

Besluitvorming in het ziekenhuis

Ron van der Pennen



Besluitvorming in het ziekenhuis

Ron van der Pennen

Besluitvorming in het ziekenhuis

Auteur: Ron van der Pennen

Ontwerp cover en uitnodiging: Hetty van der Pennen

Ontwerp binnenwerk: Bregje Jaspers, Ontwerpbureau STUDIO 0404

Drukwerk: Ipskamp drukkers

ISBN/EAN: 978-94-028-0222-1

© 2016 Ron van der Pennen

No part of this thesis may be produced in any form or by any means without written permission of the author or of the publisher holding the copyright of the published articles.

Besluitvorming in het ziekenhuis

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan Tilburg University
op gezag van de rector magnificus,
prof.dr. E.H.L. Aarts,
in het openbaar te verdedigen ten overstaan van een
door het college voor promoties aangewezen commissie
in de aula van de Universiteit

op vrijdag 2 september 2016 om 10.00 uur

door

Ronnie Marinus Adrianus van der Pennen

geboren op 13 augustus 1980 te 's-Hertogenbosch

Promotiecommissie

Promotores:

Prof.dr. H.J.J.M. Berden

Prof.dr. K. Putters

Copromotor:

Dr. C.J. Kruijthof

Overige leden:

Prof.dr. P.L. Meurs

Prof.dr. P.H.A. Frissen

Prof.dr. A. Klink

Prof.dr. J.A. Roukema

Decision making in Dutch hospitals

Besluitvorming in het ziekenhuis

Inhoudsopgave

DEEL 1: Context en theoretische concepten van het onderzoek	11
1. Besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten	13
1.1 Typerende problematiek	14
1.2 Brede verkenning	16
1.3 Essentie van brede verkenning	32
1.4 Het onderzoek	33
1.5 Hybriditeit	35
1.6 'Strategic triangle'	41
1.7 Onderzoeksaanpak	45
1.8 Afbakening	50
1.9 Relevantie	52
1.10 Leeswijzer	54
Literatuur	56
2. Governance in Dutch hospitals	61
2.1 Introduction	64
2.2 Governance	65
2.3 Networks	67
2.4 The Dutch healthcare system	71
2.5 Governance in health care	79
2.6 Conclusion	84
References	88
3. Governance in Nederlandse ziekenhuizen: een model voor systematische diagnose en interventie	91
3.1 Inleiding: zorgvuldigheid in besluitvorming	94
3.2 Diagnostisch model	95
3.3 Dreigende sluiting OK-complex	100
3.4 Methoden	101
3.5 Resultaten	103
3.6 Conclusies	107
3.7 Bijdrage van het diagnosemodel	108
Literatuur	112

DEEL 2: Empirisch onderzoek	115
4. Imperfect Performance: A Case Study on the Pay-for-Performance Instrument for Physicians in Dutch Hospitals	117
4.1 Introduction	120
4.2 The Dutch hospital system	122
4.3 Outline of P4P Policy	127
4.4 P4P	129
4.5 Methods	132
4.6 Results	133
4.7 Conclusion	136
4.8 Discussion	140
References	144
5. The closing of an operation theatre: a case study	147
5.1 Introduction	150
5.2 Relevant actors in a hybrid context	151
5.3 Methods	153
5.4 Case description	155
5.5 Results	163
5.6 Conclusions	166
5.7 Discussion	169
Literature	172
6. Does physicians' performance assessment improve good hospital governance?	175
6.1 Introduction	178
6.2 The Dutch hospital system	180
6.3 Performance assessment for individual physicians	184
6.4 Methods	186
6.5 Results	188
6.6 Discussion	193
References	196

DEEL 3: Conclusies en discussie	199
7. Bevindingen en conclusies	201
7.1 Inleiding	202
7.2 Analyse	206
7.3 Conclusie: besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten	223
7.4 Discussie	232
7.5 Reflectie op het onderzoek	234
7.6 Toekomstige ontwikkelingen	236
Literatuur	240
Samenvatting	243
Dankwoord	251
Curriculum Vitae	255

DEEL 1

Context en theoretische concepten
van het onderzoek

HOOFDSTUK 1

**Besluitvorming tussen raad van bestuur
en medisch specialisten**

1. Besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten

1.1 Typerende problematiek

Als aanleiding van en achtergrond bij deze studie, en ook als typering van de onderzochte problematiek, volgt onderstaand een kenschetsende casebeschrijving die een goede inkijk biedt in de kern van dit onderzoek:

In december 2010 besluit de raad van bestuur van het (toenmalige) Ruwaard van Putten ziekenhuis een onderzoek uit te laten voeren naar de achterliggende oorzaken van de sterk afwijkende uitkomsten die bleken uit de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Bij bepaalde cardiologische aandoeningen bleek sprake te zijn van verhoogde en vermijdbare sterfte. Als resultaat van dit onderzoek sommeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in november 2012 dat het ziekenhuis voor zes maanden onder verscherpt toezicht komt van de IGZ. Tevens geeft de IGZ het bevel dat vier cardiologen tot nader order geen zorg meer mogen verlenen. In de zomer van 2013 blijkt dat het ziekenhuis niet langer over voldoende financiële middelen beschikt, waarop het ziekenhuis failliet wordt verklaard.

De Onderzoeksraad Voor Veiligheid (OVV) constateert in zijn onderzoeksrapport naar het Ruwaard van Putten dat "het professioneel handelen ... te wensen over liet" (OVV, 2013). Daarnaast constateert de OVV ook dat op het niveau van de organisatie sprake is van verstoorde verhoudingen tussen de medische staf en de raad van bestuur. Beiden zijn met elkaar in een "patstelling geraakt", zo verwoordt de OVV deze relatie. "Het gedeeld belang, in het bijzonder de verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede en veilige zorg, was op de achtergrond geraakt" (OVV, 2013). De OVV wijst er in dit licht op dat een goede sturing door en samenwerking tussen medische staf en raad van bestuur de kwaliteit van zorg bevorderen. Ook in zijn aanbevelingen wijst de OVV nadrukkelijk op de samenwerking tussen raad van bestuur en medische staf. De OVV stelt dat vertrouwen in een goede relatie onvoldoende waarborgen biedt voor kwaliteit en veiligheid van zorg. "Tussen hen moet als het ware sprake zijn van een sociaal contract; een gedeeld besef dat zij als partners elkaar nodig hebben en een wederzijdse bereidheid om een deel van de eigen autonomie op te geven" (OVV, 2013). De structuur waarin beiden samenwerken moet daarbij de onderlinge verstandhouding ondersteunen. Ter afsluiting roept de OVV op het voornoemde sociaal contract bespreekbaar te maken, niet alleen tussen bestuur en medische staf, maar tussen alle in- en extern betrokken partijen.

Ook de IGZ deed onderzoek naar de situatie in het Ruwaard van Putten ziekenhuis. De IGZ constateert dat de zorgverlening in het Ruwaard van Putten ziekenhuis kwalitatief onvoldoende was in de periode waarop het onderzoek betrekking heeft. Ten aanzien van de besturing van het ziekenhuis en het toezicht hierop is de IGZ helder: beiden zijn onvoldoende. “Het belang van de patiëntenzorg stond niet centraal en werd door individuele en financiële belangen overschaduwd” (IGZ, 2013). De raad van toezicht, de raad van bestuur (in verschillende samenstellingen) en de Vereniging Medische Staf handelden niet zoals volgens vigerende normen van hen verwacht mag worden. In de cultuur die daardoor bestond, zo concludeert IGZ, “kon kwalitatief goede en veilige zorg onvoldoende tot ontwikkeling komen” (IGZ, 2013).

De conclusies en aanbevelingen van de IGZ en van de OW wijzen op een probleem rondom de governance van het ziekenhuis op organisatorisch en relationeel gebied tussen partijen. Daarbij gaan beide rapporten specifiek in op de besturing van het ziekenhuis en de rol hierin van zowel raad van bestuur als medische staf. Het is niet helder hoe partijen afzonderlijk en met elkaar omgaan met de belangen van patiëntveiligheid, kwaliteit van zorg, financiën, accreditaties, naleving van protocollen en (verdeling) van verantwoordelijkheden, etc. De diverse belangen en argumenten vanuit de omgeving van het ziekenhuis zijn allemaal van invloed en lopen volgens de beide onderzoeksrapporten ongestructureerd door elkaar heen. Daarbij komt dat de belangen niet automatisch een weerslag, of een voor kwaliteit en veiligheid uiteindelijk effectieve weerslag krijgen in de besluitvorming waarin de raad van bestuur en de medische staf samen optrekken. De OW verwoordt het als volgt: “Uit het onderzoek blijkt dat het centrale probleem binnen het Ruwaard van Putten ziekenhuis was dat de raad van bestuur en de medisch specialisten niet tot een gezamenlijke, integrale sturing van het ziekenhuis kwamen. Er bestond een patstelling waarin beide partijen vasthielden aan hun eigen positie en belangen” (OW, 2013).

De beschreven casuïstiek van het (voormalige¹) Ruwaard van Putten ziekenhuis geldt als typerende en treffende illustratie van de problematiek die centraal staat in dit onderzoek. De case geeft inzicht in de besturing van het ziekenhuis, waarbij diverse aspecten die daarbij horen naar voor komen. Zo blijkt dat de besturing van het ziekenhuis niet enkel een aangelegenheid van de raad van bestuur is. De medisch specialisten hebben er een belangrijke rol in, wat ook geldt voor externe partijen. Uit de case blijkt dit bijvoorbeeld uit de rol van de IGZ, maar ook patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten hebben invloed op de besturing van het

¹ Op 24 juni 2013 is het Ruwaard van Putten ziekenhuis failliet verklaard. Het ziekenhuis is daaropvolgend door drie andere ziekenhuizen overgenomen: het Maasstad ziekenhuis, het Ikazia ziekenhuis en het Van-Weel Bethesda ziekenhuis. Het nieuwe ziekenhuis is – in afgeslankte vorm – verder gegaan onder de naam Spijkenisse Medisch Centrum.

ziekenhuis. Daarnaast roept de case de vraag op: wie heeft het dan eigenlijk voor het zeggen en wat is dat waard? Aansluitend op de actuele discussie in politiek en de sector zelf, sluit dit aan op het governance-debat in de zorg. In het verlengde speelt ook – en eveneens herkenbaar in de voornoemde case – dat de partijen die betrokken zijn bij de besturing van het ziekenhuis uiteenlopende belangen, uitgangspunten en oriëntaties hebben over wat ‘goed’ is voor het ziekenhuis en voor zijn omgeving. Deze uiteenlopende oriëntaties en overwegingen zijn niet zelden tegengesteld aan elkaar. Consequentie hiervan is dat het daardoor niet ‘zomaar’ vast te stellen is wanneer besturing adequaat is. Aansluitend op de governance-discussie, past hier de term legitimiteit.

Kortom, de case van het voormalige Ruwaard van Putten ziekenhuis roept meerdere vragen op die samenhangen met besluitvorming in het ziekenhuis. Dit is interessant met het oog op de toekomst van het ziekenhuis. De Nederlandse ziekenhuizen begeven zich in een krachtenveld waarin de komende jaren verschillende uitdagingen aan de orde zijn. Daarbij komen vraagstukken aan bod die van existentiële aard zijn, zoals de portfoliodiscussie, samenwerkingsvraagstukken en grote investeringen in ICT of gebouwen. Op deze dossiers dient besluitvorming plaats te vinden en bij voorkeur zodanig dat partijen in en om het ziekenhuis deze besluiten als legitiem bestempelen. Er moet binnen en buiten het ziekenhuis voldoende draagvlak zijn voor genomen besluiten. Dit roept de volgende, algemene en breed geformuleerde vraag op: hoe ziet besluitvorming in een ziekenhuis er eigenlijk uit?

1.2 **Brede verkenning**

1.2.1 **Inleiding**

De problematiek volgend uit de casuïstiek in de vorige paragraaf en de algemeen geformuleerde vraag, werpen diverse begrippen en concepten op die samenhangen met de besluitvorming in een ziekenhuis. Enkele hiervan zijn reeds benoemd: governance, besturing, waarden en legitimiteit. Als brede verkenning van de algemene vraag over besluitvorming in een ziekenhuis, worden navolgend verschillende begrippen en concepten beschreven die samenhangen met deze vraagstelling. Ze zijn geordend naar vier categorieën:

- Omgeving van het ziekenhuis;
- Besturing van het ziekenhuis;
- Betrokken partijen in het ziekenhuis;
- Raad van bestuur en medisch specialisten.

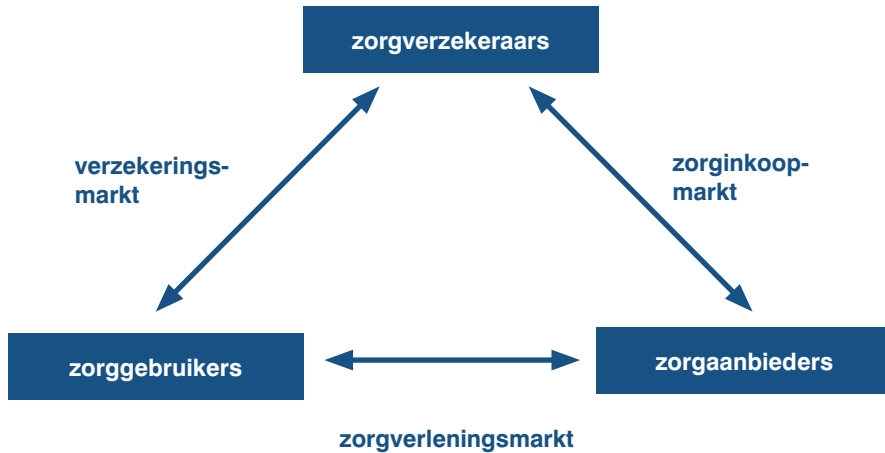
Aan de hand van de brede verkenning in deze paragraaf, volgt in paragraaf 1.3 een beschrijving van de essentie van deze brede verkenning. Deze vormt de opmaat voor het specifieke onderwerp van dit onderzoek.

1.2.2 Omgeving van het ziekenhuis

Beschrijving krachtenveld

De afgelopen jaren is gebleken dat er binnen de Nederlandse ziekenhuissector geen sprake is van een status quo. Denk bijvoorbeeld aan de invoering van een nieuw declaratiesysteem in 2010 (DOT-systeem), het macrobeheersinstrument dat volgde uit het hoofdlijnenakkoord 2012 – 2015, toenemende transparantie-eisen (o.m. indicatorensets), de integrale bekostiging in 2015, etc. De dynamiek binnen de sector is groot en tal van ontwikkelingen zorgen voor onzekerheid ten aanzien van de toekomst van ziekenhuizen in Nederland. Dit heeft te maken met de waarneming dat een ziekenhuis van buiten naar binnen georganiseerd wordt. “Voor een ziekenhuis zijn de ontwikkelingen in de omgeving maatgevend. Daarop wordt de organisatie aangepast en dat steeds opnieuw” (Berden, 2009). In aanvulling geldt evenwel dat deze oriëntatie niet volledig opgaat. Vanzelfsprekend geldt ook dat sommige zaken van binnen naar buiten georganiseerd worden, zoals de inrichting van poliklinische spreekuren. De patiënt voegt zich hier naar de aangeboden plaatsen en dus de beschikbaarheid van het aanbod. Desalniettemin zijn de ontwikkelingen in de omgeving van het ziekenhuis maatgevend voor de manier waarop het ziekenhuis – op hoofdlijnen – georganiseerd is.

Aan de hand van een veelgebruikt model, afkomstig uit de gezondheidseconomie, wordt een aantal ontwikkelingen beschreven. Omdat het ziekenhuis (in de figuur ‘zorgaanbieders’) in dit onderzoek centraal staat, gaat het hier om de relatie tussen ziekenhuis en patiënt (de zorgverleningsmarkt) en die tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar (de zorginkoopmarkt). Die tussen zorggebruikers en zorgverzekeraars wordt buiten beschouwing gelaten. Als kader voor onderstaande indeling geldt de zorgverzekeringswet (Zvw) uit 2006 die deel uit maakt van de stelselherziening gericht op de invoering van gereguleerde concurrentie.



Figuur 1: Schematische weergave zorgsector (Bron: Lapré, Rutten & Schut, 1999)

Ziekenhuis – zorgverzekeraar

Kern van de relatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar is de in- / verkoop van zorg. De zorgverzekeraar koopt zorg in bij het ziekenhuis. Als gevolg van nieuwe regelgeving zijn zorgverzekeraars met ingang van 2012 verantwoordelijk voor kostenoverschrijdingen, waardoor zij een prikkel hebben om selectief in te kopen. Het voornaamste verschil met de inkoop voor 2012 is dat zorg in de voorgaande periode ingekocht werd aan de hand van een 'lumpsum'. De onderhandeling ging over het bedrag dat het ziekenhuis te 'besteden' had: niet over de inhoud van de aangeboden zorg. Met de opkomst van selectieve inkoop is de inhoud van zorg een belangrijk deel van de onderhandeling geworden. Selectieve inkoop beoogt effecten op twee fronten: het verhogen van de kwaliteit van zorg en het beperken van uitgaven aan zorg op macroniveau.

Naast de beide voornoemde effecten, beïnvloedt de selectieve zorginkoop ook het productportfolio van de ziekenhuizen. Andere ontwikkelingen hebben daar ook directe invloed op. Zo is er veel discussie over de scheiding tussen eerste, tweede en derdelijnszorg en daaraan gekoppeld de vraag welke zorg waar aangeboden moet worden. Substitutie is in dit kader een veelgehoorde term: de verschuiving van zorg van bijvoorbeeld de tweede naar de eerste lijn. Zo is het denkbaar dat bepaalde zorg uit het ziekenhuis binnenkort aangeboden wordt in huisartspraktijken, zoals de zorg voor chronische hartpatiënten of zorg rondom COPD (Chronische Obstructieve Longziekten).

Zorgverzekeraar De Friesland herschikt alle medische voorzieningen in de provincie. Zo zullen voortaan complexe ingrepen nog maar in één ziekenhuis in de provincie worden uitgevoerd, kunnen vrouwen straks niet meer in alle vijf de Friese ziekenhuizen bevallen en moeten huisartsen de zorg aan diabetes- of astmapatiënten overnemen. Het is de eerste keer dat een zorgverzekeraar zo drastisch in de dagelijkse praktijk van ziekenhuizen ingrijpt...Met dit ingrijpen wil De Friesland de kosten van medische behandelingen in de provincie verlagen. De afgelopen jaren stegen deze in Friesland sterker dan in de rest van het land (Bron: NRC Handelsblad, 4 juni 2011).

Van cruciaal belang in de inkooprelatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar is het belang van de patiënt en de verzekerde. Zorgverzekeraars kijken continu naar het belang van verzekerden en spelen hierop in, hetgeen onder andere blijkt uit veranderende zorgpolissen. Daarbij moeten zorgverzekeraars onderling borgen dat de patiënt vrijheid heeft in de keuze van een polis en moet de patiënt over voldoende informatie kunnen beschikken om een goede afweging te maken. Parallel aan de lage prijzen in de zorginkoop met zorgverzekeraars speelt het belang van de verzekerde om de kosten voor de zorgpremie zo laag mogelijk te houden. Een actuele ontwikkeling in dit kader is de opkomst van de budgetpolissen. Een goedkope(re) polis die veelal jonge en gezonde mensen trekt. De vraag daarbij is of met deze polissen voldaan wordt aan de zorgplicht: kan er binnen de grenzen van dit type polissen toch tijdig en binnen redelijke afstand zorg verleend worden aan de patiënt? De inkoopcontracten met zorgaanbieders geven hierover (ook) uitsluitel. Daarop sluit aan dat duidelijk moet zijn welke risico's gepaard gaan met dit type polissen. Maatschappelijk en binnen de ziekenhuizen is er veel terughoudendheid ten aanzien van dit type polissen.

Daarnaast geldt ook dat zorgverzekeraars zich bezig houden met de kwaliteit van medisch specialistische zorg. Als voorbeeld kan gewezen worden op volume-eisen voor bepaalde ingrepen die zorgverzekeraars stellen. Naast dit type systeemeisen zijn zorgverzekeraars in toenemende mate geïnteresseerd in de kwaliteit die de medische staf levert.

