergelijking tot schoolorganisaties vallen bij instellingen in de ambulante gezondheidszorg een aantal aspecten op.

Scholengemeenschappen zijn tamelijk grote professionele organisaties. Alleen al hun schaalgrootte noopt tot een bewuste structurering. Tegelijk is hun strategische ruimte beperkt, het ministerie kijkt bij wijze van spreken voortdurend over de schouder van het management mee. Bovendien zijn de afnemers (de leerlingen) een groep die gedurende een reeks van jaren verbonden is aan de instelling, terwijl de resultaten van een school voor een flink deel zeer expliciet te maken zijn (aantal geslaagden, examenresultaten). Dit lijken ons allemaal condities die als vanzelf nadruk geven aan de organisatiekundige en onderwijskundige structuur van zo'n instelling. Het zijn dan ook juist deze componenten, die dominant zijn in de structuurmodellen van Marx.

Gezondheidscentra kennen daarentegen een heel andere opbouw (Verhaaren 1983). De omvang varieert tussen de 10 en 50 medewerkers, de structurering is er doorgaans tamelijk informeel. De hulpverleningsfilosofie is er zeer expliciet. Vanwege een 'vlottende' populatie cliënten is een effect-oriëntatie veel lastiger dan bij scholen het geval is. De strategische ruimte van een centrum is daarentegen relatief

groot. Steeds meer participeren centrummedewerkers in een toenemend aantal externe zorgcircuits zodat hun werkomgeving geleidelijk het karakter van een netwerkstructuur krijgt. De interne organisatorische en rechtspositionele structuur is zeer divers terwijl er een sterkere (zij het impliciete) professionele hiërarchie geldt dan bij scholen het geval is. Dit alles maakt de structurering en ook de psychologische evenwichten in dergelijke organisaties behoorlijk instabiel. Tot slot dient vermeld te worden dat vele van deze organisaties momenteel vraagtekens zetten bij de verhouding tussen geïnvesteerde energie en meerwaarde en daardoor mentaal in een soort overgangsvacuüm verkeren.

RIAGG's zijn veel minder te kenmerken als informele pioniersorganisaties maar toch is ook hun interne samenhang beperkt. Ook door externe beleidsontwikkelingen is de organisatie-identiteit na al die jaren van opbouw nog steeds instabiel. Deze onzekere situatie leidt of tot tal van netwerken met de omgeving of tot een zich terugtrekken in de eigen 'vesting'. Ook hier is - nog sterker dan bij centra - sprake van een vlottend cliëntenbestand. Net als bij centra is er nogal eens sprake van een impliciete professionele hiërarchie tussen de diverse disciplines, die overigens overschaduw wordt door een democratische ideologie (Verhaaren 1987). De strategische ruimte is er ook beperkter dan bij centra door de overheidsbemoeienis bij het ontstaan van *RIAGG's*.

Hoewel op tal van punten gezondheidscentra en *RIAGG's* duidelijk verschillend zijn, hebben ze in vergelijking met scholen toch ook weer een aantal aspecten gemeen:

- bij beide organisaties heeft de organisatiestructuur maar een zeer beperkte betekenis voor het verloop van de feitelijke hulpverlening;
- beide organisaties hebben door hun vlottende cliëntenpopulaties en hun lastig meetbare output amper een houvast voor een zorg-inhoudelijke oriëntatie;
- voor beide organisaties is er sprake van een oprukkende omgeving, die delen van de instelling opneemt in complexe en wisselende netwerkstructuren;
- in beide organisaties heerst een sterk besef dat zij in een overgangsfase verkeren;
- de feitelijk aanwezige maar niet geaccepteerde professionele hiërarchie en de dominante oriëntatie van een vrije beroepsbeoefenaar maken de interne cohesie instabiel;
- vergeleken met scholen is de strategische ruimte nog redelijk groot bij beide instellingen: het staat hen vrij (uiteraard binnen marges) nieuwe doelgroepen aan te boren en andere zorgpakketten aan te bieden.