Ziekenhuis – patiënt

De positie van de patiënt in het zorglandschap is aan verandering onderhevig. De patiënt wordt in toenemende mate beschouwd als een rationale speler die weloverwogen keuzes en afwegingen maakt (zie ook RVZ, 2010a). Deze veronderstelling ligt ten grondslag aan de kanteling van aanbod- naar vraagsturing in de zorg. Daarmee is de patiënt verworden tot de derde partij – naast zorgaanbieders en verzekeraars – in de zorgmarkt en specifiek in de werking ervan in termen van *checks and balances*.

De toegenomen centrale rol van de patiënt als rationele speler is echter niet onomstreden. In 2008 publiceerde het Instituut voor Beleid en Management van de Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit een quick scan betreffende de positie van de patiënt in de zorgmarkt (Grit, et al, 2008). Vraagstukken die zij oproepen zijn onder meer het dreigende gevaar van de dwingende patiënt en het toenemen van de verschillen tussen patiënten. Ook benoemen zij de inzet van marktinstrumenten en het potentiële gevaar van verdelende rechtvaardigheid. “Nemen de verschillen in de kwaliteit van zorg toe doordat de meest zwakke, kwetsbare en slecht georganiseerde groep van zorggebruikers het minst gebruik maakt van de aangereikte mogelijkheden? In hoeverre dreigen door een beleid dat zich richt op het versterken van de positie van de zorggebruiker de verschillen in zorg (weer) groter te worden? Leidt marktwerking tot meer pervers en strategisch gedrag (gaming en risicoselectie)?” (Grit et al, 2008).

In de besturing van het ziekenhuis is de veranderende rol van de patiënt ook herkenbaar. Zorginstellingen betrekken patiënten, op collectief en op individueel niveau actief in de verbetering van kwaliteit en veiligheid. De rol van cliëntenraden is hiervan een voorbeeld. Maar ook de invloed van patiënten door middel van het invullen van kwaliteitsenquêtes of andere kwaliteitsinformatie (bijvoorbeeld websites waarop patiënten hun ervaringen kunnen aangeven, zoals www.zorgkaart.nl) en spiegelgesprekken met medisch specialisten. Voorts geldt ook dat in diverse monitoringsystemen de invloed van de patiënt groeiend is. De patient-tracers van de Joint Commission International² zijn hiervan een duidelijk voorbeeld. De interactie tussen bestuur en patiënt op al deze facetten en niveaus wordt door de RVZ (2013) geduid als voorwaarde voor ‘goed bestuur’.

Voor de volledigheid moet vermeld worden dat in de relatie tussen ziekenhuis en patiënt een onderscheid aangebracht moet worden in twee rollen. In de eerste plaats de rol van de patiënt die daadwerkelijk een zorgvraag / -behoefte heeft, in de tweede plaats de burger die mogelijk patiënt wordt. In beide gevallen is het voor ziekenhuizen van belang dat de kwaliteit van de zorg op peil is en de toegankelijkheid hoog. Beide aspecten van de zorg zijn voor het ziekenhuis cruciaal om de (potentiële) patiënt aan zich te binden. Wat hiermee samenhangt is de redenering dat wanneer patiënten zich binden aan het ziekenhuis, daarmee de zorgverzekeraar een andere positie in het krachtenveld krijgt ten opzichte van patiënt en ziekenhuis. De sturing die de zorgverzekeraar nastreeft wordt verminderd, wanneer de patiënt zelf de voorkeur voor een ziekenhuis bepaalt. Derhalve spelen ziekenhuizen in toenemende mate in op de belangen van patiënten door toegankelijkheid en kwaliteit aantoonbaar te verbeteren en dit in hun uitingen naar de buitenwereld te tonen.

Als laatste punt in de relatie ziekenhuis – patiënt is het van belang onderscheid te maken tussen deze relatie en die van de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Waar het ziekenhuis de patiënt

ziet als collectief van patiënten ($n = \text{veel}$), volgend uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI), gaat het in de relatie tussen medisch specialist en patiënt om de unieke patiënt ($n = 1$), zoals vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De focus van ziekenhuis en medisch specialist op 'de patiënt' is daarmee niet automatisch gelijk.

De medisch specialist heeft zijn focus op de zorg voor de individuele patiënt. Het belang van de individuele patiënt is leidend in de zorgverlening door de medisch specialist (conform de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)). Daarentegen ligt de focus van de raad van bestuur op het collectief van patiënten. Deze focus is verankerd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI):

Een chirurg uit zijn bezorgdheid aan de raad van bestuur over de lange aanrijtijd (30 minuten) van de radiologisch laborant wanneer deze niet in huis is. De reden hiervoor was dat een patiënt erg lang (te lang naar de mening van de chirurg) moest wachten tot het noodzakelijke onderzoek uitgevoerd kon worden. De raad van bestuur antwoordt dat deze norm al sinds jaren wordt gehanteerd en er zich sinds deze periode geen calamiteit of onveilige situatie heeft voorgedaan. Daarbij komt dat het alternatief zou betekenen dat een aanwezigheidsdienst ingericht moet worden, welke een investering van 1,5 FTE laborant op jaarbasis vereist. Aangezien het een enkel incident betreft blijft de raad van bestuur bij het standpunt dat 30 minuten aanrijtijd acceptabel is.

Legitimiteit

De discussie over legitimiteit is herkenbaar in de beschreven casuïstiek aan het begin van dit hoofdstuk. Het ziekenhuis ontleent zijn bestaansrecht aan de mate waarin deze aan de eisen en waarden, die de omgeving stelt, tegemoet komt. De case geeft inzicht in de twijfel die er bestaat over of, en zo ja hoe, de waarden zijn weerslag krijgen binnen besluitvorming in het ziekenhuis.

Kenmerkend voor instituties is dat hun werkwijzen zelden bekritiseerd worden (zie o.m. Frissen et al., 2014). Echter, binnen de ziekenhuissector lijkt er in toenemende mate sprake van discussie over de legitimiteit van ziekenhuizen, met als gevolg dat ook de effectiviteit van het ziekenhuis in twijfel wordt getrokken (Commissie behoorlijk bestuur, 2013; Schraven, 2012; RVZ, 2009; Meurs & Van der Grinten, 2005). Dit maakt de legitimiteit van ziekenhuizen tot een belangrijk thema in de sector.

² Joint Commission International (JCI) is een internationale accreditatie ter verbetering van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg binnen ziekenhuizen.

Suchman (1995) duidt legitimiteit als “de algemene perceptie dat de acties van een organisatie gewenst, juist en passend zijn binnen een bepaald (sociaal gevormd) systeem van normen, waarden, opvattingen en definities.” Daarmee wordt het handelen van organisaties verondersteld in overeenstemming te zijn met de verwachtingen en belangen van betrokken partijen en de normatieve kaders die hierbij horen.

Parallel aan Suchman (1995) is de vraag daarbij welke partij of partijen het ziekenhuis (h)erkennen en steunen als zijnde de organisatie die geëigend is de aangewezen taak uit te voeren. Vragen die daarbij horen zijn onder meer: van wie is het ziekenhuis? Voor wie moet het ziekenhuis er zijn? Wat is de functie of taak van het ziekenhuis? Wie beoordeelt of het ziekenhuis deze functie(s) juist uitvoert? Op welke gronden? De legitimiteit van ziekenhuizen ligt daarbij niet enkelvoudig in de handen van patiënten, zijn afnemers. Een veelheid van partijen in de omgeving van het ziekenhuis ‘claimt’ (een deel van) deze legitimiteit. Om daar invulling aan te geven hanteren zij allen eigen mechanismen van verantwoording, die lang niet altijd overeenkomen met elkaar.

Evenals andere maatschappelijke organisaties ontleent het ziekenhuis zijn legitimiteit aan een wettelijke basis. “Maar zij danken hun bestaan vooral aan een ‘eigen’ publiek in de ‘civil society’ en op de markt, dat de organisatie waardevol, betekenisvol en noodzakelijk vindt” (RMO, 2009). In lijn met Suchman (1995) betekent dit dat er een publiek is dat het ziekenhuis steunt als de aangewezen organisatie om de taak uit te voeren of dienst te verlenen. Het is echter de vraag of ziekenhuizen automatisch kunnen rekenen op de publieke erkenning en het vertrouwen dat zij nodig hebben om hun maatschappelijke taak uit te kunnen voeren. Patiënten, zorgverzekeraars, media en politiek uiten met regelmaat hun onvrede over de handelwijzen van ziekenhuizen, waarbij zij erop wijzen dat deze niet altijd overeenstemmen met de gangbare waarden die de maatschappij van ziekenhuizen verwacht, zoals ten aanzien van kwaliteit van zorg. Er bestaat dus een spanning tussen waarden die het ziekenhuis levert/produceert en de waarden die blijken uit besluitvorming. Hiermee komt de legitimiteit van besluitvorming onder druk te staan.

Waarden

Naast het belang van waarden binnen de discussie over legitimiteit van het ziekenhuis, spelen binnen het ziekenhuis grote vraagstukken. Voorgaand zijn reeds enkele hiervan benoemd. De besturing van het ziekenhuis gaat daarmee over existentiële zaken en dus over waarden. Onderstaand wordt dit concept ‘waarde’ verder toegelicht.

Parsons (1960) geeft aan dat een waarde gezien kan worden als een factor die richtinggevend is voor het gedrag en handelen van partijen. De waarde bepaalt de richting waarop een actor zijn handelingen baseert of zoveel mogelijk baseert. Doordat waarden waarneembaar of herkenbaar zijn in het gedrag van partijen, kunnen waarden beschreven en geduid worden. Daarbij is gedrag

een verzameling handelingen. De mate van zinnigheid hangt direct samen met de waarde die de desbetreffende actor nastreeft. Een waarde is namelijk te zien als de betekenis van waaruit de actor handelt. Dit betekent ook dat een waarde zichtbaar wordt in een bepaalde situatie en dat deze altijd, direct of indirect, tot uiting komt in het gedrag van een actor of de gedragingen van meerdere actoren en dus als zodanig herkenbaar is.

Er bestaat geen eenduidige definitie van het concept waarden. Verschillende onderzoeksgebieden – sociologie, filosofie, psychologie – hanteren diverse definities en interpreteren het begrip op uiteenlopende wijzen. Bekend is bijvoorbeeld dat de Duitse socioloog Lautmann in zijn studie naar waarden bijna 180 verschillende definities aantrof in de 4.000 door hem bestudeerde boeken (Halman, 1991). In haar werk geeft Rohan (2000) een overzicht van definities van waarden door verschillende auteurs. Het is binnen dit onderzoek niet noodzakelijk al deze definities en interpretaties ervan de revue te laten passeren. Toch is op basis van een aantal overkoepelende elementen een operationele definitie voor het begrip 'waarde' op te stellen. Kern daarvan is dat een waarde te duiden is als een opvatting over 'het wenselijke' en dat er sprake is van een morele lading die samenhangt met deugden, principes en idealen.

Shalom Schwartz is grondlegger van de 'theory of basic values' waarin hij onder meer de generieke kenmerken van waarden beschrijft. Volgend op deze theorie geven Schwartz & Bilsky (1987) een aantal overeenkomstige elementen uit de verscheidenheid aan definities van waarden. Zij geven aan dat waarden:

- a) concepten of overtuigingen zijn;
- b) gaan over wenselijke eindsituaties of gedrag³;
- c) een algemeen karakter hebben en specifieke situatie overstijgen;
- d) richtlijnen voor gedrag en gebeurtenissen zijn, of voor evaluatie daarvan, en
- e) gerangschikt worden naar het relatieve belang ervan.

Verder zijn waarden te beschrijven langs de lijn van individu en collectief. Zo stellen Becker e.a. (1983) dat waarden van het individu samen vallen met behoeftebevrediging, terwijl waarden op een algemeen (collectief) niveau verband houden met doeleinden en richtlijnen voor gedrag. Binnen de context van dit onderzoek, wordt het begrip 'waarde' alleen op het collectieve vlak toegepast. En hoewel waarden een algemeen karakter hebben, betekent het niet dat iedereen deze waarden automatisch aanhangt.

³ Rokeach (1973) spreekt hierbij over zogenaamde eindwaarden (terminal values), die iets zeggen over een te bereiken status of doel en over instrumentele waarden (instrumental values) die refereren aan sociaal wenselijk gedrag. Daarbij kunnen de instrumentele waarden aangewend worden om bepaalde eindwaarden te realiseren.

Als er over waarden wordt gesproken, valt haast altijd ook het begrip normen. Normen geven de standaard weer voor goed of fout. Waarden geven de richting voor gedrag en de norm zegt iets over het goed of fout van dit gedrag. Binnen de sociologie wordt het onderscheid tussen beiden als zodanig geduid⁴.

In de analyse van 'waarden' verdient het onderscheid ervan met 'belangen' ook een toelichting. Een strikt onderscheid tussen beiden kan analytisch gemaakt worden, maar in de praktijk is het onderscheid niet altijd duidelijk. Er is sprake van belangen wanneer 'eigen voordeel' in het geding is. Meykamp et al (1992) stellen dat "iets in iemands belang is als het gaat om een handeling, maatregel of praktijk die bijdraagt aan het persoonlijk welzijn van de betrokkene en ook als zodanig wordt gearticuleerd." Daarmee is een belang tastbaarder en concreter dan een waarde. Het kan wel degelijk zo zijn dat belangen en waarden samenvallen, maar het tegengestelde is evengoed mogelijk.

Waarden worden gezien als richtinggevend voor gedrag, ofwel gedrag is een uiting van waarden. Daaruit zou ten onrechte geconcludeerd kunnen worden dat waarden de enige richtinggevende factor zijn voor het handelen van partijen. Naast waarden zijn ook andere factoren van belang, waarin met name de concrete context van gedrag een rol speelt. Denk bijvoorbeeld aan de groepsdruk die mensen 'dwingt' tot bepaald gedrag, of aan een organisatorische context waarin op basis van een formele of informele hiërarchie opdracht tot bepaald gedrag gegeven kan worden. In de analyse van gedrag geldt de concrete context waarbinnen gehandeld wordt derhalve als belangrijk aspect.

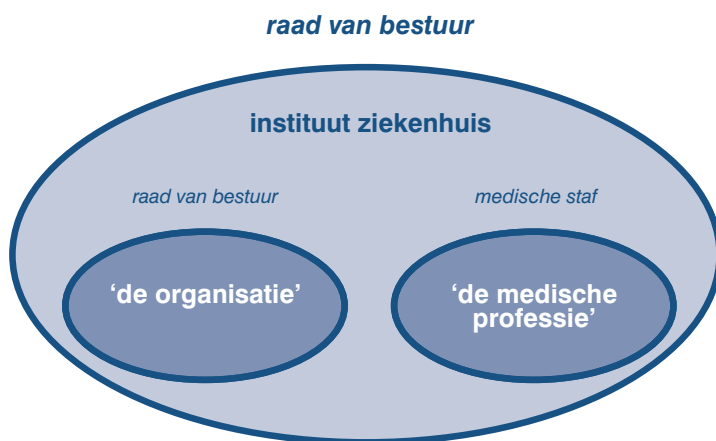
De voorgaande ontwikkelingen geven inzicht in het krachtenveld waarin de Nederlandse ziekenhuizen acteren en de 'countervailing power' tussen ziekenhuis, patiënt en zorgverzekeraar. Daarnaast geldt dat de rol van de politiek/overheid en de rol van de samenleving hierin belangrijke factoren zijn. Dit krachtenveld is de context waarin het ziekenhuis opereert en zijn bestaansrecht moet rechtvaardigen. Legitimiteit en waarden zijn daarbij belangrijke concepten in het licht van besluitvorming en de interactie tussen ziekenhuis en omgeving.

1.2.3 Besturing van het ziekenhuis

Het ziekenhuis

Het instituut ziekenhuis kent twee constituerende entiteiten: de organisatie enerzijds met daarin raad van bestuur, verpleegkundigen, bedden, etc. en de medische professie anderzijds (zie figuur 2)⁵. Deze tweedeling is ook herkenbaar in de begrippen governance en besluitvorming, zoals later wordt toegelicht. Meurs (2014) hanteert de term 'boedelscheiding' die het wij-zij denken versterkt. "De boedelscheiding heeft geleid tot een vervreemding van partijen ten opzichte van elkaar met een eenzijdige nadruk op positie-denken" (Meurs, 2014). Binnen

deze 'boedelscheiding' is sprake van twee werelden die beiden een eigen handelingslogica hebben en derhalve een ander waardepatroon wat ten grondslag ligt aan hun handelen en hun legitimiteit. Zo zal de medisch professional zijn legitimiteit primair ontleenen aan deskundigheid, specialisatie en organisatie binnen zijn vakgebied, terwijl de raad van bestuur – als representant van de organisatie – legitimiteit ontleent aan het creëren van voorwaarden voor de continuïteit van de organisatie als geheel.



Figuur 2: Conceptuele weergave van het ziekenhuis

Ook de wettelijke verantwoordelijkheidsverdeling naar individuele patiëntenzorg tussen de medisch specialist en eindverantwoordelijkheid voor het ziekenhuis – met daarbinnen tevens de wettelijke eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, ook op het niveau van de individuele patiëntenzorg – voor de raad van bestuur, maakt duidelijk dat er sprake is van twee werelden. Deze twee zijn juridisch van elkaar gescheiden, maar kennen in de praktijk overlap. Want de raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor het handelen van de medisch specialist. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ) wijst in dit licht op het delen van de macht tussen bestuur en medici. “De kunst is de systeemverantwoordelijkheid van de raad van bestuur en de individuele verantwoordelijkheid van de professional voor de op de individuele patiënt gerichte zorg aanvullend aan elkaar te laten zijn” (RVZ, 2010b).

⁴ Voor een nadere analyse over waarden en normen, zie 'Waarden, normen en de last van het gedrag' van de WRR uit 2003).

⁵ Een direct gevolg van de invoering van de 'integrale tarieven' per 1 januari 2015 is dat een aantal wezenlijke elementen in de relatie tussen raad van bestuur en medische staf verandert. Er gaat echter een wereld schuil achter de invoering van dit beleid en de consequenties ervan, die ik niet beschrijf in dit onderzoek. Het debat over 'integrale tarieven' heeft evenwel betrekking op een aantal elementen die wel degelijk in mijn onderzoek aan bod komen, zoals verantwoordelijkheidsverdeling, eigenaarschap en de inzet van financiële incentives.

Governance

De governance in de Nederlandse ziekenhuizen bestaat uit verschillende typen van governance die naast elkaar bestaan (Van der Scheer, 2013). Het is een combinatie van publieke, private en professionele governance. Als voorbeeld geldt voor de ziekenhuizen dat zij de continuïteit van het bedrijf als belang behartigen (privaat), tegelijkertijd een bijdrage leveren aan de publieke belangen én ook rekening moeten houden met de professionele opvattingen van de medisch specialistische beroepsgroep. Ieder van deze specifieke gebieden kent andere doelen, belangen en dus een andere governance. Denk hierbij aan uiteenlopende omgangsvormen, sturingsmechanismen en gehanteerde uitgangspunten. Ziekenhuizen moeten dan ook voldoen aan de eisen die vanuit publieke, private en professionele governance gesteld worden en die onderling strijdig kunnen zijn. Dit wordt in de praktijk bevestigd, getuige meerdere incidenten die zich de afgelopen periode hebben voor gedaan. Deze incidenten zijn grofweg te verdelen naar incidenten rondom kwaliteit en veiligheid enerzijds en financiële incidenten anderzijds (zie ook: Ministerie VWS, 2013). Bij deze incidenten wordt specifiek en met nadruk gewezen op problemen ten aanzien van de besturing van het ziekenhuis en de rol daarin van raad van bestuur en de medische staf: de principaal-agent problematiek tussen raad van bestuur en medische staf. Deze problematiek behelst de informatieasymmetrie die bestaat tussen de principaal (of de opdrachtgever) en de agent (ook wel de opdrachtnemer) in het voordeel van laatstgenoemde. Dit maakt dat de principaal niet de volledige controle heeft over het handelen van de agent en niet volledig in staat is te controleren of de agent zijn eigen belang boven het belang van de principaal stelt.

Het belang van governance voor de ziekenhuissector komt tot uiting in de diverse onderzoeken die zich op dit thema hebben gericht de afgelopen jaren. Al in 1999 publiceerde de commissie health care governance ('commissie Meurs') een advies gericht op corporate governance voor de Nederlandse gezondheidszorg. Deze commissie (1999) beschrijft governance als "de adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert." Bezien vanuit deze definitie gaat governance over bevoegdheden en verantwoordelijkheden, maar ook over gedrag van en interactie tussen partijen.

Daarbij is het noodzakelijk een onderscheid te maken in twee verschillende uitwerkingen van het begrip governance. De eerste uitwerking refereert aan de 'besturing van het ziekenhuis'. De tweede uitwerking benadrukt een beweging van 'government' – in de betekenis van 'top down' overheidsaansturing en -toezicht – naar governance in de betekenis van meervoudige aansturing- en toezichtprocedures. Dit refereert aan het fenomeen dat de waarborging en uitvoering van publieke functies in toenemende mate wordt uitgevoerd door andere partijen (een netwerk van actoren) dan uitsluitend de klassieke overheidsinstituties. Deze beweging geeft

onder andere de verschuiving van verticale naar horizontale governance aan.

Beide benaderingen van governance hebben invloed op het begrip legitimiteit: een verandering in de governance van het ziekenhuis kan consequenties hebben voor zijn legitimiteit (o.m. RMO, 2009; NWO, 2004). Daarnaast geldt dat governance in de betekenis van 'besturing van het ziekenhuis' een directe relatie heeft met besluitvorming in het ziekenhuis.

Besluitvorming

In 1999 stelde de commissie Meurs in haar governance-advies het volgende: "goede zorg vereist goed bestuur; goed bestuur verdient goed toezicht; goede zorg is verantwoorde zorg." Deze constatering sluit aan op andere literatuur over governance, waarin gesteld wordt dat goed bestuur een vitaal punt is voor 'good governance' (o.m. Bossert, Van Leeuwen & Smidt, 2004; Montfort, 2004). Voorts geldt dat de kern van besturen is gelegen in het nemen van besluiten. Goede besluitvorming is als zodanig een vitaal element in het governance debat. Besluitvorming is te duiden als het "proces van interactie tussen partijen om te komen tot een beslissing" (WRR, 1994). Binnen deze interactie tussen partijen komen verschillende waardensystemen bij elkaar. Dit geldt zeker voor het ziekenhuis. Overigens hoeft hierin niet per definitie een probleem te liggen. Recente casuïstiek uit de ziekenhuissector heeft echter wel aangetoond dat er regelmatig sprake is van waardeconflicten tussen de besluitvormende partijen. Het Ruwaard van Putten ziekenhuis is, als voorbeeld, reeds benoemd.

Daarnaast geldt dat een belangrijk kenmerk van besluitvorming is, en ook van governance, dat het niet enkel gaat om bevoegdheden en verantwoordelijkheden, maar ook over gedrag van en interactie tussen partijen. Partijen kennen eigen waardensystemen en derhalve andere opvattingen, gedragingen en handelingen. Het is voorstelbaar dat mogelijke tegenstellingen tot uiting komen in de interactie tussen partijen.

1.2.4 Betrokken partijen in het ziekenhuis

In de voorgaande paragraaf werd de boedelscheiding geduid tussen ziekenhuis en medische staf. Binnen de context van dit onderzoek geldt dat eerstgenoemde gelijk wordt gesteld aan de raad van bestuur. De keuze voor dit perspectief betekent dat andere partijen, zoals laboranten en verpleegkundigen, geen expliciete positie hebben in dit onderzoek maar gerepresenteerd worden door de raad van bestuur. Voorts geldt dat in besluitvorming binnen het ziekenhuis andere partijen betrokken zijn dan enkel de raad van bestuur: adviesorganen, raad van toezicht en medische staf. Deze worden onderstaand kort toegelicht. Ten slotte wordt de specifieke relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten beschreven.

Organen in besluitvorming

Binnen besluitvormingsprocessen in het ziekenhuis hebben de raad van toezicht (RvT), de

ondernemingsraad (OR) en de cliëntenraad (CR) en een formele rol⁶. Daarnaast – gebaseerd op de statuten van het ziekenhuis – heeft ook de verpleegkundige adviesraad (VAR) een rol in dit proces. Binnen ieder ziekenhuis zijn taken en verantwoordelijkheden van deze organen beschreven in statuten en reglementen.

In de verhouding met de raad van bestuur heeft de medische staf formeel – vastgelegd in de statuten van de ziekenhuizen – de rol van een adviesorgaan. Deze functie vervult hij als onderdeel van een breder pakket aan taken en opdrachten. In de praktijk is invloed van de medische staf evident groter dan geldt voor de andere adviesorganen. Deze is gelegen in de eigen verantwoordelijkheid die de beroepsgroep draagt voor adequate patiëntenzorg en in de expertise waarover zij beschikken, die cruciaal is voor de realisatie van beleid. Om die reden wordt de medische staf apart beschreven.

Medische staf

De juridische verhouding tussen raad van bestuur en medische staf is onder andere verankerd in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZi) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG). Binnen deze juridische verhouding blijkt de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur niet of nauwelijks in te vullen zonder het betrekken van medisch specialisten. Zo stelt Lodewick (2008) dat in de praktijk het bestuur allermindst daadwerkelijk 'de baas' is. Daarbij refereert hij aan de – voor het ziekenhuis – kenmerkende karakteristiek dat de invloed van de raad van bestuur beperkt is en wijst op de volgende paradox. "Naarmate men dichterbij de kern van het bedrijf komt, wordt de zeggenschap van het management kleiner of zelfs nul. Daar gelden de standaarden, normen en waarden van de professionals" (Lodewick, 2008). Het ontbreekt de raad van bestuur aan volledig zicht op het gedrag van de medische staf, laat staan dat hij in staat is zelf de functie van medicus uit te voeren. Hij is namelijk niet aanwezig in de spreekkamer bij de internist of op de operatiekamer bij de chirurg.

Mintzberg geeft aan dat professionele organisaties, zoals ziekenhuizen, problemen krijgen rondom coördinatie, professionele autonomie en vernieuwing. De standaardisatie van vaardigheden is niet voldoende om samenwerking tussen medisch specialisten en ondersteunend personeel (lees ziekenhuis) te coördineren. De macht van de professionals is hiervoor te groot. Zij zijn geneigd, aldus Mintzberg, hun autonome positie aan te wenden om de belangen van de organisatie te omzeilen. Mintzberg acht het alleen mogelijk hier verandering in aan te brengen door de professional zelf te veranderen: "Rather, change seeps in by the slow process of changing the professional – changing who can enter the profession, what they learn in its professional schools (norms as well as skills and knowledge), and thereafter how willing they are to upgrade their skills" (Mintzberg, 1979).

Als gevolg van de positie van de medisch specialisten in het ziekenhuis mist de raad van bestuur bepaalde informatie waarmee er sprake is van een informatie-asymmetrie tussen raad van bestuur en medische staf. Andersom hebben specialisten overigens ook het gevoel informatie te missen, omdat raad van bestuur en management beroepsmatig continue met bepaalde organisatorische processen bezig zijn, waarmee eveneens een vorm van informatie-asymmetrie bestaat. De exclusieve rol van de medisch specialist in de primaire bedrijfsprocessen en de machtspositie die zij derhalve hebben vertaalt zich in de praktijk regelmatig als hindermacht (Weggelaar, Van Wijngaarden en Bal, 2007). Deze onmiskenbare macht van de medische staf laat zich ook gelden in besluitvorming in het ziekenhuis. Medisch specialisten hebben altijd de mogelijkheid, en daarmee de macht, bepaalde besluiten van de raad van bestuur die de professie raken niet uit te voeren. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) benoemt dat de medisch specialisten zelf ook een professionele verantwoordelijkheid hebben en er daardoor sprake is van gelijkgerichte belangen met de raad van bestuur. Maar, zo stelt de raad: “Gelijkgerichte belangen zijn geen waarborg voor een gewenst resultaat” (RVZ, 2013). Gelijkgerichte belangen kennen in de praktijk ook niet gelijkgerichte interpretaties, met als gevolg dat de wederzijds ervaren informatie-asymmetrie en hindermacht besluitvorming nadelig beïnvloeden. In de volgende paragraaf wordt hier nader op ingegaan.

1.2.5 Raad van bestuur en medisch specialisten

Moeizame gezamenlijke besluitvorming

“De sturingsproblemen werden veroorzaakt door een patstelling tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Want hoewel de raad van bestuur formeel eindverantwoordelijk is voor de besturing van een ziekenhuis, bestaat er in de praktijk een wederzijdse afhankelijkheid met de medisch specialisten” (Onderzoeksraad Voor Veiligheid, 2013).

Het bovenstaande citaat van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid (OVV) is een adequate beschrijving van wat veelal wordt beschouwd als complex in de besturing van het ziekenhuis. De relatie tussen de raad van bestuur en medisch specialisten is hierbij van wezenlijk belang, maar is tegelijkertijd ook stof voor discussie.

Kenmerkend voor besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten is de wederzijdse afhankelijkheid tussen beide partijen. Zowel de raad van bestuur als de medische staf⁷ is zeer beperkt in staat om alleen doelen te realiseren, zeker waar dit besluiten betreft die het

⁶ Zie onder meer de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de Wet op de Ondernemingsraden en de Zorgbrede governancecode.

⁷ Als er in dit proefschrift gesproken wordt over ‘medische staf’, worden alle medisch specialisten werkzaam in een ziekenhuis bedoeld. Het begrip ‘medische staf’ wordt gehanteerd om niet continue te moeten spreken over medisch specialisten in het ziekenhuis. Wanneer specifiek de verenigingsstructuur van de medische staf als organisatie wordt bedoeld, of een andere organisatievorm zoals het Medisch Specialistisch Bedrijf, wordt dit expliciet aangegeven.

medisch proces direct raken. En hoewel de raad van bestuur als eindverantwoordelijke partij ook besluiten kan nemen zonder instemming van de medische staf – onder bepaalde voorwaarden – is de kans op uitvoering van het besluit, als gevolg van de hindermacht, zeer gering bij onvoldoende draagvlak voor het besluit bij de medische staf. Anders gezegd, de hindermacht van de medisch specialisten is groot gezien de positie van de raad van bestuur in besluitvorming. Aangevuld met de wetenschap dat beide partijen een eigen handelingsrationaliteit en waardenpatroon kennen, is het voorstelbaar dat in de besluitvormingsprocessen tussen beiden verschillende waarden aan de orde zijn. Raad van bestuur en medische staf hebben afzonderlijke belangen die niet altijd gelijkgericht zijn en onderling verschillen, waardoor de samenwerking en de gezamenlijke besluitvorming bemoeilijkt worden. Dit gegeven is ook de reden dat de relatie tussen raad van bestuur en de medische staf door diverse onderzoekers als cruciaal is bestempeld (o.m. Burns, Nash & Wholey, 2007; Kaissi, 2005; Van der Wee, 2000).

Besluitvorming als een ‘negotiated order’

Diverse invloeden interfereren met de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten en daarmee op besluitvorming tussen beiden. Het concept ‘negotiated order’ kan worden gebruikt om deze dynamiek toe te lichten. Het concept negotiated order is afkomstig van Strauss et al (1963). In het model dat zij ontwikkelden, benadrukken ze het belang van de interactie tussen partijen, die zij duiden als een onderhandeling (negotiation). “The process of give-and-take, of diplomacy, of bargaining which characterizes organizational life” (Strauss et al, 1963). Consequentie van deze onderhandeling is dat de machtsrelaties tussen partijen situationeel en contingent zijn, volgend op de ontstane, maar tijdelijke, ‘negotiated order’. De orde die ontstaat, is evenmin stabiel en is feitelijk het startpunt voor nieuwe onderhandelingen. Strauss et al (1973) zeggen hierover “order is kept by continuous reconstitution of the basis of concerted action in organizations, the agreements and contracts that give us an expectable, non-surprising, taken-for-granted, even ruled orderliness.” “This process of reconstitution takes place in negotiations, which can have many different forms, either coercive in nature or happily co-operative” (Strauss et al, 1985). In aanvulling geven Nathan & Mitroff (1991) aan dat ‘negotiated order’ continue vernieuwing veronderstelt en ontstaat wanneer partijen in gezamenlijkheid de onderlinge voorwaarden voor interactie hebben bepaald. Er moet, met andere woorden, ook een bepaalde sociale orde bekend zijn bij partijen alvorens onderhandeling plaats kan vinden. Daarmee representeert de ‘negotiated order’ een veranderingsproces binnen een sociaal construct, zoals de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Verder geldt dat er in het bijzonder sprake is van ‘negotiations’ wanneer regels ontbreken, beleid niet definitief is of dat er ruimte bestaat voor onzekerheid en verdeeldheid (Strauss, 1978).

(On)zichtbare processen in besluitvorming

Naast de duiding van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten als

'negotiated order', speelt ook een onderscheid tussen zichtbaar en onzichtbaar. Besluiten tussen beiden worden genomen in officiële bijeenkomsten, terwijl het proces daaraan voorafgaand voor partij 'A' zichtbaar is geweest en voor partij 'B' niet. Andersom geldt dat ook. Er is met andere woorden een aanzienlijk deel van besluitvorming dat onzichtbaar verloopt. Daaronder vallen ook de toevallige gesprekken op de gang of in de lift. Zowel de zichtbare (deel)processen als de onzichtbare (deel)processen spelen een rol in besluitvorming. Beiden doen er toe. Tegelijkertijd suggereert dit onderscheid tussen 'zichtbaar' en 'onzichtbaar' dat beide aspecten losse processen zijn die duidelijk van elkaar te onderscheiden en te analyseren zijn. Het onderscheid tussen beiden is echter moeilijk te maken. Wat voor medisch specialisten als zichtbaar bestempeld wordt, kan dat voor de raad van bestuur niet zijn. Hoe zichtbaar is bijvoorbeeld de wekelijkse vergadering van de raad van bestuur voor de medische staf? Zichtbare en onzichtbare aspecten van besluitvorming wisselen elkaar af en zijn lang niet altijd duidelijk te herkennen.

Uit onderzoek door Ecorys (2010), in opdracht van het ministerie van economische zaken naar governance in semipublieke instellingen, blijkt dat binnen de governancediscussie in ziekenhuizen specifieke aandacht uit gaat naar de relatie tussen raad van bestuur en medische staf in de besturing van het ziekenhuis.

Afwijkend ten opzichte van andere sectoren

Ter afsluiting van deze paragraaf een korte toelichting op het onderscheid tussen de besturing van het ziekenhuis en de besturing van bedrijven in andere branches. Want waarom is de besturing van een ziekenhuis anders dan van laatstgenoemde organisaties? En waarom zijn lessen over besturing uit de branches niet zomaar van toepassing op het ziekenhuis?

Vanzelfsprekend is de besturing van organisaties in andere branches ook van strategisch belang voor het voortbestaan van deze bedrijven. Echter, deze kennen niet de typische relatie tussen raad van bestuur en medische staf en de dynamiek tussen beiden die dit geeft. Na incidenten zoals in de bankensector⁸ en de petrochemische industrie⁹ werd wel op de besturing van deze organisaties gewezen. Echter, het ging daarbij om wat het hiërarchisch hoogste orgaan verkeerd had gedaan of juist had nagelaten te doen. De zeggenschap en verantwoordelijkheid van dit orgaan werden niet in twijfel getrokken. Sterker, zij werden er op aangesproken. Deze besturingsvraagstukken zijn anders dan waarover in de ziekenhuizen wordt gesproken. Daarbij gaat het over de verantwoordelijkheid tussen twee partijen en de verdeling ervan tussen beiden. Welk van beiden had moeten acteren en wie is nu al dan niet verantwoordelijk voor wat er fout

⁸ Als voorbeelden gelden de Rabobank en de Libor-affaire in 2013 en het faillissement van de DSB-bank in 2009.

⁹ Als voorbeelden gelden de ontploffing bij Chemie-Pack Moerdijk in 2011 en de problemen met tankopslagbedrijf Odfjell Rotterdam in 2012.

is gegaan. Kortom, de besturing van het ziekenhuis wijkt af van die in andere branches. Dit maakt het governance-debat in bijvoorbeeld het bedrijfsleven, niet zomaar van toepassing op de governance van het ziekenhuis.

1.3 **Essentie van brede verkenning**

Uit de beschreven casuïstiek aan het begin van dit hoofdstuk volgde een algemene vraag naar de besluitvorming in het ziekenhuis. Aan de hand van verschillende begrippen en concepten is er een 'overview' gegeven van besluitvorming in het ziekenhuis. In deze paragraaf volgt een beschrijving van de essentie uit deze brede verkenning die ten dienste staat van een verdere verdieping van 'besluitvorming' en tevens van verdere specificering van dit onderzoek.

Besluitvorming blijkt niet louter een aangelegenheid van een of meerdere partijen binnen het ziekenhuis. Partijen uit de externe omgeving hebben ook invloed op besluitvorming. Er zijn veel partijen betrokken bij besluitvorming. Dit geldt ook voor de legitimiteit van besluiten betreft. De interactie tussen ziekenhuis en omgeving blijkt groot en niet altijd is duidelijk waar de grenzen, danwel het onderscheid, tussen beiden ligt.

De veelheid aan partijen en het effect ervan op legitimiteit – steunen zij de besluiten die binnen het ziekenhuis genomen worden? – zijn van belang gegeven de dynamische context waarin het ziekenhuis opereert. Diverse ontwikkelingen zijn genoemd waarbinnen existentiële vragen beantwoord moeten worden. Voorbeelden hiervan die eerder ook zijn aangehaald, betreffen onder meer: van wie is het ziekenhuis? Wat is het portfolio? En welke omvangrijke investeringen moeten worden gedaan? De existentiële vraagstukken zijn van strategische aard en hebben invloed op de toekomst (het bestaansrecht) van het ziekenhuis. Deze existentiële vraagstukken die beantwoord moeten worden, leggen een grote verantwoordelijkheid bij de partijen die cruciaal zijn voor besluitvorming in het ziekenhuis. Dit wordt versterkt doordat partijen in de omgeving continu en individueel een afweging maken of een genomen besluit past bij de waarden en doelen die ieder van hen voorstaat.

Uit de eerste verkenning van besluitvorming is verder gebleken dat binnen het ziekenhuis twee partijen cruciaal zijn voor besluitvorming betreft: de raad van bestuur en de medisch specialisten. Tegelijkertijd is ook gebleken dat de relatie tussen beiden verschillende verschijningsvorm kan hebben, zij er beiden verschillende en/of dubbele agenda's op na kunnen houden, er sprake van miscommunicatie kan zijn, etcetera. De beschreven casuïstiek over het Ruwaard van Putten ziekenhuis was hiervan een treffend voorbeeld.

Op basis van de voorgaande beschrijving van het krachtenveld waarin de ziekenhuizen opereren, wordt duidelijk dat het bestaansrecht van de Nederlandse ziekenhuizen gekoppeld is aan de besluiten die raad van bestuur en medisch specialisten in ieder ziekenhuis over tal van dossiers nemen. Duidelijk werd daarbij dat de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten problematisch complex is met als gevolg dat ook besluitvorming tussen hen kan leiden tot een patstelling zoals in het Ruwaard van Putten ziekenhuis. Om die reden is de complexe besluitvorming tussen beide partijen het centrale thema van dit onderzoek. Het doel daarbij is om te analyseren wat er gebeurt onder die complexiteit.

1.4 Het onderzoek

De reden om onderzoek te doen naar besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten¹⁰ is drieledig.

Ten eerste zijn de uitdagingen voor de ziekenhuizen de komende jaren groot en talrijk en dient over al deze zaken besluitvorming plaats te vinden tussen raden van bestuur en medisch specialisten¹¹. Een aantal actuele thema's is reeds aangestipt. Discussies over bestaansrecht, portfolio van diensten en producten, (netwerk)samenwerking, concurrentie, ICT-investeringen, nieuwbouw, nieuwe onderlinge verhoudingen, etcetera leggen een zware verantwoordelijkheid bij raden van bestuur en medisch specialisten en raken de continuïteit en legitimiteit van het ziekenhuis. Om die reden is onderzoek naar besluitvorming gewenst, met een sterke focus op de zorgpraktijk, waarbij de governance van het ziekenhuis in het bijzonder de aandacht verdient.