14.3 Organisatiecultuur als belangrijke dynamische variabele

Wie de organisatietypologie probeert te gebruiken in de wereld van de eerstelijns-

en ambulante geestelijke gezondheidszorg krijgt dus wel te maken met een zeer speciale doorsnede van instellingen en organisaties. Een doorsnede die uitblinkt door turbulentie: toenemende externe druk en geringe interne consistentie door de vele centrifugale krachten; kortom een doorsnede van organisaties, die allemaal in een overgangperiode verkeren. Dat roept natuurlijk de vraag op of het wel zo'n gelukkige keuze is juist in dit veld met structurele modellen te komen aanzetten. Het is inmiddels onze ervaring dat de toepasbaarheid van de configuratiemodellen inderdaad strikte beperkingen kent juist door alle interne en externe turbulentie. Anderzijds pretenderen de modellen van Marx met name ook een ontwikkelingsperspectief te bieden en waar is dat meer nodig dan bij organisaties in de overgang?

Tegelijk is ons duidelijk geworden dat, juist bij instellingen die intern 'Vloeibaar' zijn (geworden) en die als aanloop naar een nieuwe wijze van functioneren op 'losse schroeven zijn komen te staan', de innerlijke essentie niet of maar beperkt kan worden gevat in een beschrijving van allerlei structuurcomponenten als organisatorische eenheden, leidingstructuur, beleidvormings- en overlegorganen e.d.; evenmin in een typering van de diverse inhoudelijke ('gezondheidskundige') systeemonderdelen als opbouw van en verhouding tussen disciplines, soorten van zorgaanbod en dergelijke. Op zich blijven deze factoren natuurlijk belangrijk, ook bij 'organisaties in de overgang', maar datgene wat dergelijke organisaties het meest doortrekt en typeert, zit juist niet in deze factoren.

Om een vinger te krijgen achter de essenties van de overgangsdynamiek, moet veel plaats worden ingeruimd voor organisatieculturele processen. Daarmee bedoelen we de processen van betekenis- en zingeving met betrekking tot de onderlinge samenwerking (de proces- of relationele dimensie), de feitelijke zorgverlening (de gezondheidskundige dimensie) en natuurlijk ook de organisatorische opbouw (de structurele dimensie). Het is juist de veranderde betekenisgeving met betrekking tot al deze dimensies, die organisaties vloeibaar maakt waardoor nieuwe configuraties op deze dimensies kunnen ontstaan. We sluiten ons daarmee aan bij die auteurs (Van Hoewijk 1988, Haasnoot 1989) die het begrip cultuur niet zien als een der vele variabelen in een organisatie maar als een kernfactor die andere factoren wezenlijk i beïnvloedt (soms wat apodictisch samengevat in de uitspraak: één organisatie *heeft* geen cultuur maar is cultuur). Voor ons heeft organisatiecultuur dus de betekenis van een fundamenteel referentiekader, een paradigma, een conceptuele en emotionele bril, waardoor men alle aspecten van het werken in een organisatie waardeert en vorm geeft.

Overigens, structuren, relaties en inhoudelijke doelen zijn niet alleen de resultante van de organisatiecultuur; hun inhoud en vorm bevestigen bepaalde preferenties en waarderingen en geven zo weer aanleiding tot een bepaalde cultuur. Dit laatste verband achten wij echter minder sterk dan het eerste.

Tegen deze achtergrond menen we dat als je al met configuraties wilt werken in de door ons genoemde professionele instellingen, configuraties juist typering moe-

ten bevatten van wat de organisatieleden allemaal met elkaar willen: welke zorg ze samen willen waarmaken, hoe ze de structurele ruimte met elkaar willen invullen en wat ze in hun onderlinge relaties willen leggen. Daarmee geven dergelijke 'organisatieculturele modellen' slechts beperkt een beschrijving van algemene structuren en organen maar veeleer een typering van ambities, normen, concepties en ideologieën. Overigens zijn dergelijke organisatieculturele typeringen voor de goede verstaander ook bij Marx nog volop te lezen tussen de regels door. Juist daarom bieden zijn modellen een goed aanknopingspunt voor genoemd gebruik.

14.4 Organisatieculturele modellen in de ambulante gezondheidszorg

Wanneer men zich toelegt op een prescriptief gebruik van modellen wordt men bepaald niet geholpen door een nuancering van de mogelijke varianten. Bij descriptie speelt volledigheid een veel meer belangrijke rol. Daarom hebben wij bij ons advieswerk in de ambulante gezondheidszorg gestreefd naar een vereenvoudiging van de configuraties. Dit berust echter niet alleen op pragmatische gemakzucht. Ook de feitelijkheid in de ambulante gezondheidszorg laat ons inziens minder schakeringen zien dan bij scholengemeenschappen. Met name het lijn-stafmodel vonden wij niet zo herkenbaar in de gezondheidszorg. Noch het gebruik van echte lijn-hiërarchie noch het benutten van (inhoudelijke) staforganen is populair in de gezondheidszorg. Pas de laatste jaren is er - onder druk van krimpende middelen - een neiging om meer hiërarchie en ondersteuning van de hiërarchie te construeren. Wij beschouwen dat slechts als een voorlopig antwoord van deze organisaties op de toenemende externe druk, waarmee de medewerkers zich bij lange na nog niet hieraan geconformeerd hebben in hun werkwijze (Van der Krogt en Verhaaren 1986). Het is dus naar onze mening veel meer een optische constructie dan een feitelijke configuratie.

Ook het onderscheid tussen een gedifferentieerde organisatie en procesorganisatie hebben wij niet overgenomen. Bij Marx zijn deze twee modellen op vele aspecten gelijkvormig, ook bij hem is het onderscheid hiertussen beperkter dan ten opzichte van andere modellen het geval is. Een dergelijke beperkte nuancering is in het veld van de ambulante gezondheidszorg (nóg) niet terug te vinden. De voor beide modellen typerende omslag (van een organisatie die is vastgemaakt aan de interne functionele geledingen naar een organisatie die aansluit bij de kenmerken van de markt/klant) is in de gezondheidszorg nog maar mondjesmaat te onderkennen, laat staan dat er al een nuancering in meerdere varianten herkenbaar is.

Derhalve komen we op een driedeling van configuraties in de ambulante gezondheidszorg, waarvan de eerste twee naar onze ervaring goed herkenbaar blijken in

het betreffende veld en de derde configuratie vooralsnog een wat speculatief c.q. ideaal karakter heeft:

1. het model van de individuele afstemming,
2. het model van de collectieve afstemming,
3. het model van de meervoudige afstemming.

Uiteraard kan men per specifieke toepassing (ELGZ of AGGZ) de configuraties meer toespitsen. Hier beschrijven we de modellen wat globaler.

14.4.1 Het model van de individuele afstemming

Dit model komt qua oriëntatie overeen met de segmentale organisatie van Marx. Op *zorginhoudelijk vlak* is hier sprake van een zorgopvatting met een sterk causale oriëntatie (elke klacht is het gevolg van een bepaald somatisch of psychosociaal probleem, dat met een bepaalde behandeling c.q. medicatie aangepakt dient te worden). Zo'n zorgopvatting biedt elke hulpverlener en elke discipline zijn eigen specialistische plaats. Dat is ook de ambitie van de hulpverleners in dit model: in verregaande autonomie een (in technologische en methodische zin) maximale bijdrage kunnen leveren aan de betreffende klacht. De samenwerkingsbehoeften gaan niet verder dan een goede overdracht verzorgen van het ene specialisme naar het andere, voor zover de cliënt een probleem blijkt te hebben dat niet door één specialisme kan worden bediend.