In de tweede plaats is het zowel wetenschappelijk als maatschappelijk relevant empirisch te analyseren welke waardenconfiguraties – de samenstelling en onderlinge verhoudingen van waarden binnen – daadwerkelijk een rol spelen in besluitvorming. Dit is relevant, omdat bij de existentiële vraagstukken die voorliggen tegengestelde waarden en waardeoriëntaties tussen raad van bestuur en medisch specialisten weliswaar geduid worden als problematisch, maar welke waarden spelen daadwerkelijk een rol? Verschillende stromingen benoemen waarden, of waardensets die toehoren aan beroepsgroepen of domeinen. Zo is veel literatuur voor handen over 'de professional' waarin benadrukt wordt dat deze een eigen waardensysteem of

¹⁰ Besluitvorming in het ziekenhuis is een complex proces, waarbij vele actoren betrokken zijn. Er is zelden besluitvorming waarbij exclusief raad van bestuur en medische staf betrokken zijn. Daar waar besluiten gaan over aangelegenheden die het primaire proces betreffen en/of die in grote mate raken aan het domein van de medische staf, is er echter sprake van besluitvormingsprocessen waarin de interactie tussen raad van bestuur en medische staf van essentieel belang is. Als in dit onderzoek wordt gesproken over besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten, wordt dan ook bedoeld een besluitvormingsproces waarin de interactie tussen raad van bestuur en medische staf cruciaal is.

¹¹ Door te spreken over medisch specialisten blijft de organisatievorm van de beroepsgroep buiten beschouwing. Zo kan er sprake zijn van medische staven, van Medisch Specialistische Bedrijven, etc.

handelingsrationaliteit heeft (o.m. Carr-Saunders, 1933; Abbott, 1998; Freidson, 2001; Witman, 2007) en hebben vele auteurs waardepatronen van medisch specialisten beschreven (o.m. Beauchamp & Childress, 1994; Rosenthal, 1995; Polder et al, 1997; Polder & Jochemsen, 2000; Freidson, 2001; Epstein & Hundert, 2002; RvZ, 2000; Eed van Hippocrates/Artseneed, 2003; Tongeren, 2003; Verkerk & Hartoungh, 2003; Hilhorst, 2004; Royal college of physicians, 2005; RvZ, 2007; Witman, 2007; Asscher, Bolt & Schermer, 2012). Waardenpatronen voor raden van bestuur zijn minder evident. Toch is hier ook onderzoek naar gedaan (o.m. De Graaf et al, 2013) en komen waardenpatronen voor professioneel bestuur terug in sectorbrede codes, zoals de vigerende Zorgbrede Governancecode. In dit onderzoek wordt echter niet geredeneerd vanuit bestaande waardenpatronen, maar wordt op basis van empirisch materiaal bekeken welke waarden daadwerkelijk aan bod komen in besluitvorming. Preluderend op de volgende paragraaf wordt hierbij het concept van hybriditeit gebruikt om de gesignaleerde waarden te kunnen ordenen langs een viertal domeinen, om op basis daarvan een analyse uit te kunnen voeren.

Ten derde geldt dat in besluitvorming tussen bestuur en medisch specialisten sprake is van 'governance in actie'. Er is maatschappelijk en wetenschappelijk behoefte aan nadere inzichten in de ziekenhuisgovernance, specifiek in de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten, en het effect hiervan op de (operationele) legitimiteit van het ziekenhuis. Vanuit dit perspectief beoogt het onderzoek dan ook een bijdrage te leveren aan inzicht in de zorgpraktijk. Om vanuit dat inzicht bij te dragen aan verbetering van de zorgpraktijk. Het effect hiervan is dat het onderzoek een zwaardere empirische en analytische lading heeft dan dat het bijdraagt aan wetenschappelijke theorievorming.

De doelstelling van dit onderzoek is als volgt geformuleerd: het analyseren en inzichtelijk maken van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten.

De vraagstelling van dit onderzoek is als volgt: *Op welke wijze gaan raad van bestuur en medisch specialisten om met waardenconfiguraties in besluitvorming?*

Vanuit deze centrale vraagstelling is dit onderzoek te bestempelen als een procesbeschrijving van besluitvorming, vanuit een handelingsgericht perspectief, i.c. het gedrag van partijen. De onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van een drietal deelvragen:

- a) Hoe verloopt het proces van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten?
- b) Welke waarden spelen er in de besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten?
- c) In hoeverre en op welke wijze is er sprake van legitimiteit van besluitvorming?

Om het centrale onderwerp van dit onderzoek goed voor het voetlicht te kunnen brengen en de geformuleerde vragen te kunnen beantwoorden, staan twee concepten centraal. In de eerste plaats het concept hybriditeit (paragraaf 1.5). Aan de hand van dit concept kan de omgeving van het ziekenhuis geschetst worden en kunnen waardenpatronen en waardeoriëntaties daarin beschouwd worden. Daarnaast is de 'strategic triangle' van Mark Moore (1995) behulpzaam in de analyse van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten (paragraaf 1.6).

Het combineren van hybriditeit en de 'strategic triangle' heeft als voornaamste motivatie dat in beiden het begrip legitimiteit een krachtige rol speelt. Vooruitlopend op de nadere beschrijving van beide concepten in paragrafen 1.5 en 1.6, wordt de meerwaarde van de combinatie van beide concepten kort toegelicht.

Voor hybride organisaties – zoals de Nederlandse ziekenhuizen – geldt dat zij actief zijn in een omgeving die zich niet als één homogeen, inhoudelijk stabiel geheel of als één en dezelfde vorm laat beschrijven. Waarden, belangen en opvattingen tussen partijen variëren, net als het (sociale) systeem waaruit deze voortkomen. Dit betekent dat de legitimiteit van hybride organisaties en van de actoren in die organisaties niet op een eenduidige wijze gezien kan worden. Consequentie ervan is dat de mate van legitimiteit van een door het ziekenhuis genomen besluit vooraf niet op een vaste en uniforme manier geduid kan worden. Kortom, de context van het ziekenhuis heeft consequenties voor besluitvorming en voor de legitimiteit van (besluitvorming in) het ziekenhuis. De koppeling tussen legitimiteit en besluitvorming komt eveneens prominent terug in de 'strategic triangle', Legitimiteit is een van de drie pijlers van het model, naast zingeving en capaciteit. Door middel van de pijler zingeving worden ook de waarden betrokken die de organisatie produceert. Het model veronderstelt dat alleen sprake kan zijn van legitimiteit wanneer de waarden die de organisatie levert, kunnen bogen op breed draagvlak onder stakeholders.

De meerwaarde van de combinatie van hybriditeit en de 'strategic triangle' ligt in het belang dat beide concepten toekennen aan legitimiteit. Deze meerwaarde wordt nog onderstreept doordat beide benaderingen 'waarden' centraal stellen, op verschillende, complementaire, manieren. In dit onderzoek zal hybriditeit gehanteerd worden om waarden in de context van het ziekenhuis en specifiek in de relatie tussen het ziekenhuis en zijn context, ideaaltypische te kunnen ordenen in vier domeinen. De 'strategic triangle' wordt gehanteerd op het niveau van analyse van de waarden van en in de ziekenhuisorganisatie.

1.5 Hybriditeit

In het voorgaande is diverse malen gewezen op het bestaan van verschillende waardeoriëntaties en waardensystemen in en om het ziekenhuis. Hierbij ging het om de ziekenhuiscontext en in het bijzonder om de verschillen in waardeoriëntaties tussen ziekenhuis (i.c. raad van bestuur)

en medisch specialisten. Dat er als gevolg van deze verschillende waardeoriëntaties meerdere (tegengestelde) waarden naast elkaar kunnen bestaan in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten, blijkt ook uit de casuïstiek die aan het begin van dit hoofdstuk is aangehaald. Naast een empirische grondslag, ligt er eveneens een wetenschappelijke basis aan de tegengestelde waardensystemen in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Deze wetenschappelijke basis is gestoeld op het concept hybriditeit. Vooruitlopend op de definitie, geldt dat er sprake is van een hybride organisatie wanneer er sprake is van een langdurige vermenging van conflicterende elementen in de kern van de organisatie.

1.5.1 Opkomst hybriditeit

Enkele auteurs kiezen een historische invalshoek om het bestaan en de totstandkoming van hybride organisaties te duiden. Zo geeft Dekker (2004) in zijn bijdrage in het boek van Evers & Laville aan dat een belangrijke ontwikkeling is gelegen in de verzuilingsperiode van 1920 tot 1960. Noordegraaf (2004) en Brandsen & Pestoff (2006) geven aan dat de hedendaagse maatschappij zich laat kenmerken door typeringen als meerlagig en dynamisch. Aloude en gerespecteerde opvattingen over scheiding tussen markt en overheid, tussen publiek en privaat lijken de laatste jaren niet meer te volstaan. Deze opvatting sluit aan op het langzamerhand verdwijnen van de klassieke indeling van organisaties naar een tweetal domeinen: publiek en privaat. Sinds de jaren '90 wordt deze dichotomie betwijfeld (o.m. In 't Veld, 1997). Veel van de overheidstaken zijn gedelegeerd en hebben geleid tot wat Majone (1999) de "regulatory state" noemt. Het delegeren van taken vanuit de overheid naar het 'veld' past in de lijn die gaat over de opkomende management-filosofie van New Public Management (NPM). De filosofie van NPM dateert uit de jaren 1980 en was gericht op de scheiding tussen het opstellen van beleid en de uitvoering ervan (o.m. Hood, 1991; Osborne & Gaebler, 1992; Pollit, 1993; Barzelay 2001). En hoewel NPM een duidelijkere afbakening beoogde tussen privaat en publiek, bleek het resultaat tegenovergesteld.

"The NPM movement began in the late 1970s and early 1980s. Its first practitioners emerged in the United Kingdom under Prime Minister Margaret Thatcher and in the municipal governments in the U.S. (e.g., Sunnyvale, California) that had suffered most heavily from economic recession and tax revolts. Next, the governments of New Zealand and Australia joined the movement. Their successes put NPM administrative reforms on the agendas of most OECD countries and other nations as well (OECD, 1995). Only later did academics identify the common characteristics of these reforms and organize them under the label of New Public Management (Dunsire, 1995:21)."

- Gruening, G. (2001)

Onder invloed van NPM vervaagde de klassieke scheiding tussen publiek en privaat (of markt en staat) en raakten beiden met elkaar verweven. Echter, de waarden die correspondeerden met deze ideaaltypische domeinen bleven overeind, maar waren ontoereikend om tegemoet te komen aan de diversiteit van de omgeving. Deze constatering wordt door Frissen (1996) breder getrokken. Hij geeft aan dat een toename van hybride organisaties past in een bredere culturele ontwikkeling in onze postmoderne maatschappij, waarin sprake is van een gestage erosie van dichotomieën.

1.5.2 Organisatie en omgeving

Een organisatie staat onder invloed van zijn omgeving en is tegelijkertijd ook in staat tot het uitoefenen van invloed op zijn omgeving (Pfeffer & Salancik, 1978). De contingentiebenadering is ontwikkeld door Woodward (1958, 1965) die zich baseerde op empirisch onderzoek in productiefabrieken. Dit contingentiedenken omvat de zoektocht naar optimale effectiviteit van organisaties, waarbij de organisatie past bij de specifieke kenmerken van de omgeving en er sprake is van een 'fit'. Later heeft Morgan (1997) in zijn klassiek geworden boek "Images of organization" een aantal typerende eigenschappen van de configuratiebenadering opgesomd die aansluiten op het contingentiedenken. Kenmerken zijn volgens Morgan (1997) dat:

- Er sprake is van zorgvuldigheid in de besturing om de balans te houden tussen interne behoeften van de organisatie en tegelijkertijd aanpassing te realiseren aan de omgeving;
- Er geen beste wijze van organiseren bestaat;
- Besturing boven alles gericht moet zijn op het bereiken van een goede 'pasvorm';
- Verschillende typen organisaties nodig zijn in verschillende typen context.

Kern van het contingentiedenken is dat organisaties open systemen zijn. Deze openheid komt volgens Katz & Kahn (1966) tot uiting in de (wederzijdse) relatie die zij hebben met de omgeving en die reflecteert in de organisatie. Er is, met andere woorden, sprake van een continue wisselwerking tussen de organisatie en zijn omgeving.

Lawrence & Lorsch (1967) relateerden de begrippen 'differentiatie' en 'integratie' aan het contingentiedenken. Om adequaat in te kunnen spelen op, en om te kunnen gaan met, de omgeving moesten organisaties in staat zijn tot differentiatie. Tegelijkertijd moesten zij ook tot integratie in staat zijn om de verschillende resultaten die volgden uit differentiatie te kunnen bundelen. De onderzoekers stelden daarmee dat de beide aan elkaar tegengestelde krachten vereist waren voor een effectieve organisatie. In het verlengde van Lawrence & Lorsch, spreekt Boonstra (2000) over 'chaos' en 'orde'. Organisaties moeten zich aan kunnen passen om effectief te zijn in de systemen, structuren, overeenkomsten etcetera. De aanpassing kan volgens hem niet gezien worden als verplichting die opgelegd wordt, maar is een resultaat van de interactie tussen organisatie en buitenwereld. Kruijthof (2005) verwijst hiernaar in haar proefschrift wanneer zij spreekt over organisaties die zich bevinden tussen stabiliteit en instabiliteit. Beiden zijn niet tegengesteld maar bestaan naast elkaar.

1.5.3 Langdurige verbinding van tegenstrijdige elementen

Contingentie is een belangrijke eigenschap van het concept hybriditeit. Brandsen & Karré (2010) benoemen dat hybride organisaties, organisaties zijn die niet als publiek óf privaat, als staat, markt óf middenveld te beschrijven zijn. Echter, tegelijkertijd concluderen zij in navolging van Bozeman's motto "all organizations are public" dat er nauwelijks nog zuivere concepten en mechanismen te herkennen zijn en er daardoor sprake is van "alle organisaties zijn hybride" (Brandsen & Karré, 2010). Hybriditeit gaat dan ook om meer dan een samenkomst van bijvoorbeeld publieke en private financiering of private en publieke waarden en regels. Het overstijgt de complexiteit die vele organisaties kennen. Brandsen & Karré zeggen hierover: "In de huidige wetenschappelijke benadering van hybriditeit wordt geprobeerd hier mee rekening te houden door niet meer te denken in scherpe, sectorale onderscheidingen, maar juist het vermengde karakter van staat, markt en middenveld nader proberen te duiden, als ook de ontwikkelingen die in de tussengebieden plaatsvinden" (Brandsen en Karré, 2010). De kern van hybriditeit en van hybride organisaties is door Noordegraaf treffend beschreven. Hybriditeit gaat om een mix van elementen, die in ideaaltypische zin "wezensvreemd" voor elkaar zijn (Noordegraaf, 2004). Het gaat daarbij om verschillende aspecten of onderdelen van organisaties, die onverenigbaar lijken, maar toch verenigd worden. Brandsen, Van de Donk & Kenis (2006) benoemen dit als volgt: "De feitelijke verbinding of vermenging van tegendelen (zoals markt of overheid, publiek of privaat, individu of samenleving)."

In het licht van dit onderzoek is de wetenschap interessant, zoals Brandsen & Karré (2010) beschrijven, dat versterking van het hybride karakter van deze organisaties veel vragen heeft opgeroepen rond sturing en toezicht. Hieruit volgt dat hybriditeit nieuwe vragen heeft opgeworpen over de governance van het ziekenhuis in het algemeen en besluitvorming in het bijzonder.

Volgens Brandsen, Van de Donk & Kenis (2006) is cruciaal voor hybriditeit "dat het gaat om de langdurige verbinding van elementen die tegenstrijdig en zelfs conflicterend zijn, of als zodanig worden ervaren." Wat daarbij opgemerkt moet worden is dat hybriditeit gaat over de kern van de organisatie. Deze wordt door voornoemde auteurs conceptueel afgebakend als 'het productieproces' van desbetreffende organisatie. Met betrekking tot het ziekenhuis gaat het hierbij om het medisch specialistische zorgproces.

De voornoemde afbakening van hybriditeit tot het kernproces van een organisatie is scherp en voorkomt dat in een analyse iedere organisatie hybride is. Echter, indien deze afbakening aangehouden wordt, blijft de vraag in welke aspecten van deze organisaties deze zich voor doet. Hybriditeit kan in alle aspecten van organisatie en van organiseren zitten. Zo stellen Brandsen, Van de Donk & Putters (2005) en Billis (2010) dat een hybride organisatie een menging is van zuivere typen van sferen, culturen, coördinatiemechanismen of rationaliteiten. Onder meer Stevens (1997)

verwijst bij hybriditeit naar de vermenging van publiek en private normstellingen. In 't Veld (1995) spreekt over interne waardeconflicten. Ook werpt hij in zijn oratie de vraag op of organisaties die zich tussen het publieke en private domein bevinden in staat zijn tot het realiseren van culturele stabiliteit. Ook Karré spreekt over hybriditeit vanuit het aspect van cultuur. Hij benoemt het als caleidoscooporganisaties in zijn bijdrage aan het boek van Brandsen, Van de Donk & Kenis (2006). Verhoef & Simon (2001) wijzen erop dat de kern van hybride problematiek is gelegen in onverenigbaarheid van significant verschillende culturen in en om een organisatie. De Algemene Rekenkamer benoemt in 2005 hybriditeit vanuit een ander aspect, de vermenging van private en publieke financiële stromen. In 2012 formuleert de Algemene Rekenkamer problemen, als gevolg van hybriditeit, in termen van onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling.

Van Hout (2007) wijst, ten slotte, op het noodzakelijke onderscheid tussen hybriditeit en ambiguïteit. Beiden worden volgens hem onterecht door elkaar gebruikt. Van Hout definieert ambiguïteit als een concept dat multi-interpretabel is. Dit is een gevolg van de verschillende percepties van waaruit mensen denken en handelen. Hybriditeit gaat in de ogen van Van Hout verder. Hybriditeit gaat om de intrinsieke tegenstelling en incongruentie tussen handelingsrationaliteiten en heeft daarnaast betrekking op een afgesloten entiteit (zoals een ziekenhuis). "We zouden kunnen stellen dat hybriditeit in dit opzicht de imperatieve vorm van ambiguïteit is" (Van Hout, 2007).

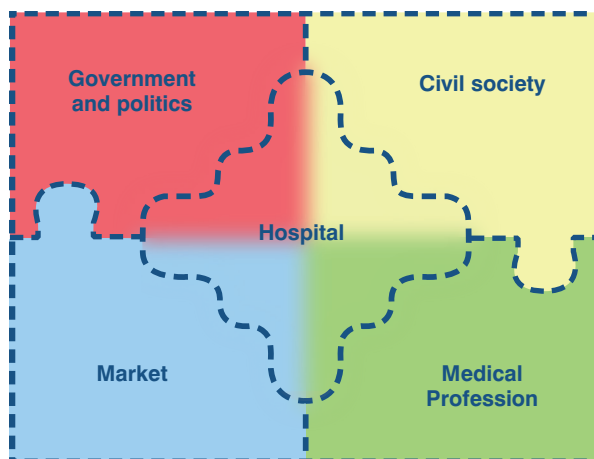
1.5.4 Vier domeinen

Ontwikkelingen die voorgaand beschreven zijn onder de noemer van NPM wijzen op de vervaging van de dichotomie tussen staat en markt. In de jaren '90 van de vorige eeuw dient zich een derde domein aan in de bestuurskundige literatuur (o.m. Pestoff, 1992; Brandsen & Pestoff, 2006): de zogenaamde non-profit sector, of 'third sector' of 'gemeenschap'. Onder invloed van deze ontwikkeling constateren onder meer Van de Donk (2001), Van Hout & Putters (2004) en Van Hout (2007) dat hybride organisaties getypeerd kunnen worden als organisaties waarin conflicterende kernwaarden vanuit staat, markt en gemeenschap bestaan. Vanuit de samenballing van markt, overheid en gemeenschap ontstaat als het ware een 'trichotomie'. De vraag die dit oproept is of deze drie domeinen samen de lading van de gezondheidszorg dekken, specifiek het ziekenhuis, in het Nederlandse stelsel.