Op *organisatorisch vlak* wensen bovengenoemde autonome hulpverleners een aantal facilitaire voorzieningen zoals vrijgevestigden die ook voor zichzelf creëren in een maatschap. De binding die in deze organisatiedefinitie ligt besloten, reikt niet verder dan afstemming van huishoudelijk-organisatorische kwesties en een goede verdeling van de case load (voor zover deze verdeling niet via geografische indelingen, inschrijvingen per praktijk e.d. al is geregeld). Leiding en beleidsvorming zijn wezensvreemd in deze betekenisgeving van de organisatorische verhoudingen. Beheersmatig ingestelde coördinatoren (lees: ondersteuners) en collectieve beleidsvergaderingen zijn de uiterste differentiatie die dit paradigma toelaat.

De definitie van de *onderlinge relaties* in dit model is die van het verstandshuwelijk: vanuit een zorgvuldig bewaakte afstand tot elkaar is men bereid tot aanpassing en aandacht, waar het werk dat vraagt. Deze onderlinge afstand correspondeert ook goed met een afstand tussen specialist (machtig door zijn expertise) en cliënt (onmachtig door zijn ziekte/klacht). Dit paradigma kent geen andere passie dan de ambachtelijke trots over de eigen expertise; er is weinig vuur in de onderlinge verhoudingen terwille van bijvoorbeeld inhoudelijke ontwikkeling, omdat op dit punt juist geen binding wordt aangegaan. 'Veel individuen in dit model ontplooiën zich

dan ook bij voorkeur buiten het samenwerkingsverband (hobbies, wetenschappelijke activiteiten, eigen praktijk).

Het paradigma achter dit model wordt dus gekenmerkt door begrippen als: individuele autonomie, functionele aanpassing aan elkaar, afstand tot elkaar en tot de cliënt, facilitaire coalitie, geen collectieve (hoogstens individuele) inhoudelijke innovatie.

14.4.2 Het model van de collectieve afstemming

Dit model is goed te vergelijken met de collegiale organisatie van Marx en lijkt nog in tal van opzichten op het model van de individuele afstemming. Het paradigma van de individuele oriëntatie maakt hier echter plaats voor het uitgangspunt van een collectiviteit, dat wil zeggen een multidisciplinair samengestelde groep van professionals die *gezamenlijk* zorg dragen voor de te leveren diensten. Een dergelijke fundamentele wijziging van de professionele beroepsopvatting berust niet alleen op andere organisatorische voorkeuren maar vooral op een andere zorginhoudelijke oriëntatie.

Op *zorginhoudelijk vlak* is hier veel minder sprake van een puur causale benadering, maar van een zorgopvatting die de klacht c.q. het probleem in zijn beloop benadert. Niet zozeer de oorzaak van de klacht staat centraal in de werkwijze van de hulpverlener maar de bredere betekenis die het beloop van zo'n klacht voor het hele functioneren van de cliënt met zich meebrengt. Simpel gezegd: een hartaanval is niet alleen een cardiologisch probleem maar heeft ook werkgelegenheidsaspecten, ook revalidatiekanten, misschien zelfs consequenties voor huwelijk en gezin, wellicht ook voor verdere loopbaan etc. Het perspectief van de cliënt zelf staat meer centraal in de hulpverlening. Dat reduceert de dominantie van het toevallig aan de orde zijnde specialisme in veel gevallen aanzienlijk en maakt een meer collectieve benadering van de cliëntenpopulatie noodzakelijk. Daarmee doen begrippen als gezamenlijke zorgfilosofie (naast individueel-specialistische vakexpertise) en teamverantwoordelijkheid (naast individueel-professionele aanspreekbaarheid) hun intrede: de individuele hulpverlener erkent een collectiviteit als noodzakelijke bedding voor zijn functioneren.