In zijn oratie gaat Putters (2009) op deze vraag in en constateert dat de drie domeinen tekort schieten om tegemoet te komen aan de complexiteit van het ziekenhuis. Hij stelt dat een vierde domein toegevoegd moet worden, de medische professie, en dat deze in de analyse van het besturen van zorginstellingen onmisbaar is. Vanuit deze redenering "is het gerechtvaardigd om dit als apart domein naast de markt, de overheid en de gemeenschap te onderscheiden" (Putters, 2009). De rechtvaardiging voor de medische professie als vierde domein, blijkt ook uit de voornoemde redenering van Brandsen, Van de Donk & Kenis (2006). Deze onderzoekers

geven aan dat hybriditeit zit in de kernprocessen van de organisatie. Met betrekking tot het ziekenhuis is dit evident het medisch professionele zorgproces. De handelingslogica van de medisch professionele beroepsgroep en het bijbehorende waardepatroon behoren daarmee expliciet tot de meervoudige context van het ziekenhuis. Dat de medische professie daadwerkelijk te beschouwen is als een eigen handelingslogica, is af te leiden uit het werk van onder meer Abbott (1998) en Freidson (2001).

Met de toevoeging van een vierde domein, ontstaat de volgende figuur die schematisch de hybride context van het ziekenhuis schetst. 'Meervoudig besturen' gaat – ten minste binnen het ziekenhuis – over besluitvorming langs de domeinen, markt, overheid, medische professie en gemeenschap.



Figuur 3: Hybriditeit als institutionele inbedding ziekenhuis (Bron: Putters, 2009)

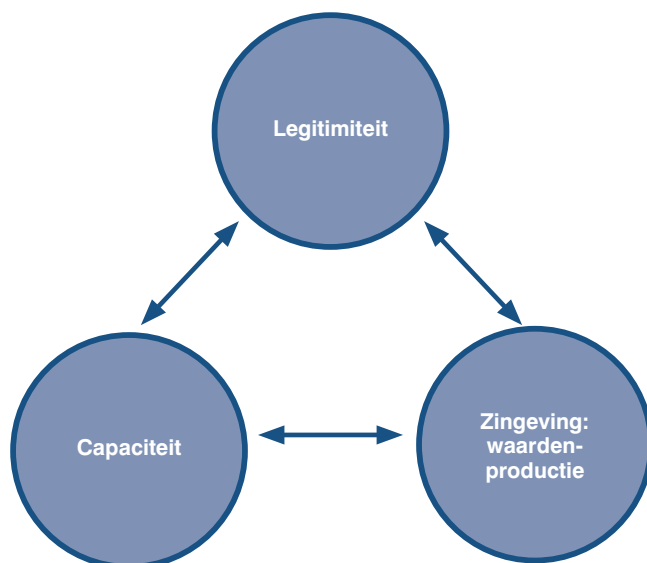
De hybriditeit van het ziekenhuis is, zoals bovenstaande figuur laat zien, een samenballing van vier domeinen. Conform de eerder gegeven definitie gaat het ook hierbij om de langdurige vermenging van ideaaltypisch conflicterende waarden, waarbij dus sprake is van vier domeinen. Als gevolg van de toevoeging van het medisch professionele domein en de samenballing van vier domeinen neemt de meervoudigheid verder toe. Dit geldt zeker ten opzichte van de initiële vermenging tussen – slechts – de domeinen markt en overheid.

De wetenschap dat het ziekenhuis opereert in een hybride context, die bestaat uit een samenballing van vier domeinen, is van belang voor dit onderzoek. De hybride context levert namelijk de waarden die van invloed zijn op het gedrag van raden van bestuur en medisch specialisten in besluitvorming.

De invloed van de institutionele inbedding wordt door de bestuurskundigen beschouwd als vector of constructie voor gedrag van actoren. In dit kader wijst Bekkers (2007) erop dat collectieve waarden en normen richting geven aan hoe (groepen of delen van) een samenleving functioneert (functioneren). Edelenbos ziet de institutionele inbedding als “regels en rollen die interactiepatronen tussen actoren vormgeven” (Edelenbos, 2000). De institutionele inbedding van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten is evenwel geen vaststaand kader. Binnen de interactie tussen beiden kan er sprake zijn van een zekere veranderlijkheid. Conflicten en samenwerking tussen actoren gaan hierbij hand in hand en komen aan bod in een omvangrijk spectrum onderwerpen, zo stelt Lieverdink (1999) in een methodische beschouwing. Gegeven de dynamiek tussen de raad van bestuur en medisch specialisten is dit een herkenbaar fenomeen, getuige de analyses van Kruijthof (2005). De institutionele inbedding waarbinnen de relatie raad van bestuur – medisch specialisten opereert is van belang, omdat het een bepalende factor is voor het gedrag van beiden.

1.6 ‘Strategic triangle’

Om te analyseren wat er achter de complexiteit in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten schuil gaat, kan besluitvorming tussen beiden worden geanalyseerd met behulp van de ‘strategic triangle’ van Mark Moore (1995). Het model verbindt drie elementen, te weten: legitimiteit, waardenproductie en capaciteit.



Figuur 4: Strategic triangle (Moore, 1995)

Het model sluit daarmee nauw aan op kenmerkende eigenschappen die samenhangen met besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten en dus op het centrale thema van dit onderzoek. Alvorens dit verder uit te werken, allereerst in het kort de motivatie om het model te hanteren. Zoals gesteld in paragraaf 1.3 is sprake van existentiële vraagstukken die raken aan het bestaansrecht en de strategische positionering van het ziekenhuis in de (nabije) toekomst. Daarom moeten partijen besluiten nemen waaruit blijkt “waar het ziekenhuis voor staat” (waardenproductie) én de genomen besluiten moeten kunnen bogen op breed draagvlak (legitimiteit). Het element capaciteit – het vermogen om de beoogde waarden te leveren – betreft het onderwerp waarover een besluit moet worden genomen.

In de volgende subparagraaf wordt de ‘strategic triangle’ nader toegelicht. Daarna wordt de toepassing ervan binnen dit onderzoek beschreven.

1.6.1 **Besluitvorming, waardenproductie en legitimiteit**

Selznick (1957) maakt een duidelijk onderscheid tussen organisaties enerzijds en instituties anderzijds. Hij typeert een organisatie als een instrument om doelen te realiseren. Een institutie daarentegen is “infused with value beyond the technical requirements of the task at hand” (Selznick, 1957). In een institutie zijn (kern)waarden verankerd en diep geworteld in alle facetten van de institutie. Hij wijst daarbij nadrukkelijk op de interactie tussen omgeving en de diverse processen, structuren en systemen van de institutie. Een organisatie moet volgens Selznick gericht zijn op institutionalisering: zij moet kernwaarden incorporeren die uiting en invulling geven aan de unieke maatschappelijke opdracht waar zij voor staat.

In het verlengde van deze beschouwing van waarden en instituties heeft Mark Moore (Kennedy School of Government) een concept ontwikkeld voor ‘strategie in de publieke sector’. Uitgangspunt voor de zoektocht was dat wanneer het grootste doel van private bedrijven bestond uit het creëren van economische waarde, de grootste waarde voor publieke organisaties zou moeten bestaan uit het creëren van sociale of publieke waarde. Om te bepalen wat deze publieke waarde is, en hoe deze gerealiseerd kan worden, ontwierp Moore een strategisch model voor de publieke sector. Dit model gaf hij weer in de zogenaamde ‘strategic triangle’. De driehoek vestigt de aandacht op drie – onderling samenhangende – onderdelen die de publieke manager in ogenschouw moet nemen, voordat hij de organisatie waarin hij actief is committeert aan toekomstige doelen (zie figuur 4).

Zingeving of waardenproductie in de ‘strategic triangle’ betreft de waarden die een publieke organisatie levert/produceert aan haar omgeving. Waar staat zij voor en waar blijkt dit uit? De manier waarop de organisatie in staat is deze kernwaarden te produceren, is te beschrijven als ‘het vermogen tot leveren’. Deze *capaciteit* kent een breed bereik en kan onder meer gaan

over systeem, structuren, motivatie en competenties. In zijn boek (1995) benoemt Moore expliciet menskracht, financiële en andere middelen. In een paper uit 2004 schaaft hij ook nieuwe investeringen, innovaties en allianties onder deze noemer (Moore and Khagram, 2004). Het derde element is *legitimiteit*: in welke mate hebben publieke organisaties draagvlak onder de stakeholders die zij hebben als het gaat om de beoordeling, of de waardering door de stakeholders in termen van de waarden die het ziekenhuis in zijn handelen tot uiting wil laten komen en die door de omgeving ook verwacht worden. Dit vereist een nadrukkelijke kennis over de wijze waarop deze stakeholders 'in de wedstrijd zitten'. Wat zijn hun waarden, eisen en verwachtingen van de organisatie? Moore (1995) spreekt in dit licht treffend over de 'authorizing environment'.

1.6.2 Toepassing strategische driehoek

De strategische driehoek is voor dit onderzoek naar besluitvorming behulpzaam. Door het model toe te passen op besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten ontstaat een beter inzicht in besluitvormingsprocessen vanuit het perspectief van waarden en legitimiteit. Waardenproductie en legitimiteit behouden daarbij in dit onderzoek de oorspronkelijke invulling zoals Moore die schetst. Het element capaciteit wordt afhankelijk van het onderwerp besluitvorming geconcretiseerd in dit onderzoek.

De waarden die het ziekenhuis geacht wordt te produceren, dienen in alle facetten van de bedrijfsvoering te weerklinken. Zo stelt Selznick (1957) dat de organisatie pas op een juiste wijze invulling kan geven aan de unieke maatschappelijke opdracht die zij heeft, wanneer er sprake is van 'institutionalisering'. Anders gezegd, de besluitvorming moet recht doen aan de waarden die het ziekenhuis produceert. Indien de waarden onvoldoende doorklinken heeft dit effecten op de legitimiteit van de organisatie. Gezien de afhankelijkheid tussen legitimiteit, waarden en besluitvorming, is het voorstelbaar dat in de maatschappelijke discussie over ziekenhuizen een verband wordt gelegd tussen de legitimiteit van het ziekenhuis (of het ontbreken ervan) en de wijze waarop het ziekenhuis wordt bestuurd.

Opgemerkt wordt dat het gebruik van de 'strategic triangle' niet de suggestie mag wekken dat het bijdraagt aan de ontwikkeling of het ontwerp van een nieuwe theorie voor besluitvorming. Het model wordt gebruikt om perspectieven te laten zien op de wijze waarop raad van bestuur en medisch specialisten zich ten opzichte van elkaar opstellen en ten opzichte van elkaar verhouden. Het model wordt dus gebruikt voor analyse en voor beschrijving van besluitvorming.

Waardenproductie (zingeving)

Binnen dit onderzoek wordt – analoog aan paragraaf 1.2 – het volgende onder 'waarde' verstaan. Waarden zijn collectieve opvattingen of concepten over het wenselijke, die richting geven aan

gedrag. Ze zijn daarmee abstract en hebben een algemeen karakter. Zij dienen daarom altijd gezien te worden in het licht van een bepaalde context, i.c. de besluitvorming tussen raad van bestuur en medische staf. Omdat waarden een sterke invloed hebben op het gedrag, kunnen deze waarden afgeleid worden uit het gedrag van een actor. Waarden onderscheiden zich daarnaast van belangen en normen, omdat waarden niet gaan over 'eigen belang' respectievelijk het goed of fout van gedrag bepalen. Voorts geldt dat binnen dit onderzoek wordt uitgegaan van een algemeen, generalistisch waardepatroon van zowel raad van bestuur als medisch specialisten.

Het ziekenhuis heeft de maatschappelijke taak om te voldoen aan de waarden en eisen die de omgeving stelt aan het ziekenhuis. Deze waarden zijn erg divers. Doordat het ziekenhuis opereert in verschillende ideaaltypische domeinen (zie paragraaf 1.5), lopen de corresponderende waarden van deze domeinen door elkaar heen. Zo verwacht de maatschappij dat het ziekenhuis de rechtsgelijkheid tussen patiënten waarborgt en dat patiënten kunnen vertrouwen op toegankelijkheid, kwaliteit en veiligheid van diensten. Daarnaast vereist een gezonde bedrijfsvoering een zekere mate van efficiency en winstgevendheid en is er wellicht sprake van (een bepaalde mate van) concurrentie. Verder heeft ook de medische staf een grote invloed op de maatschappelijke taak van het ziekenhuis, waarbij bijvoorbeeld de professionele autonomie een belangrijke waarde is voor de medische beroepsgroep in de samenleving.

Vanuit de maatschappelijke taak van ziekenhuis – het voldoen aan de waarden en eisen van de omgeving – is het ziekenhuis een waardenproducerende instelling. Zij levert als het ware diensten en producten die waarden vertegenwoordigen zoals de omgeving die van het ziekenhuis verlangt. Dit roept een tweetal vragen op. In de eerste plaats is het de vraag of de waarden die het ziekenhuis produceert in overeenstemming zijn met de maatschappelijke eisen en verwachtingen? Daarnaast is het de vraag of deze waarden doorgedrongen zijn in de besluitvorming tussen raad van bestuur en medische staf?

Legitimiteit

Het begrip legitimiteit is onder te verdelen naar existentiële legitimiteit en operationele legitimiteit. Het lijkt geen discussie dat er een organisatie of instelling moet zijn waar medisch specialistische zorg aangeboden wordt voor hen die dat nodig hebben. Deze existentiële vraag staat derhalve niet ter discussie. De legitimiteit die bedoeld wordt gaat over het gedrag van partijen in een zekere situatie, bijvoorbeeld als er sprake is van een incident. Hoe heeft de raad van bestuur gehandeld en wat was de rol en het gedrag van de medische staf? Het is deze operationele vorm van legitimiteit die aan de orde is in dit onderzoek.

Binnen dit onderzoek gaat (de operationele vorm van) legitimiteit over draagvlak onder stakeholders bij besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Moore

(1995) noemt dit de 'authorizing environment'. In dit onderzoek wordt de definitie van Suchman (1995) gevolgd. Hij duidt legitimiteit als "de algemene perceptie dat de acties van een organisatie gewenst, juist en passend zijn binnen een bepaald (sociaal gevormd) systeem van normen, waarden, opvattingen en definities." Kortom, is het vanuit waarden gewenst dat het besluitvormingsproces zo is verlopen en is het gedrag van actoren te rechtvaardigen?

Opgemerkt wordt dat dit onderzoek niet primair is gericht op normering van besluitvorming. Er zal dan ook geen oordeel over gedrag of over nagestreefde waarden geuit worden in termen van 'goed' of 'fout'. Wel is de door betrokkenen ervaren legitimiteit van besluitvorming onderwerp van dit onderzoek. Op dat gebied zal een vorm van 'waardering' of 'beoordeling' geformuleerd worden.

Capaciteit

Het element 'capaciteit' drukt het vermogen van de organisatie uit om diensten of producten te kunnen genereren. Daarmee is dit element breed toepasbaar. Voor dit onderzoek wordt het element 'capaciteit' per case anders ingevuld: het is het onderwerp waarover een besluit genomen moet worden. Vooruitlopend op de beschrijving van de cases komen de volgende elementen aan bod in dit onderzoek: honorarium van medisch specialisten, een systematiek om functioneren van medisch specialisten te beoordelen, (kwaliteit van) de productie-infrastructuur (i.c. een operatiekamercomplex). Naast deze hoofdonderwerpen spelen in de besluitvormingsprocessen meerdere elementen die als capaciteit te duiden zijn en samenhangen met de inhoudelijke afwegingen die rondom een besluit spelen.

1.7 Onderzoeksaanpak

Volgend uit de motivatie voor en doelstelling van het onderzoek, is gekozen voor een empirische en analytische focus in de vorm van casestudies en dataverzameling. Uiteraard is deze vooraf gegaan door de eerder weergegeven theoretische verkenning die heeft geleid tot keuzes voor de meest relevante concepten.

In deze paragraaf worden de centrale concepten samengevat die volgen uit de theoretische verkenning. Daarna wordt dieper ingegaan op de casestudies, de dataverzameling en het handelingsperspectief van waaruit het empirisch deel van dit onderzoek is benaderd.

1.7.1 Onderzoekskoncepten

Op basis van de voorgaande paragrafen, zijn onderstaand de centrale concepten die in dit onderzoek aan de orde komen samengevat.

- Besluitvorming:** In navolging van de commissie Meurs (1999) geldt dat besturing van het ziekenhuis een essentieel onderdeel van de ziekenhuisgovernance is. Meest kenmerkende element van besturing is vanzelfsprekend het nemen van besluiten.
- Waardenproductie:** Waardenproductie is binnen het model van Moore (1995) een beschrijving van de waarden die de organisatie levert aan haar omgeving. Het is als zodanig een uiting van waar de organisatie Waarden zijn daarbij opvattingen of concepten over het wenselijke die richting geven aan gedrag. Waarden zijn abstract en hebben een algemeen karakter. Zij dienen daarom altijd gezien te worden in het licht van een bepaalde context, i.c. de besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Omdat waarden een sterke invloed hebben op het gedrag, kunnen deze waarden afgeleid worden uit gedrag van een actor. Waarden onderscheiden zich daarnaast van belangen en normen, omdat waarden niet gaan over 'eigen belang' respectievelijk het goed of fout van gedrag bepalen.
- Legitimiteit:** Legitimiteit (in navolging van Suchman, 1995) is "de algemene perceptie dat de acties van een organisatie gewenst, juist en passend zijn binnen een bepaald (sociaal gevormd) systeem van normen, waarden, opvattingen en definities." Met betrekking tot besluitvorming betekent dit dat legitimiteit als volgt benaderd wordt: is het vanuit waarden gewenst dat het besluitvormingsproces zo is verlopen en is het gedrag van actoren te rechtvaardigen?
- Capaciteit:** Moore (1995) beschouwt de capaciteit van een organisatie als het vermogen om waarden te leveren. Volgend op de brede invulling door Moore zelf (hij benoemt o.m. systemen, innovaties, menskracht, competenties, etc.) betreft capaciteit in dit onderzoek de onderwerpen waarover besluitvorming plaats vindt tussen raad van bestuur en medisch specialisten.
- Hybriditeit:** Hybriditeit is in dit onderzoek de beschrijving van de ziekenhuisomgeving en een wordt als een gegeven beschouwd. Het betreft specifiek de samenballing van vier domeinen – markt, overheid & politiek, gemeenschap en medische professie – met ieder ideaaltypisch corresponderende waarden. Cruciaal daarbij is dat het gaat om de langdurige verbinding van elementen uit deze vier domeinen die tegenstrijdig en zelfs conflicterend zijn, of als zodanig worden ervaren (vrij naar: Brandsen, Van de Donk & Kenis, 2006 en Putters, 2009)

1.7.2 Case studies

Gegeven het onderwerp van dit onderzoek is een aantal empirische casestudies gedaan naar de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten in besluitvorming. Er zijn drie cases bestudeerd die ieder een eigen thema kennen en daarmee ook een andere inhoudelijke invalshoek hebben.

De drie cases zijn geselecteerd op basis van de hybride context van het ziekenhuis. Dit betekent dat de drie cases ieder corresponderen met een van de vier specifieke domeinen die gezamenlijk de hybride context van het ziekenhuis vormen (zie figuur 3). Per case ligt het accent steeds op één van de volgende domeinen: markt, overheid & politiek en medisch professioneel domein.

Het vierde domein, dat van de gemeenschap, omvat de persoonlijke omgeving van de patiënt en zijn naaste, evenals de algemene 'buitenwereld'. Dit domein komt in elke case aan de orde, evenals in de reflectie op de cases.

Kortom, door de selectie van de cases te relateren aan de hybride context van het ziekenhuis, worden de waarden die daarmee ideaaltypisch corresponderen ingebracht in dit onderzoek. Daardoor is het zowel mogelijk te inventariseren welke waarden daadwerkelijk aan bod komen in besluitvorming, als ook te bestuderen hoe raad van bestuur en medisch specialisten met deze waarden om gaan in besluitvorming.

De drie cases die onderzocht zijn in dit onderzoek zijn:

- *Prestatiebeloning*

Gelijktijdig met de introductie van het DBC-systeem in 2008, introduceerde het ministerie van VWS ook een nieuw instrument voor raden van bestuur. Dit instrument was onderdeel van een grotere 'package deal' en bestond eruit dat raden van bestuur verschil konden aanbrengen in het honorariumtarief (per uur) per individuele medisch specialist. Het beleid voorzag erin dat raden van bestuur een medisch specialist 6 euro per uur extra konden betalen indien zijn prestaties daarmee in overeenstemming zouden zijn. Tegelijkertijd voorzag het beleid ook in het omgekeerde: de medisch specialist kon 6 euro per op zijn honorarium gekort worden indien zijn prestaties onvoldoende bleken in de ogen van het bestuur. Concreet betekende dit dat het uurtarief van de individuele medisch specialist kon variëren tussen €129,50 en €141,50 (prijspeil 2008).

Deze case is indicatief voor het domein van de 'markt' (zie figuur 3).

- *Ingrijpen door Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*

De overheid – in de gedaante van de IGZ – is bevoegd en soms genoodzaakt om onaangekondigde bezoeken af te leggen, zeker als er een verdenking bestaat jegens een ziekenhuis, waarbij kwaliteit van zorg in het geding is. Wat gebeurt er als de IGZ ingrijpt? Deze case beschrijft een dergelijke gebeurtenis, waarbij de IGZ onaangekondigd een inspectiebezoek bracht aan het operatiecomplex van een ziekenhuis: een voor de productie vitale infrastructuur. De case beschrijft in chronologische volgorde wat er speelde en wat er gebeurde tussen raad van bestuur en medische staf en de besluiten die beiden namen. De IGZ als essentiële speler in de context van het ziekenhuis biedt op zichzelf een illustratie van 'hybriditeit'. Zij heeft zowel de rol en positie van hoeder van medisch professionele normen en waarden als die van publieke toezichthouder. Waar de eerste rol en positie een oriëntatie op de professionele context vereist, vereist de tweede een oriëntatie op publieke verwachtingen. Deze zijn gebaseerd op beelden van (onvoldoende) kwaliteit en veiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen. Hiermee biedt de casus de mogelijkheid van inzicht in (de verhouding tussen) de vier domeinen uit het model van de hybride ziekenhuiscontext.

Deze case is indicatief voor het domein van de 'overheid & politiek' (zie figuur 3).

- *Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS)*

Professionele kwaliteit wordt geacht een professionele noodzaak te zijn. Echter, incidenten rondom medisch specialisten hebben geleid tot eisen van overheid en samenleving voor meer toezicht op de beroepsgroep. Daarop heeft de orde van medisch specialisten de commissie Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) in het leven geroepen. Deze commissie publiceerde in 2008 een rapport over de invoering van het IFMS systeem. Vanaf dat moment werden ziekenhuizen geacht dit IFMS systeem te implementeren, te meer de IGZ er later een harde 'prestatie-indicator' van maakte in haar toezicht op de ziekenhuizen. In een zestal ziekenhuizen is onderzocht op welke wijze de raad van bestuur en de medische staf zijn omgegaan met de invoering van dit IFMS systeem. Welke rol hadden de partijen bij deze invoering (en vanuit welke waarden), werd het IFMS breed gedragen en welke omstandigheden bleken succesvol voor de implementatie en welke niet?

Deze case is indicatief voor het domein van de 'medische professie' (zie figuur 3).

De bestudeerde cases zijn goede voorbeelden waaruit verschillende eisen, waarden en belangen blijken. Ook geldt dat de drie cases allen een relatie hebben met het beleid dat op landelijk niveau opgesteld is. De wisselwerking tussen de omgeving van het ziekenhuis enerzijds en de besluitvorming tussen raad van bestuur en medische staf anderzijds, is daarmee nadrukkelijk aanwezig.

De onderwerpen die in de drie cases centraal staan, speelden allen binnen een vergelijkbaar tijdsbeeld: 2008, 2009 en 2010. Het is van belang dat in deze periode geen majeure veranderingen hebben plaats gevonden in het ziekenhuissysteem¹². Deze 'status quo' maakt het mogelijk de resultaten van de drie cases onderling te vergelijken.

Voorts geldt dat enkel onderzoek is verricht naar de Nederlandse algemene ziekenhuizen (inclusief topklinische ziekenhuizen), zodat de vergelijking tussen de verschillende ziekenhuizen op het vlak van governance structuur terecht gemaakt kan worden. Door deze afbakening kan een vergelijking gemaakt worden – per case én tussen cases – op inhoudelijke afwegingen en het gedrag van zowel de raad van bestuur als ook van de medisch specialisten. De universitaire medische centra en categorale instellingen vallen om die reden buiten de scope van dit onderzoek.

1.7.3 Dataverzameling

Het verzamelen van de empirische data over het gedrag van actoren kan op twee manieren ingericht worden (WRR, 2003). De wetenschappelijk raad voor het regeringsbeleid benoemt dit in navolging van Rescher (1969) als: zeg-gedrag versus doe-gedrag. In de eerste variant vraagt de onderzoeker naar het gedrag van actoren en de achterliggende reden daarvoor. De tweede optie behelst het actief observeren van de onderzochte partijen. Interessant is daarbij de opvatting dat het zeg-gedrag niet automatisch overeenkomst met het doe-gedrag. Echter, zo stelt de WRR (2003) is het onoverkomelijk een beroep te doen op het zeg-gedrag van actoren in onderzoek naar waarden. Identieke gedragingen kunnen uitingen zijn van andere waarden. Tegelijkertijd kunnen verschillende waarden tot uiting komen in afwijkend gedrag en handelen.

Voordeel van het verzamelen van data via zeg-gedrag is daarbij dat de ene partij iets kan zeggen over de andere partij. Daaruit blijkt ten minste ook of er sprake is van consistentie in de waarneming tussen partijen en kan eventuele divergentie tussen partijen geduid worden. Gezien de aard van dit onderzoek is ervoor gekozen om het handelen van actoren te onderzoeken op basis van het zeg-gedrag. Het doe-gedrag observeren was om meerdere redenen niet mogelijk. Zo is er sprake van retrospectief onderzoek en is het niet mogelijk als onderzoeker op meerdere plaatsen tegelijk te zijn, terwijl besluitvormingsprocessen in de ziekenhuizen gelijktijdig speelden.

In dit onderzoek is het zeg-gedrag onderzocht door het houden van interviews met betrokken actoren. Door hen gericht te bevragen aan de hand van de casuïstiek die centraal stond, was het mogelijk verschillen en overeenkomsten tussen partijen in het zeg-gedrag te analyseren. Tevens konden door deze wijze van onderzoeken gericht vragen gesteld worden over waarden.

¹² De veranderingen die kort beschreven zijn in de inleiding van dit onderzoek dateren allen van na 2010.

1.7.4 **Handelingsperspectief**

Dit onderzoek heeft als centrale thema: waarden in de besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten in het ziekenhuis. Daarbij geldt dat het onderzoek zich richt op de waarden die te destilleren zijn uit de context van het ziekenhuis: de hybride context als samenballing van vier domeinen. In de literatuur wordt in dit perspectief ook gesproken over 'competing logics' (o.m. Van Gestel & Hillbrand, 2011).

Een adequate aanpak voor een dergelijk onderzoek wordt geschetst door Mayntz & Scharpf (1995). Deze onderzoekers betogen methodologisch een combinatie te maken van institutionalisme en individualisme, wat te benoemen is als 'actor-centered institutionalism' en als volgt is te beschrijven "...a tailor-made approach for research on the problem of governance and self-organization on the level of entire social fields" (Mayntz & Scharpf, 1995). Kern van de benadering is dat de institutionele structuur niet los gezien kan worden van het individueel handelen van een actor. Andersom geldt dat overigens ook. Lieverdink (1999) wijst in zijn onderzoek op een belangrijke functie van de handelingstheorie die zeker ook van toepassing is op dit onderzoek. Hij stelt dat de handelingstheorie een bruikbaar middel is in het ordenen van de omgeving.

1.8 **Afbakening**

In het voorgaande deel van dit hoofdstuk is beschreven waarom de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten cruciaal is voor besluitvorming in het ziekenhuis. Tegelijkertijd is ook de problematische complexiteit ervan beschreven, hetgeen de aanleiding voor dit onderzoek vormt. Hierbij hoort een aantal opmerkingen ten aanzien van afbakening.

Een eerste opmerking in dit kader betreft de literatuur die is geanalyseerd. Zoals in paragraaf 1.4 is benoemd, heeft het onderzoek vooral een empirische aanleiding en basis: het verbeteren van de zorgpraktijk. Dit betekent ook dat het een bewuste keuze is geweest de bestudeerde literatuur langs te lopen en in dit onderzoek te beschrijven vanuit het perspectief van meerwaarde voor de analyse van de zorgpraktijk. Een uitgebreide kritische confrontatie tussen beschreven concepten wordt daarbij achterwege gelaten.

In dit onderzoek en in de case studies wordt met 'de medisch specialisten' het collectief van medisch specialisten in het ziekenhuis bedoeld. Het gaat expliciet niet om individuele artsen. Dit betekent niet automatisch dat het formele gremia betreft, zoals bijvoorbeeld de Vereniging Medische Staf. Toch is de duiding en afbakening van 'medisch specialisten' niet evident. Veelal spreekt de raad van bestuur met koplopers of (in)formele representanten van de medische staf en – vanzelfsprekend – niet met alle medici. En afhankelijk van een onderwerp kan deze

groep koplopers wisselen in samenstelling. Opgemerkt wordt dat per groep van koplopers of per groep representanten, andere waarden of oriëntaties dominant kunnen zijn. Ook is het bestaan van duaal of integraal management van invloed¹³. Want een medisch specialist in zijn rol als medisch manager is representant van de medisch specialisten, de maatschap/vakgroep en de medisch specialisten als collectief. De conclusie is daarom ook dat de afbakening en invulling van 'medisch specialisten' in dit onderzoek fluïde is: de invulling wisselt naar gelang het vraagstuk. Dit heeft ook effect op de manier waarop de medisch specialisten als collectief en door koplopers worden gerepresenteerd. Dit wisselt tussen de cases. Gevolg hiervan is dat per case andere waarden, opvattingen en oriëntaties aan de orde komen, maar wel geschaard worden onder 'medisch specialisten'.

Daarnaast is het niet reëel te veronderstellen dat besluitvorming in het ziekenhuis een aangelegenheid is waar raad van bestuur en medisch specialisten per definitie samen optrekken. Op dagdagelijkse basis nemen raden van bestuur zelfstandig besluiten. Zeker waar het aangelegenheden betreft van meer operationele of tactische aard, is de betrokkenheid van de medisch specialisten niet altijd aan de orde. Waar de beide partijen wel degelijk samen tot besluitvorming komen zou een volgende opsomming als grove schets kunnen gelden. Het gaat om vraagstukken die de medische staf als geheel aangaan, vraagstukken die betrekking hebben op een maatschap of vakgroep, vraagstukken die het primaire proces raken, of vraagstukken die van strategische aard zijn. Kortom, dossiers waarin de raad van bestuur zelfstandig besluiten neemt, vallen buiten dit onderzoek, omdat dit onderzoek specifiek gericht is op de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten en op de besluiten die door beiden genomen worden.

In het verlengde hiervan geldt dat het onderzoek beschouwd kan worden als een perspectief op de besturing van het ziekenhuis. Dit leidt ertoe dat de raad van bestuur meer nadruk krijgt in dit onderzoek dan de medisch specialisten. Er zijn twee redenen die daar vooral aan bijdragen. In de eerste plaats is deze nadruk vanzelfsprekend gezien het verschil tussen raad van bestuur en medisch specialisten in de primaire functie die beiden bekleden. De raad van bestuur heeft het besturen van het ziekenhuis als primaire taak, voor de medisch specialisten is dat de rol als arts. Voor laatstgenoemde geldt dat het bestuurlijke aspect hieraan ondergeschikt is. Aansluitend geldt dat beide partijen besluitvorming ook op een ander niveau benaderen. Voor medisch specialisten speelt besluitvorming voornamelijk in het primaire proces. Daarbij is de rol van de raad van bestuur nauwelijks tot niet aan de orde. Andersom geldt dat besluitvorming voor de raad van bestuur zich uitstrekt over beleids- en/of organisatievraagstukken. De niveaus van besluitvorming of plaatsen waarop besluitvorming plaats vindt, wisselen tussen beide partijen.

¹³ Het duale en integrale model behelzen beiden dat een eenheid (zoals een resultaat verantwoordelijke eenheid) binnen het ziekenhuis wordt aangestuurd door bedrijfsmatig manager en een medisch manager.

Vanuit het perspectief van besturing van het ziekenhuis, wordt besluitvorming in dit onderzoek beschouwd en geanalyseerd op het niveau waarop de raad van bestuur de grootste rol heeft. Het is voorstelbaar dat (een van de) adviesorganen in het ziekenhuis en/of partijen buiten het ziekenhuis een wezenlijke rol en invloed hebben gehad in de cases die bestudeerd zijn. Hierop is geanticipeerd door in het empirisch onderzoek rekening te houden met 'significant others'. Vrij naar Woelfel & Haller (1971) gaat het hierbij om (overige) personen die invloed uitoefenen op andere personen of processen. Mocht uit de interviews volgen dat andere adviesorganen een inhoudelijk belang hebben gehad of een bepalende invloed in het proces kenden, dan komen deze invalshoeken als vanzelf naar boven. Anders gezegd, als andere partijen dan raad van bestuur en medisch specialisten van belang zijn geweest in de cases, worden zij aan de orde gesteld als 'significant others'.

Een laatste opmerking betreft de literatuur die is geanalyseerd. Zoals in paragraaf 1.4 is benoemd, heeft het onderzoek vooral een empirische aanleiding en basis: het verbeteren van de zorgpraktijk. Dit betekent ook dat het een bewuste keuze is geweest de bestudeerde literatuur langs te lopen, zonder daarbij een uitgebreide kritische confrontatie tussen beschreven concepten te geven.

1.9 Relevantie

De relevantie van dit onderzoek ligt zowel op wetenschappelijk als maatschappelijk vlak. De vaak normatieve opvattingen en opinies van politici en ook diverse codes schrijven voor hoe het gewenste gedrag van bestuurders en medisch specialisten behoort te zijn. Tegelijkertijd is er erg weinig onderzoek gedaan naar de wijze waarop raad van bestuur en medisch specialisten omgaan met de ideaaltypische waarden – die op basis van de theorie met beide partijen te verbinden zijn – in besluitvorming en wat dit betekent voor de governance van het ziekenhuis. Het onderzoek poogt daarmee een bijdrage te leveren aan het debat over en de invulling van de governance, specifiek de besturing in het ziekenhuis door deze empirische lacune in te vullen. Het belang van dit onderzoek is dan ook gelegen in de noodzaak verbeteringen aan te brengen in besluitvorming, welke effecten kunnen hebben op de besturing en governance van het ziekenhuis.

1.9.1 Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van het onderzoek is op een viertal wetenschappelijke terreinen aanwezig.

Voor de zorgsector is (health care) governance al sinds 1999 bestudeerd en er is sindsdien veel over beschreven. Opvallend daarbij is de veranderende visie, zowel op de inhoudelijke

scope (van regels en procedures naar moreel kompas en 'leren') als de verbreding van het aantal betrokken partijen. Daarbij is door de jaren heen veel aandacht uitgegaan naar de verantwoordingskant van governance. Dit onderzoek richt zich met nadruk op de 'voorkant' van het governanceproces: besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Omdat het onderzoek gericht is op waarden die in deze besluitvormingsprocessen aan de orde komen, wordt daarbij een verbinding gemaakt tussen de omgeving enerzijds en de raad van bestuur en de medisch specialisten anderzijds.

De tweede wetenschappelijke relevantie ligt in de theorievorming rondom de besturing van professionele organisaties. In het vraagstuk rondom besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten ligt de klassieke tegenstelling verscholen tussen managers en professionals. In zijn oratie breekt Noordegraaf (2008) een lans voor de managers, waarmee hij ingaat tegen een haast gevestigd beeld in de publieke opinie dat samengevat kan worden als 'weg met de manager, leve de professional' of zoals De Bruijn & Noordegraaf (2010) schetsten "professionele organisaties zijn overmanaged." Juist in besluitvorming in het ziekenhuis zijn beide partijen nodig om elkaars doelen (door middel van besluitvorming en de uitvoering daarvan) te kunnen realiseren. In dit licht is besluitvorming in het ziekenhuis ook een thema van de professionele organisatie en hoe waarden van partijen zich daarin tot elkaar verhouden. De wetenschappelijke noodzaak van dit onderzoek ligt dan ook in het inzicht in gedrag, gestuurd door waarden, van de partijen in besluitvorming en in het inzicht in de wijze waarop partijen zich daarbij tot elkaar verhouden.

Als derde is dit onderzoek voor een groot deel gestoeld op theorieën rondom hybriditeit en hybride organisaties (zie onder meer WRR, 2004; Brandsen, Van de Donk & Putters, 2005; Van Hout, 2007; Billis, 2010). In de hybride omgeving van het ziekenhuis spelen diverse trekkrachten (Van Hout, 2007) en institutionele logica's (o.m. Putters, 2009; Van der Scheer, 2013) op elkaar in. Het ziekenhuis wordt geacht adequaat om te gaan met deze waarden en logica's. Brandsen, Van de Donk & Putters (2005) hebben het concept 'hybriditeit' conceptueel uitgewerkt en bevelen onderzoek aan om het concept empirisch te laden. Specifiek wijzen zij daarbij op situaties waarin de spanningen tussen verschillende handelingslogica's aanzienlijk zijn. Het onderzoek naar waarden in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten voldoet aan deze oproep: 'governance in actie'.

Ten slotte geldt als vierde wetenschappelijk relevantie een raakvlak met onderzoek naar waarden binnen het ziekenhuis. Bekend is dat waarden richtinggevend vectoren voor gedrag zijn. Dit betekent ook dat gedragingen van partijen de uiterlijke verschijningsvorm zijn van de achterliggende waarden van die partijen. Deze waarden kunnen congruent aan elkaar zijn, of met elkaar in tegenspraak zijn. Doordat in dit onderzoek bestudeerd wordt welke waarden door

respectievelijk raad van bestuur en door medisch specialisten worden nagestreefd, ontstaat een beeld van welke waarden voor het instituut ziekenhuis bepalend of leidend zijn. De gedragingen van de raad van bestuur en medisch specialisten vormen hiervoor het aangrijpingspunt.

1.9.2 **Maatschappelijke relevantie**

Het bieden van voorstellen ter verbetering van de governance van het ziekenhuis kent een maatschappelijke relevantie. De afgelopen jaren zijn er diverse voorbeelden naar buiten gekomen waarin besluitvorming binnen het ziekenhuis problematisch bleek. De oorzaak van deze problemen is vaak toegeschreven aan de samenwerking tussen medisch specialisten en raad van bestuur. Altijd waren de effecten groot voor patiënten van het desbetreffende ziekenhuis. De problematiek van deze relatie vormt daarmee een direct maatschappelijk belang. Dit werd versterkt door de recente incidenten in de Nederlandse ziekenhuizen, waarin raden van bestuur, medisch specialisten en in- en externe toezichthouders de nodige verwijten zijn gemaakt. Interne en externe onderzoekscommissies trokken verschillende lessen uit deze incidenten en de discussie over de besturing van het ziekenhuis zet zich voort. Nieuwe inzichten in de relatie tussen raad van bestuur en medische staf – als oorzaak voor deze incidenten – zijn dan ook noodzakelijk om deze discussie te sturen en tot structurele verbetering te komen.

De normatieve opvattingen en opinies van politiek en media over 'hoe het moet zijn' gaan te vaak voorbij aan de geschetste problematiek die inherent is aan de besturing van het ziekenhuis. In de meningen die geuit worden, worden besluitvorming in en besturing van een ziekenhuis te eenvoudig gelijk gesteld aan dat van een 'gewone' organisatie én dat het 'gewoon altijd' goed moet zijn. Het wezenlijke verschil tussen het ziekenhuis en een 'gewone' organisatie – de specifieke relatie in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten – wordt hierbij te eenvoudig vergeten of gemarginaliseerd. Dit onderzoek stelt deze bijzondere relatie centraal en biedt daardoor inzichten die politiek en media ondersteunen in genuanceerde uitspraken over de besturing van het ziekenhuis.

1.10 **Leeswijzer**

Het onderzoek is opgebouwd uit drie delen. Het eerste deel betreft de theoretische opzet. Dit wordt gevolgd door een empirische studie aan de hand van een drietal cases in deel twee. Op basis van resultaten van deze empirische studie zijn vervolgens conclusies getrokken in deel drie van het onderzoek.