Die noodzakelijk aanvullende omgeving wordt door hulpverleners doorgaans in eerste instantie beperkt gedefinieerd: de collectiviteit houdt op bij de grenzen van de organisatie, maar daarbinnen is zij dan ook behoorlijk sterk aanwezig. In de ontwikkeling van professionele organisaties lijkt dit een begrijpelijke stap: na het uitbreken uit de muren van de individuele autonomie kan men niet meteen de hele wereld omarmen! De organisatorische ruimte wordt dan niet meer beleefd als vol bedreigingen voor de individuele autonomie noch puur als een service-instrument voor de eigen praktijkuitoefening gezien. Het samenwerkingsverband staat ook

voor garanties voor kwaliteit: uitgedrukt in protocollen, een multimethodische intake, super- en intervisie, overleg over zorgvisie en beleidsdoelen, en niet in het minst in een meer geprofileerde leidingsstructuur (een met meer bevoegdheden omgeven teamleider, een gezaghebbend, inhoudelijk directeur, inhoudelijke staf-ondersteuning e.d.).

De definitie van de *onderlinge relaties*, die bij het model van de multidisciplinaire c.q. collectieve afstemming past, is die van de medestrijders: vanuit een gezamenlijk besef dat men individueel te kort schiet, probeert men zich samen optimaal in te zetten om de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren. De passie is hier nadrukkelijk aanwezig: actieve professionalisering en deskundigheidsbevordering vormen vaste elementen in dit denkpatroon. De interne cohesie is sterk en de behoefte aan methodische innovatie groot. Overigens de geest is willig, maar het vlees soms zwak. Dat leidt in een aantal gevallen tot een typische bastaardcultuur (Verhaaren 1987), waarin tal van collectieve rituelen zijn te herkennen maar de individualistische onderstroom nog springlevend is.

Het paradigma achter dit model is dus collectieve verantwoordelijkheid, kwaliteitsbewaking en -innovatie, een scherpe binnen-buiten-beleving en een ambitie om een 'werkelijk integraal aanbod' aan de cliënt te kunnen doen. In dit opzicht is dit model te typeren als een overgangsmodel: in feite staat de individuele professie nog steeds centraal. Er komt iets bij in termen van overleg, gevoel van gezamenlijkheid, waarbij ieders eigen benadering en invalshoek overigens op zich niet ter discussie staan. Individuele verschillen worden toegedekt in plaats van gebruikt. Het collectieve blijkt vaak een lege huls te zijn.

14.4.3 Het model van de meervoudige integratie

Dit model herbergt allerlei kenmerken in zich van de modellen die bij Marx de gedifferentieerde en de procesorganisatie heten. Een wezenlijk onderscheid met de beide vorige modellen is dat het vertrekpunt voor het gezondheidskundig handelen en voor het samenwerken in organisatorisch verband minder ligt in het zorgaanbod maar veeleer in de kenmerken van marktsegmenten, c.q. doelgroepen. Het betreft hier vaak doelgroepen met een multiple of chronische pathologie (thuishulp, psy-chogeriatric, problematische migrantengezinnen, dementie, stresspatiënten etc.). Het model van de collectieve afstemming heeft al tot een beloopbenadering geleid, die disciplinegrenzen minder scherp maakt. Dit besef van toenemende samenhang is in dit derde model nog meer versterkt en leidt tot het vervagen van organisatie-| grenzen. De opdeling in horizontale echelons wordt minder bepalend en maakt plaats voor verticale zorgcircuits (samenwerking eerste-tweedelij, multifunctionele eenheid). De geografische grenzen vervagen zodat bovenregionale voorzieningen mogelijk worden.