Het eerste deel van dit onderzoek wordt vervolgd met twee hoofdstukken die beiden ingaan op de problematiek rondom ziekenhuisgovernance. Hoofdstuk 2 gaat in op de adequate inrichting van de ziekenhuisgovernance, gegeven de omgeving van het ziekenhuis. Vanuit een netwerk-

perspectief komt daarin het spanningsveld aan bod tussen leren en vertrouwen enerzijds en controle en regels anderzijds. De keuze om het netwerk-perspectief toe te voegen aan wat reeds in hoofdstuk 1 aan de orde kwam, ligt in de aanleiding van hoofdstuk 2 om governance te beschouwen als een samenspel van meerdere actoren in het ziekenhuis met ieder eigen verantwoordelijkheden en rollen. Dit volgt uit de visie van de IGZ op ziekenhuisgovernance die in het hoofdstuk wordt geïntroduceerd. Het netwerk-perspectief geeft in dit hoofdstuk een invulling aan de stakeholders die noodzakelijk zijn voor legitimiteit. Het hoofdstuk is daarmee ook meer gericht op de omgeving van het ziekenhuis dan op de specifieke relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten in het ziekenhuis. In het derde hoofdstuk wordt een model gepresenteerd waarmee de problematiek binnen het ziekenhuis meer systematisch kan worden geanalyseerd. Vanuit deze analyse kan vervolgens een effectieve interventie ontwikkeld worden. Het model wordt toegepast op een praktijksituatie. Het model in hoofdstuk 3 volgt uit de complexe vraagstukken waarover besluitvorming plaats moet vinden binnen het ziekenhuis. Het model beoogt een bijdrage te leveren om deze vraagstukken meer gestructureerd te analyseren als onderdeel van besluitvorming in het ziekenhuis. Het beschreven model in hoofdstuk 3 raakt aan de hybride ziekenhuiscontext omdat het de uiteenlopende opvattingen, waarden en belangen gestructureerd ordent in het model. Tevens raakt het aan de 'strategic triangle' vanwege de koppeling die het model maakt met legitimiteit van genomen besluiten.

Het tweede deel van dit onderzoek behelst het empirisch onderzoek. In dit deel komen de drie cases aan bod die centraal staan in dit onderzoek. Hoofdstuk 4 is de uitwerking van de case 'prestatiebeloning' waarin besluitvorming is onderzocht rondom een instrument wat het voor raden van bestuur mogelijk maakte te differentiëren in het individuele uurtarief van medisch specialisten. In hoofdstuk 5 staat de case centraal die handelt over de sluiting van een OK-complex door de Inspectie voor de Gezondheidszorg na een onaangekondigd en dus onverwacht inspectiebezoek. Hoofdstuk 6 is het afsluitende hoofdstuk van deel 2. Het hoofdstuk behandelt de besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten bij de introductie en implementatie van het systeem van individueel functioneren medisch specialisten (IFMS).

Het derde deel van het onderzoek omvat de conclusies en discussie van dit onderzoek. Ter afsluiting wordt een reflectie gegeven op dit onderzoek en de resultaten ervan.

Literatuur

- **Abbott, A.** (1998) The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago, London: The university of Chicago Press
- **Asscher E.C.A., I. Bolt and M.H.N. Schermer** (2012) Wishfulfilling medicine in practice: a qualitative study of physician arguments. In: Journal of medical ethics. Vol. 38, issue 6, pp. 327 – 331
- **Barzelay, M.** (2001) The new public management. Berkeley: University of California Press
- **Beauchamp, T.L.** and J.F. Childress (1994) Principles of Biomedical Ethics, 4th ed. New York: Oxford University Press
- **Becker, J.W., G.M.W. van Enckevort en Ch. J. Enschedé** (1983) Normen en waarden: verandering of verschuiving? 's Gravenhage: VUGA
- **Bekkers, V.J.J.M.** (2007) Beleid in beweging. Achtergronden, benaderingen, fasen en aspecten van beleid in de publieke sector. Den Haag: Lemma
- **Berden, H.J.J.M.** (2009) Dat wat verstandig lijkt... Universiteit van Tilburg (oratie)
- **Billis, D.** (2010) Hybrid organizations and the third sector: challenges for practice, theory and policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- **Boonstra, J.J.** (2000) Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren. Universiteit van Amsterdam (oratie)
- **Bossert, H., H. van Leeuwen en P. Smidt** (2004) Governance beter verklaard: goed bestuur in de zorgpraktijk. Assen: Koninklijke Van Gorcum
- **Brandens, T. and V. Pestoff** (2006) Co-production, the third sector and the delivery of public services: an introduction. In Public Management Review. Vol. 8, issue 4, pp. 493 – 501
- **Brandens, T., W. van de Donk en K. Putters** (2005) Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector. In: International journal of Public Administration. Vol. 28, pp. 749 – 765
- **Brandens, T., W. van de Donk en P. Kenis** (2006) Meervoudig bestuur: publieke dienstverlening door hybride organisaties. Den Haag: Lemma
- **Brandens, T. en P. Karré** (2010) Hybride organisaties: een overzicht van het onderzoek in de Nederlandse bestuurskunde. In: Bestuurswetenschappen. Vol. 64, issue 2, pp. 71 – 85
- **Bruijn, J.A. de & M. Noordegraaf** (2010) Professionals versus managers: de onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken. In: Bestuurskunde. Nr. 3, pp. 6 – 20
- **Burns, L.R., D.B. Nash, and D.R. Wholey** (2007) The evolving role of third parties in the hospital physician relationships. In: American journal of Medical Quality. Vol. 22, issue 6, pp. 402 – 409
- **Carr-Saunders, A.M. and P.A. Wilson** (1933) The professions. Oxford: Clarendon press
- **Commissie behoorlijk bestuur** (2013) Een lastig gesprek. Den Haag
- **Commissie Health Care Governance** (commissie Meurs) (1999) Health care governance: aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg. Soesterberg: C3 Hospital Consultancy
- **Dekker, P.** (2004) The third sector in Europe. Evers, A. & Laville, J. L. (eds.). Cheltenham: Edward Elgar, p. 144 – 165
- **Donk, W.B.H.J. van de** (2001) De gedragen gemeenschap. Over katholiek maatschappelijk organiseren de ontzuiling voorbij. Den Haag: Sdu uitgevers (inaugurale rede)
- **Ecorys** (2010) Governance in semi-publieke instellingen: Welke lessen kunnen we leren uit het buitenland? (Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het ministerie van economische zaken) Rotterdam
- **Edelenbos, J.** (2000) Proces in vorm. Utrecht: Lemma
- **Eed van Hippocrates/Artseneed**, 2003
- **Epstein, R.M. and E.M. Hundert** (2002) Defining and assessing professional competence. In: JAMA. Vol. 287, issue 2, pp. 226 – 235
- **Freidson, E.** (2001) Professionalism. The third logic. Cambridge: Polity press
- **Frissen, P.H.A., P. 't Hart, J.R. de Hoog, K. van Oorschot en N.M.H. Chin-A-Fat** (2014) Governance in de rechtspraak. Den Haag: Sdu uitgevers
- **Frissen, P.H.A.** (1996) De virtuele staat. Schoonhoven:

- Academic Service
- **Gestel**, N. van and B. Hillebrand (2011) Explaining stability and change: the rise and fall of logics in pluralistic fields. In: *Organization studies*. Vol. 32, issue. 2, pp. 231 – 252
 - **Graaf**, G. de, L. Huberts and R. Smulders (2013) Publieke waarden: de beginselen van goed bestuur in de dagelijkse praktijk van ziekenhuis en gemeente. Rapport in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken
 - **Grit**, K., H.M. van de Bovenkamp en R. Bal (2008) De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel: Een quick scan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten. Rotterdam: iBMG
 - **Gruening**, G. (2001) Origin and theoretical basis of New Public Management. In: *International Public Management Journal*. Vol. 4, issue 1, pp. 1 – 25
 - **Halman**, L. (1991) Waarden in de westerse wereld. Een internationale exploratie van de waarden in de westerse samenleving. Tilburg: Tilburg University Press
 - **Hilhorst**, M.T. (2004) Goeddoen met winstmaken: naar een economisering van zorg en beroepsethiek. Achtergrondstudie voor het Centrum van ethiek en gezondheid. Den Haag: CEG
 - **Hood**, C. (1991) A public management for mall seasons? In: *Public Administration*. Vol. 69, issue 1, pp. 3 – 19
 - **Hout**, E. van (2007) Zorg in spagaat: management van hybride, maatschappelijke organisaties. Den Haag: Lemma
 - **Hout**, E. van & K. Putters (2004) De waarde van de norm. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)
 - **Inspectie voor de gezondheidszorg** (IGZ) (2013) Inspectierapport over verscherpt toezicht op het Ruwaard van Putten Ziekenhuis (publieksversie). Utrecht
 - **Kaissi**, A. (2005) Manager-Physician relationships. An organizational theory perspective. In: *The health care manager*. Vol. 24, issue 2, pp. 165 – 176
 - **Katz**, D. and R.L. Kahn (1966) *The sociological psychology of organizations*. New York: Wiley & Sons Inc.
 - **Kruijthof**, C.J. (2005) *Doctors' Orders: Specialists' Day to Day Work and their jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*. Nieuwegein, Drukkerij Badoux (proefschrift)
 - **Lapr e**, R., F. Rutten & E. Schut (red.) (1999) *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom
 - **Lawrence**, P and J. Lorsch (1967) Differentiation and Integration in Complex Organizations. In: *Administrative Science Quarterly*. Vol. 12, nr.1, pp. 1 – 47
 - **Lieverdink**, H. (1999). *Collectieve besluiten belangen en wetgeving. De totstandkoming van tarieven voor medisch specialisten in Nederland tussen 1986 en 1992*. Maastricht: Datawyse
 - **Lodewick**, L. (2008) *Ziekenhuizen veranderen*. Maastricht: MediMan Holding
 - **Majone**, G. (1999) The regulatory state and its legitimacy problems. In: *West European Studies*. Vol. 22, issue 1, pp 1 – 24
 - **Mayntz**, R. & F.W. Scharpf (1995) Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus. In: R. Mayntz & F.W. Scharpf (eds.) *Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren*, pp. 39 – 72. Frankfurt am Main: Campus.
 - **Meurs**, P.L. en T.E.D. van der Grinten (2005) *Gemengd besturen. Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu uitgevers
 - **Meurs**, P.L. (2014) *Van regeldruk naar passende regels: vertrouwen, veerkracht verantwoordelijkheid vrijheid*. Essay op verzoek van het ministerie van VWS en van de leden van de Agenda voor de Zorg.
 - **Meykamp**, W.J.M., S.A. Terpstra en P.T. Westerhuis. (1992) *Sociale ethiek, basisboek*. Wolters-Noordhoff: Groningen
 - **Ministerie van Volksgezondheid**, *Welzijn en Sport* (2013) *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer. Goed bestuur in de zorg*. Den Haag: VWS, 19 september 2013
 - **Mintzberg** (1979) *The structuring of organizations: a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
 - **Montfort**, C. van (2004) *Ruimte voor goed bestuur: tussen prestatie, proces en principe*. Den Haag: WRR

- **Moore**, M.H. (1995) Creating public value: strategic management in government. Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- **Moore**, M.H. and S. Khagram (2004) On creating public value: what business might learn from government about strategic management. Corporate social responsibility initiative working paper no. 3. Cambridge, MA: John F. Kennedy School of Government, Harvard University
- **Morgan**, G. (1997) Images of organization. Thousand Oaks: Sage Publication
- **Nathan**, M.L. and I.I. Mitroff (1991) The use of negotiated order theory as a tool for the analysis and development of an interorganizational field. In: The journal of applied behavioral science. Vol. 27, issue 2, pp. 163 – 180
- **Noordegraaf**, M. (2004) Management in het publieke domein: issues, instituties en instrumenten. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- **Noordegraaf**, M. (2008) Professioneel bestuur: de tegenstelling tussen publieke manager en professionals als 'strijd om professionaliteit'. Den Haag: Lemma (oratie)
- **NWO** (2004) Shifts in Governance: Problems of Legitimacy and Accountability (revised edition). Den Haag
- **Onderzoeksraad Voor Veiligheid** (OVV) (2013) Kwetsbare zorg: patstelling in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Den Haag
- **Osborne**, D. and T. Gaebler (1992) Reinventing Government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector, Reading, MA: Addison-Wesley
- **Parsons**, T. (1960) Structure and Process in Modern Societies. Glencoe: The Free press
- **Pestoff**, V. (1992) Third sector and co-operative services: an alternative to privatization. In: Journal of consumer policy. Vol. 15, issue 1, pp. 21 – 45
- **Pfeffer**, J. and G.R. Salancik (1978) The external control of organizations: A resource dependence perspective. New York: Harper & Row
- **Polder**, J.J., J. Hoogland, H. Jochemsen and S. Strijbos (1997) Profession, practice and profits: competition in the core of health care system. In: Systems Research and Behavioral Science. Vol. 14, nr. 6, pp. 409 – 421
- **Polder**, J.J. and H. Jochemsen (2000) Professional autonomy in the health care system. In: Theoretical medicine and Bioethics. Vol. 21, issue 6, pp. 477 – 491
- **Pollitt**, C. 1993. Managerialism and the public services. Oxford: Blackwell
- **Putters**, K. (2009) Besturen met duivelselastiek. Rotterdam: iBMG
- **Rescher**, N. (1969) Introduction to Value Theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- **Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling** (RMO) (2009) Stem geven aan verankering: Over de legitimering van maatschappelijke dienstverlening. Den Haag: RMO
- **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg** (RVZ) (2000) Professionals in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ
- **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg** (RVZ) (2007) Vertrouwen in de arts (incl. achtergrondstudies). Den Haag: RVZ
- **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg** (RVZ) (2009) Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: RVZ
- **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg** (RVZ) (2010a) De patiënt als sturende kracht. Den Haag: RVZ
- **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg** (RVZ) (2010b) De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg (briefadvies incl. bijlagen). Den Haag: RVZ
- **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg** (RVZ) (2013) Garanties voor kwaliteit van zorg. Den Haag: RVZ
- **Rohan**, M.J. (2000) A rose by any name? The values construct. In: Personality and social psychology review. Vol. 4, issue 3, pp. 255 – 277
- **Rosenthal**, M.M. (1995) The incompetent doctor. Behind closed doors. Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- **Royal college of physicians** (2005) Doctors in society: Medical professionalism in a changing world. Report of a working party. London: RCP
- **Scheer**, van der. W. (2013) Onder zorgbestuurders: omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg. Amsterdam: Reed Business Education

- **Schraven, T.P.M.** (2012) Over governance in de zorg en de medisch specialist als eigenaar van het ziekenhuis. Hoofdstuk 15 in het boek Medisch Specialistische Zorg 2012. Alkmaar: Mediforum
- **Schwartz, S.H.** and W. Bilsky (1987) Toward a universal psychological structure of human values. In: Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 53, issue 3, pp. 550 – 562
- **Selznick, P.** (1957) Leadership in Administration: A sociological interpretation. New York: Harper & Row
- **Stevens, H.** (1997) De institutionele positie van zeehavens: een internationale vergelijking. Delft: Eburon
- **Strauss, A., L. Schatzman, R. Bucher, D. Ehrlich and M. Sabshin** (1963) The hospital and its negotiated order. In: E. Freidson (ed.) The Hospital in Modern Society. New York: Free Press of Glencoe
- **Strauss, A., L. Schatzman, D. Ehrlich, R. Bucher and M. Sabshin** (1973) The hospitals and its negotiated order. In: Salaman, G. and K. Thompson (eds.). People and organisations. London: Longman / The Open University Press
- **Strauss, A.** (1978) Negotiations: Varieties, Contexts, Processes, and Social Order. London: Jossey-Bass Publishers
- **Strauss, A. S. Fagerhaugh, B. Suczek and C. Wiener** (1985) Social organization of medical work. London: The University of Chicago Press
- **Suchman, M.C.** (1995) Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. In: The academy of management review. Vol. 20, issue 3, pp. 751 – 610
- **Tongeren, van. P.** (2003) Deugdelijk leven: Een inleiding in de deugdethiek. Amsterdam: uitgeverij SUN
- **Veld, R.J. in 't** (1995) Spelen met vuur. Over hybride organisaties. Den Haag: VUGA
- **Veld, R.J. in 't** (1997) Noorderlicht. Over scheiding en samenballing. Den Haag: VUGA
- **Verhoef, R. and M.O. Simon** (2001) Hybride Organisaties als omstreden arrangement. In: Bestuurskunde. Jaargang 10, nr. 8, pp. 368 – 379
- **Verkerk, M. & R. Hartoungh** (2003). Ethiek en palliatieve zorg. Assen: Koninklijke Van Gorcum
- **Wee, van der. S.** (2000) Differentiatie en adaptatie: het draagvlak voor integratie in de organisatie onder medisch specialisten in algemene en academische ziekenhuizen. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen
- **Weggelaar A.M., J. van Wijngaarden en R. Bal** (2007) Leren verbeteren - Verbeterd leren: Leren in een Quality Collaborative in Nederlandse Ziekenhuizen In: M&O. Vol. 61, nr. 6, pp. 48 – 64
- **Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)** (1994) Besluiten over grote projecten. Den Haag: Sdu uitgevers
- **Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)** (2003) Waarden, normen en de last van het gedrag. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- **Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)** (2004) Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- **Witman, Y.** (2007) De medicus maatgevend: over leiderschap en habitus. Assen: Van Gorcum
- **Woelfel, J. and A.O. Haller** (1971) Significant Others, The Self-Reflexive Act and the Attitude Formation Process. In: American Sociological Review. Vol. 36, issue 1, pp. 74 – 87
- **Woodward, J.** (1958) Management and Technology. London: Her Majesty's Stationery Office
- **Woodward, J.** (1965) Industrial organization: Theory and practice. New York: Oxford University Press

HOOFDSTUK 2

Governance in Dutch Hospitals

Title: Governance in Dutch Hospitals

Authors: R.M.A. (Ron) van der Pennen, H.J.J.M. (Bart) Berden, E.C.A. (Eveline) Castelijns,
W.L. (Wouter) Vreeman and Th.W.A. (Theo) Camps

Journal: Journal on Chain and Network Science

Special issue: Health care, chains and networks

2010, issue 2, pp. 121 – 133

(published in mildly edited form)

DOI: <http://dx.doi.org/10.3920/JCNS2010.x115>

Published online ahead of print May 17, 2010

Abstract

In this article we have characterised Dutch hospitals as organizational networks. They operate in a blurred context, which is the interference of principles from market and hierarchy. Based on these principles we questioned the optimal way governance can be organised. The context for governance is explained along two pathways: First, specific issues of the Dutch healthcare system and current trends in society force hospitals to react and respond in a certain way. Second, the typical organizational position of physicians in Dutch healthcare makes governance a challenge. In this context one can look at governance twofold: control or learn. We argue that each type of risk should be countered with the best applicable instrument. This means, that control or learn never can be the only convenient governance instrument. The board's choice for the proper action therefore is always ambivalent. However, the profound role of control and the neglected role of learning principles is obvious. Notwithstanding the effectiveness of control in certain situations, we recommend more attention for the possibilities and value of a learning governance view. Furthermore, we denote that such a learning environment comes from a trust-built relationship. Network participants should open up more, and should be encouraged to give each other feedback. In the hospital setting this means physicians and board members should have personal qualities in terms of empathy and sensitivity.

2. Governance in Dutch hospitals

2.1 Introduction

"In January of 2009, it became publically known that a neurologist at the Medisch Spectrum Twente Hospital (MST hospital) had been issued to leave this hospital in 2003 due to malpractices. The concerning medical specialist would have incorrectly diagnosed his patients and unjustly prescribed hazardous medication. Despite these observations, the neurologist was able to leave the hospital unperceived and with a proper departure settlement. It is not until the announcement that the same neurologist is working in a hospital in Germany that this case draws national media attention. The impression of a wide spread cover-up soon rises. The MST hospital had been aware of the malfunctioning of the neurologist for quite some time, but had intentionally made attempts to cover this up. The current Board of Directors at the MST hospital issued an independent investigation to bring transparency to this matter. Results indicated that the neurologist in question operated independently from his peers, did not keep patient records in a proper way, misdiagnosed his patients, prescribed risky medication, ordered unrestrained examinations and thus causing, often irreparable, damage to patients. This damage would have been less extensive if the direct colleagues of the neurologist, the Board of Directors as well as the National Healthcare Inspectorate had taken responsibility for good quality of healthcare."