De waterdichte schotten tussen verstreking en verzekering worden permeabel en leiden tot nieuwe organisatievarianten (bijv. commerciële diagnostische centra),

Op *zorginhoudelijk vlak* zien we hier hulpverleners die hun causale benadering niet alleen aanvullen met een beloop-oriëntatie maar daarbinnen ook prioriteiten stellen naar bepaalde doelgroepen. Dit tornt zeer aan de gangbare opvatting dat hulpverlening voor ieder beschikbaar moet zijn; vaak uitgelegd als dat generalistische zorg dan ook alle vragen moet kunnen beantwoorden die worden gesteld. Prioriteit bij bepaalde doelgroepen durven leggen houdt in dat men op grond van epidemiologische analyse durft aan te geven welke groepen van cliënten bijzondere voorzieningen nodig hebben en dat men tevens durft aan te geven welke sterke eigenschappen de eigen organisatie heeft (en dus ook op welk terrein men niet zo bijzonder is). Het gezondheidskundig handelen wordt hier verweven met een visie op de cliëntenpopulatie en met een kritische zelfreflectie. Hieruit ontstaan speciale functiegerichte programma's die discipline en echelon overstijgend zijn.

De definitie van een *organisatie* als een exclusief samenwerkingsverband komt in dit model duidelijk op de tocht te staan. Klassieke organisatieconcepten voldoen dan ook steeds minder en men zoekt zijn weg met ideeën als 'loosely coupled systems', modulair organiseren, unitmanagement, netwerken, interorganisaties etc. Vaste organisaties en teams worden hoogstens nog ervaren als uitvalsbasis dan wel thuisbasis, maar het feitelijke werk gebeurt daar tussen in: in een veelheid van circuits, die én redelijk autonoom én redelijk goed verbonden zijn met elkaar (Meurs 1989). Het belang van één centrale intake als het enige verdeelstation neemt af: de onderlinge samenhang staat er borg voor dat de cliënt, waar hij ook in het circuit terecht komt, vanzelf vanuit meerdere optieken aandacht krijgt. De coördinatie dicht bij de cliënt (casemanagement) is daarbij belangrijker dan centrale coördinatiemechanismen. Van leiding wordt een bindende bijdrage verwacht, niet zozeer via beheersmaatregelen maar door inspiratie (mentale binding) en door 'boundary-management' (opereren op de grenzen tussen netwerken).

De definitie van de *onderlinge relaties* is in dit model vanzelf ook minder exclusief teamgeoriënteerd en methodiekgeoriënteerd. De verhoudingen worden juist meer geïndividualiseerd: vertrekken vanuit de eigen kwaliteiten, streven naar individuele excellentie, gekleurd door een persoonlijk commitment met professionele idealen en met de betreffende doelgroepen. Hierin past tevens een persoonlijke aanspreekbaarheid: men wil erkend worden in zijn kwaliteiten maar tegelijk ook afgerekend worden op non-kwaliteit. Kwaliteit moet dus zichtbaar worden en niet verdoezeld. Het netwerkmodel vereist dus individuen die hun kracht meer aan zichzelf dan aan het team of aan hun beroep ontleen, omdat de complexe organisatorische verhoudingen wel veel ruimte maar weinig veiligheid bieden.

Het paradigma achter dit model is dus opgebouwd uit zaken als missie van een organisatie, oriëntatie op doelgroepen, netwerkverbanden en persoonlijk commitment en een wezenlijke verbinding met de cliënt. In feite wordt hier de definitie van de 'hulpverleningsrelatie' (gekenmerkt door afstand tussen de machtige expert en de onmachtige cliënt) vervangen door die van een 'dienstverleningsrelatie' (ik wil het beste van mezelf inzetten om u een dienst te verlenen).

14.5 Van ontwikkelingsbegeleiding naar stervensbegeleiding

De hierboven behandelde modellen zijn in het kader van dit artikel slechts zeer summier beschreven. Toch moge duidelijk zijn dat het hier gaat om een typering van zienswijzen, van organisatiedefinities, van ideologieën en waarden, van paradigma's. Ze zijn zo geformuleerd dat ze appelleren aan het subjectieve keuzeprocess van individuen en pretenderen niet een objectieve werkelijkheid of configuratie te beschrijven. Hieraan ligt de veronderstelling ten grondslag, dat veranderen in een sociaal systeem in eerste instantie niet plaatsvindt door wijziging van structuren en procedures maar door het in beweging komen van de definities die elke individuele deelnemer van zijn/haar situatie hanteert. Door de modellen als subjectieve definities te presenteren, worden de verschillende werkelijkheden gerelativeerd en dichter onder het handbereik van individuen gebracht: je kan je wereld zus zien (en dan is hij ook zus) maar je kan hem ook zó zien (en dan is hij ook zó). Structuurmodellen daarentegen objectiveren de organisatorische situatie en verdichten deze tot enkele statische mogelijkheden. Daardoor krijgen individuen eerder de neiging deze 'realiteiten' als gegeven te beschouwen en zichzelf hiervan als afhankelijk te definiëren. Subjectivering in de (organisatieculturele) modellen doet meer een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van organisatieleden, en die is ook hard nodig bij een ontwikkelingsproces.

Wij hebben in onze adviespraktijk ervaren, dat wezenlijke ontwikkeling in een sociaal systeem voor buitenstaanders wellicht een doorgaande dan wel opgaande lijn laat zien, maar voor de betrokkenen allermint zo'n glad geëffend pad betekent. Net als in de eigen levensloop met zijn crisis in de puberteit, de midlife-crisis e.d. moet een instelling in zijn organisatorische 'carrière' door turbulente perioden en soms diepe dalen. En dan kan een modelmatige ontwikkelingsreeks cognitief wel enige steun bieden (in de sfeer van 'aan het eind van de tunnel zal wel licht gloren') maar emotioneel is dat toch maar een povere motivatie. Wij hebben de indruk dat modellen in de veranderkundige praktijk als positieve voorbeelden van de toekomst niet werkzaam zijn. Hun effect is veel meer gebaseerd op een negatief gebruik ervan: door objectieve werkelijkheden weer te subjectiveren als persoonlijke definities wordt het mogelijk de bestaande conceptie los te laten. Dat is nog geen automatische garantie voor een nieuw paradigma, maar wel de eerst noodzakelijke stap.

Levy en Merry (1986) benadrukken dat wezenlijke omslagen in het organisatorische functioneren, de zogenaamde tweede-orde-veranderingen, altijd gepaard gaan met crisisachtige perioden, die een afscheid van de oude gewoonte markeren. Het oude denken moet sterven en daarover moet de organisatie rouwen. Helpen bij rouwprocessen gebeurt niet door ongeduldig met nieuwe toekomstplannen te zwaaien maar een kans te bieden het verdriet echt te beleven. Het aanreiken van een nieuw model gaat zelfs de crisis tegen en kan zo de ontwikkeling stagneren. Het leidt dan hoogstens tot een eerste-orde-verandering, waarbij de structuren en functies wel wijzigen, maar het denken en functioneren niet. Modellen in descriptieve taal gegoten kunnen natuurlijk wel helpen bij de diagnose - bij het besef van waar staan we nu — maar voor verandering is meer nodig. Daarvoor moeten ze in een normatieve taal worden gegoten, die het initiatief weer bij het individu legt. En bovendien moet men een modellenreeks dan niet hanteren als een treinkaartje voor de toekomst waarin het nieuwe perspectief al volledig gedetermineerd is. Misschien wordt het wel zo, maar niet omdat de modellen dat aangeven. Beweging komt alleen tot stand als de organisatieleden hun oude definities loslaten en zich wezenlijk committeren met nieuwe definities.

Veel instellingen in de ambulante gezondheidszorg staan naar ons idee aan de vooravond van een ontwikkeling naar een derde model (van de meervoudige integratie). De overgang naar dit model impliceert zowel inhoudelijk als organisatorisch en relationeel radicaal andere uitgangspunten, er is eigenlijk sprake van een 'paradigma-shift'. Het betreft dus wel degelijk een verandering van de tweede orde, waarbij afbouwen van en rouwen om de oude gewoontes en werkwijzen nodig zijn om te kunnen toegroeien naar het derde model. Juist in die overgangssituaties is het dus nodig veel energie te steken in 'stervensbegeleiding' alvorens men aan begeleiding van ontwikkelingsprocessen toekomt.

14.6 Schakelen tussen meso- en micro-niveau

Organisatiemodellen zijn geformuleerd op meso-niveau. Maar organisaties zelf veranderen niet. Ze bestaan immers niet objectief, ze vormen slechts een zelfgeconstrueerde definitie van de onderlinge verhoudingen. En nog wel een definitie, die er slechts één is uit de vele van de sociale verhoudingen, die de betrokkenen met elkaar zouden kunnen definiëren. \

Die betrokkenen zijn de enige dragers van verandering. Dat betekent dat het werken met organisatiemodellen in een veranderingsproces maar een beperkte toepassing kent. Ze zijn bruikbaar om organisatieleden zich bewust te maken van hun individuele definities, van hun subjectieve keuzes. Zodra die in beweging komen, helpt het niet om op meso-niveau te blijven interveniëren. Immers de echte dynamiek speelt zich dan op micro-niveau af. Voor de adviseur betekent dit, dat hij of zij zich dan intensief oriënteert op de individuele routes van deelnemers (Verhaaren

1989). Coaching visie-ontwikkeling leergroepen, biografie-analyse e.d. zijn dan meer geëigende interventiemogelijkheden. Zij dienen ertoe dat zeker bij managers van organisaties in (wezenlijke) verandering een bezinningsproces op gang komt enerzijds op de feitelijke eigen kwaliteiten en anderzijds op de nieuwe mogelijkheden van de organisatie. In die fase van herdefiniëren, van revitaliseren, zijn organisatiemodellen naar onze mening van weinig nut. Immers, in het heroriëntatieproces gaat de aandacht vooral uit naar strategische in plaats van vormgevingsvraagstukken en gaan de zorgen over de toereikendheid van de eigen kwaliteiten, Dergelijke kwesties worden nu eenmaal niet in organisatiemodellen beschreven. Zodra nieuwe perspectieven zich gaan aftekenen, kunnen organisatiemodellen weer een handvat bieden voor het ontwerp van een nieuwe toekomst. Niet als blauwdruk maar als mogelijke toekomst, waarin wellicht inspirerende elementen kunnen zitten. Dan is de tijd rijp voor het creëren van nieuwe visies, nieuwe definities van de organisatie. Configuratiemodellen geven daarbij het voordeel dat zij samenhang benadrukken tussen inhoud, organisatie en proces. Dat voorkomt eventuele eenzijdigheden in het nieuwe ontwerp.

14.7 Ten slotte

Dit artikel poogt een aanzet te geven voor een veranderkundig gebruik van configuratiemodellen. Daarbij werden we geholpen door het werken met organisaties in de ambulante gezondheidszorg, die met name in overgangprocessen verkeren. We leerden dat terwille van de beweeglijkheid een normatieve taal nodig is voor de modellen. We leerden eveneens dat meso-interventies maar een betrekkelijke waarde hebben op omslagmomenten. Toch vormt zo'n veranderkundig gebruik van modellen een enorme uitdaging voor een ambachtelijke veranderaar: het vraagt om een juiste mix van objectivering (via configuraties van vele variabelen met een generalistische pretentie) en subjectivering (door het activeren van persoonlijke keuzeprocessen). Juist in die combinatie schuilt het kenmerk van de veranderkundige professie: enerzijds methodisch gefundeerd, anderzijds via de eigen persoon gerealiseerd. Een van de lastigste verleidingen daarbij is om een mogelijk toekomstbeeld niet als nieuwe, algemeen geldende norm neer te zetten. Vanuit de macht der descriptieve, objectiverende gewoonte ligt het voor de hand de toekomst te zien in een rechte lijn met het heden en van daaruit normerend de onzekerheden in de greep te krijgen. Maar wellicht houden we daarmee onszelf en de toekomst aan het lijntje.