The case above presents a real life illustration of the complexities that influence the daily operations and governance of a Dutch hospital. All the internal affairs initially were managed carefully and secretly. Simultaneously the outside world changed rapidly and demanded not only attention but also accountability. This caused serious questions about the way the case was dealt with. Considering this specific case, the outside world expected the board to have prevented this malpractice, to avoid these kinds of mistakes and probably to terminate the situation by sending the medical specialist away in a much earlier phase. Most of the time these expectations are directly related to public expectations, beliefs and values. However, these public beliefs and values do not automatically meet organizational and professional ones. In case of hospitals, the multidimensional complexity of the organization makes the publicly assumed interventions not always possible or applicable. The case of MST hospital illustrates that governance in the context of Dutch hospitals is far from simple or linear. It is dynamic, complex and continuously changing.

Because of the gap between reality in hospitals and the expectancies it is not surprising that the governance of hospitals has become a much discussed topic amongst healthcare managers, professionals, politicians and also the media. An immense task that has become even more important since healthcare reforms of 2006 introducing market mechanisms at the expense of bureaucratic steering.

The central question therefore in this article is:

“How can hospitals optimally organise their governance (effectively manage, control, take responsibility and account for their actions), taking into account the complex field and context in which hospitals operate?”

The interaction between inner and outer world is complex and challenges the way in which governance is organised in the Dutch healthcare sector. In the first two parts of this paper we focus on governance and networks. The third part contains a description of the Dutch system including the recent healthcare reforms in the Netherlands. This demonstrates the recent changes and is the basis for the way governance is organised. Further, we elaborate on the necessity of adequate governance within hospitals. This will be done by the introduction of a risk classification and a specific view on governance instruments. We will round off the article by answering the central questions stated in the introduction.

2.2 Governance

Jessop (2003) defines governance as “the reflexive self-organization of independent actors involved in complex relations of reciprocal interdependence, with such self-organization being based on continuing dialogue and resource-sharing to develop mutually beneficial joint projects and to manage the contradictions and dilemmas inevitably involved in such situations.” The Dutch commission Health Care Governance (1999) defined governance slightly different as: adequate accountability and influence of stakeholders on the way a healthcare organization achieves its objectives and delivers high quality and efficient care.” The latter implies that governance is about interaction for control, supervision, justification, accountability and responsibility between all actors involved. The basic assumptions of governance can be seen as someone who ‘manages’, while at least someone else at the same time must have insight in these managerial activities and be able to influence them. In short, governance can be defined as the scheme of morals and rules of conduct for management, control and accountability.

A recent study of the Dutch Health Care Inspectorate (HCI) (2009) gives a useful framework for governance. The HCI’s aim of governance in this study is defined as to create public confidence in the organization’s processes, products and services. The framework is built upon five elements:

- Professionals should have operational responsibility and therefore are in charge of setting norms of quality of processes, products and services. To do so adequately, the oath of Hippocrates is their guide. Professionalism is also about cooperation and openness and is based upon good education. The openness also implies that clients, colleagues and members of the board may question the professional about quality of care.
- Clients are always benchmark for quality and ‘good organization’. This implies that horizontal

- and vertical supervision between all actors involved must take place. In addition, the relationship between organization's boards, managers and professionals should be reconsidered. In order to do so, each function's description and its responsibilities should be clear and defined. Besides that, one should respect differences and show respect for each other's responsibilities.
- Although professionals set standards, the management/board level must be committed to these and make sure these standards are broadly accepted and can be held be accounted for. Their role in this is vital. At the end the board is responsible and must be willing to account for this final responsibility.
 - The organization of governance can't do without accurate information. This information is used for several meanings: (organizational) learning, setting standards, encouragement and accountability. The patient is vital for this information. For example, think about the feedback information about treatment and stay in a hospital. In case of quality and the responsibility for quality, this specific information from a patient perspective enlarges qualitative and quantitative knowledge.
 - The final element is related to supervision. Proper and effective supervision, in which the client's central position is vital, is a learning process. In this, the art and the knowledge of supervision are crucial, as well as the fact that quality is on top of the policy-agenda.

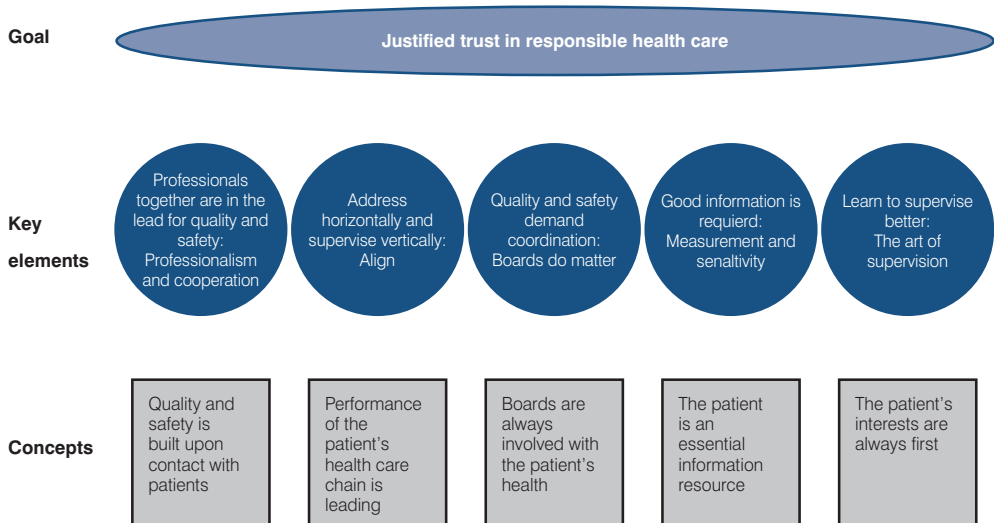


Figure 1: Justified trust (IGZ, 2009)

What figures strongly from these five elements are the network elements in it. Different actors in the governance system and processes should cooperate, should be keen on ones norms and standards, and also should create a learning climate. Most of all, the IGZ stresses that certain roles and responsibilities should be clearly defined, which should make role setting relatively easy. Physicians and managers cooperate intensively although both have different responsibilities and tasks. Besides, this implies a mutual acceptance of each of these roles. In the next part we focus more on networks and its characteristics.

2.3 Networks

As we will describe later, hospitals can be defined as networks. The given vision on governance by the Dutch Inspectorate also shows this. Multiple actors each have a share in the total organizational responsibility. From a view of countervailing power this shared responsibility at least results in some kind of equilibrium. John Kenneth Galbraith first introduced the term 'countervailing power'. (Galbraith, 1963). Although it may seem a negative instrument, in fact countervailing power is a positive instrument to achieve and retain a desired situation in a complex system (RVZ, 2008). In other words, countervailing power in a network results in a certain equilibrium. This equilibrium can either be stable or dynamic.

Because the network view is crucial in the forthcoming parts of this paper, we first take a closer look at organizational networks.

2.3.1 Organizational Networks

In a society that increasingly demands more transparency and accountability, the usual systems and structures are not giving answers that satisfy these demands. Public and private systems have shown not to match the demands. We therefore try to focus on governance from a network perspective.

Organizational networks imply freedom, self-control and openness. Most of the time the advantages of these networks are efficiency, innovation and a learning culture. However, organizational networks are able to provide a qualitative better product or service (Broekman & Camps, 2006). Let us look a little bit closer to the way the networks are managed or guided. Of course, this is diverse. However, Broekman & Camps (2006) appoint four elements that influence the choice made in network management:

- The number of network participants
- The degree to which tasks can be refined into subtasks
- Organizational competences
- The degree to which the participants agree over network goals and values

The management of networks can, dependent on these factors, vary from self management to management by one participant. Besides the common network goals, all participants also have their own agenda and their own goals. These different goals, the shares of responsibility and the countervailing power, make the network complex and dynamic. It results in a network equilibrium, that's unstable and therefore makes the choice in type of management disputable. In the network all kinds of tension rise, also as a result of individual diverging goals, and thus in the management of it. It's common that this tension is caused by opposite meanings on efficiency versus effectiveness, flexibility versus stability, etc. Another main disputable point in networks has to do with the internal and external legitimacy. What's good for the network doesn't automatically mean, that it is good for each individual participant as well. How these network issues are being managed is also dependent on the former four elements.

We already have denoted why networks can give a new perspective on transparency and accountability. It is for sure that market and hierarchic principles have their advantages. But both also have their negative sides. Therefore the network structures can add a new perspective, although we have to be honest and denote some possible network failures as well.

Organizational networks are often built to gain efficiency. However, it is common for networks to fail, because they do not sustain when resources are scarce and the individual goals of each network participant are at stake. Therefore the prisoner's dilemma is an important element in networks. This dilemma makes that partnership in networks are always in conflict with trust. Second and in addition to the prisoner's dilemma, individual participants of a network face another, intrinsic, dilemma. "On the one hand cooperative arrangements presuppose confidence... On the other hand, confidence presupposes cooperation." (Schrank, 2007). A third element of network failure has to do with the way commitment is secured. In networks the efforts to gain and maintain commitment are high. To foster innovation and gain efficiency, networks should be able to build in cooperation and confidence and make sure individual and network goals are aligned. When one of these elements fails, network failures occur and make networks less effective and efficient in realizing their goals.

2.3.2 Interfering guiding principles

Although the network structure can add a new perspective, each individual participant also has its own guiding principles. Therefore market and hierarchy (bureaucratic) principles are also involved in network situations.

These principles also interact, which makes network organizations in time complex and dynamic. This interaction is referred to as blurring (Van der Wal, 2007; 2009). For several years, private values have entered the public domain. An example for this is the market orientation introduced in the Dutch health care sector. Public and private values, and also specific network values,

interact and form the framework for operations to work in. When referred to blurring one should take into account that different types of blurring exist (Van der Wal, 2009):

- The first type emphasizes the opposite and incompatible differences between values of different sectors (public, private, etc.)
- The second type is called bridging: it recognizes the differences in ethical standards of each sphere (public, private, etc.) and face it positively.
- “The third group emphasizes similarities and stresses that the same moral criteria and values can (or even should) be applied to all kinds of organizations.” (Van der Wal, 2007, also Caiden 1999).

The main point that follows from blurring, is that it in particular determines the context for the healthcare system at an abstract level. Problematic however is that the values that correspond with each of these principles often are contradictory. As said before, the introduction of a market orientation in hospitals made hospital boards and professionals focus on efficiency. However, the goals following from this guiding principle don't align easily with public values and goals like solidarity and affordability. Besides the contradiction of certain values and morals, each guiding principle also has its own failures as a result of their imperfections. These failures also have to be taken into account.

Market failure

Market failure occurs when, as a result of a market's imperfection, it fails to achieve an optimum solution. Often the cause for this failure is the existence of fundamental external factors, for instance imperfect competition. The existence of a market failure is often used by government as a justification for intervention in a particular market, such as the healthcare sector in the Netherlands.

Hierarchy failure (bureaucratic or government failure)

A government intervention implicates caring for public values. However, it's common that a negative side effect occurs. Government interventions for public values, lead to a less efficient allocation of products or services, which clearly is a market principle goal. Although the government is able to realize a stable outcome, it does have a negative effect on the efficiency of the market. Allocation from the public sector does not take into account the proportions between costs and turnovers.

The described blurring of principles and also the failures that occur, effect the network organization. This is because the values of the three principles intertwine and most of the time are opposite to each other. The failures amplify this effect. From a governance perspective, it isn't always easy to explain why certain choices were made in favour of market values, while in

the meantime this choice affects a public value. This situation is even stronger because each of the principles also has its own representative in the 'governance circle' of a hospital. That's why pressure will be firm. It is blurring that – as a context – defines the degree of efficiency, effectiveness and sustainability that healthcare organizations can arrange. In other words, the interaction creates the framework for organizations to act and to organize their governance.

As will figure from our following description of the Dutch health care system, the blurring of principles and their failures also applies to the context of Dutch healthcare institutions, more specific in hospitals. The market principle and failure occurs in the market of purchasing care. The insurer and the healthcare provider set the price for the delivery of healthcare. However, the national government in the Netherlands intervenes in this relation. The hierarchy principle is wide spread in healthcare due to public values that merge with healthcare. The government, for instance, sets the standards for quality and safety. The network and its failures are also common for the Dutch healthcare sector. Providers of cure and care, government organizations, insurers and other stakeholders, such as NGO's, patients, consumer federations and medical specialists all together form the healthcare networks in the Netherlands.

2.3.3 Hospital organization as a network

Hospitals are typical examples of *third sector* organizations. Typical elements of these organizations are solidarity, responsibility, but most of all reciprocal responsibility. (Van de Donk, 2001; Van Hout 2007) Referred to networks one can easily say that hospitals are more and more network participants. Hospitals increasingly work together with other organizations. Several examples underpin this statement.

Due to several changes in the system, hospitals focus more and more on their duty to provide healthcare. This means that hospitals have and will become more specialized. While the care part also was a main task of hospitals, f.i. after surgery, developments show that these tasks are being replaced to other care providers. It's even more common that care is replaced to the patient's home setting, where other organizations can provide home-care.

Another development has to do with patients' demands. Due to specialization the patient value chain could get fall apart into loose parts. However the patient wants his chain to be efficient as well as effective. This notice aligns with the governance model by the National Healthcare Inspectorate. Related to the possible rise of the tension network, one can imagine that the internal and external legitimacy of a hospital network doesn't always align with all actors. Does the board focus above all on the hospital's values or on the values of the patient health care chain? And how do they respond to the family doctor's demands in the chain?

Having denoted the hospital as a network participant or a network organization, a closer look at the Dutch healthcare system is given, before the aspect of governance will be described.

2.4 The Dutch healthcare system

As mentioned in the introduction the Dutch healthcare system is complex. This has, partly, to do with the fact that the “Dutch health care institutions have been ‘reorganized’, ‘restructured’ and ‘reinvented’, in order to cope with new demands, constraints and choices” (Noordegraaf, 2005). The improvement of quality and safety and controlling the rising costs were the important challenges, which induced this. However the public values as solidarity, accessibility and affordability in healthcare should also withstand.

To get a better picture of the current situation in the sector we will elaborate on the system, the way hospitals in The Netherlands are organised, future demands on healthcare, the reforms that have been introduced to counter-pressure these demands and the consequences of these on hospitals and the medical specialists.

2.4.1 The system

The Dutch health care system can best be described as a triangular system. Each side of the triangle stands for one part of the total system. That gives three sides that reflects three submarkets.

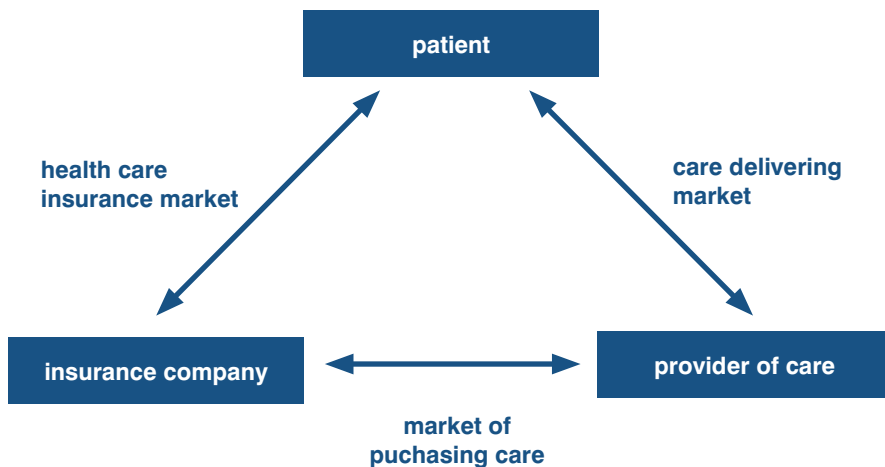


Figure 2: The Dutch Healthcare system (Bron: Lapré, Rutten & Schut, 1999)

- 1) The healthcare insurance market: the relationship between the insurer and the patient (all residents are obliged to take out a basic health insurance).
- 2) The market of purchasing care: the relationship between the insurer (as the dominant buying party) and the healthcare provider.
- 3) The care delivering market: the relationship between the healthcare provider and the patient.

One crucial remark has to be made. The role and the position of the government aren't reflected in the figure. The government however is involved in the system by setting a framework for the playing field. Besides that the government also sets safety and quality standards and controls them by the Inspectorate.

The triangle points out that different submarkets exist, but also notices that different logics or ratios exist. These three are (WRR, 2004):

- 1) Institutional logic: a legislative system of procedure and rules to coordinate and manage the sector.
- 2) Provision logic: professionals and management take care of the primary process: providing health care services,
- 3) The logic of demand: the needs or demands of clients/customers, as well as their wishes.

The new insurance system in 2006, under the new Health Insurance Act (Zorgverzekeringswet), obliged all residents of the Netherlands to take out a health insurance. The new system is a private health insurance with social conditions. Private health insurance companies operate the system and they cannot exclude residents in their area of activity. A system of risk equalisation enables the acceptance obligation and prevents direct or indirect risk selection. By melting away the previous difference between people insured via national health funds and those that are insured privately, the healthcare consumer has been given the central role of primary stakeholder. This does not just bring along more opportunities, but also responsibilities.

2.4.2 **The organization of Dutch hospitals**

Dutch hospitals have a clear position in the triangle presented above. Of course they form a group of providers and we will outline this a little more.

Dutch hospitals are categorized in university medical centers, top clinical hospitals and general hospitals, with large differences between them. The university medical centers are linked with a university and together they are responsible for the education/training of doctors and research & development. Top clinical hospitals are specialized in certain medical areas or treatments. Education and research about these topics also take place within the top clinical setting. One can think about neurosurgery or coronary diseases. The general hospitals deliver basic care and most of the time all different types of specialists are represented.

The legal position of hospitals used to be very easy. For recent years all hospitals were foundations. Main reason for this was that in the 19th century churches founded the hospitals. Nowadays, due to new legislation, also partnerships have been set up, which made it possible for entrepreneurs to enter Dutch health care. They do so by financing new activities of current care providers or by starting their own business in the sector. As a result the Dutch hospital system now faces some privately held hospitals. And although the legal position between hospitals may vary, they're still situated in society and have to be accountable for their actions to society.

In Dutch hospitals all caregivers - like nurses - are on the payroll of the organization, except the medical specialists in (most of) the top clinical and general hospitals. They are generally linked to the hospital through a civil partnership. They practice their profession for their own risk and account and they all have an individual contract with the hospital. Specialists with the same profession are gathered in a partnership. From a network perspective this is an interesting point, because this means that 'just' running a hospital in fact is running a network in which at least two actors participate.

A small board of directors governs the hospitals. They're responsible for the daily management. The board is monitored by a supervisory board; two tier system. The position of the supervisory board is governed by statutes. Within the hospitals the involvement of medical specialist is arranged by the board of medical staff. This board consists of a formalized delegation of specialists. They work closely together with the board of directors. Indirectly, the specialists are also responsible for the organizations policy. But as we have shown in the first section of this paper, this situation is neither always obvious, nor without tension or problems.

Before we focus more on the governance implications of the hospital systems, we will elaborate on the main developments related to the health care system and to hospital organization.

2.4.3 The demands on future healthcare

That the Dutch health care sector has an outstanding track record can be underpinned with OESO health data. In 2008 the OESO presented that life expectancy of a newborn in the Netherlands was 79,8 years, almost a year above the OESO-average¹⁴. The past 25 years the average of years lived in good health has increased from 60 to 65 years. And with an infant mortality rate of 4,4 per 1000 newborns, the Dutch are almost 1 percent under the OESO-average¹⁵. Compared to other health care systems, the Dutch system can count on lots of appraisal (f.i. Seddon, 2008; Grol, 2007).

¹⁴ <http://www.oecd.org>

¹⁵ idem

Besides these statistical information, we live in dynamic times with some impressive and remarkable changes. For instance, the changing composition and demographic distribution of our population, the increase in chronic diseases and the expanding shortage of labour force in health care are all of great influence in healthcare. The Netherlands currently has over 16.3 million inhabitants. 4.3 million people are over 45, 1.7 million are over 65 and nearly 600.000 are 80 years or older. Estimations are that by the year 2025 6 million people will be over 55. Because of this ageing society, the number of people with a chronic disorder will also increase. For instance the increase in the number of patients with heart failure between 2003 and 2025 is 47%, of which 40% can be directly attributed to an ageing society. The amount of inhabitants in the Netherlands that will suffer a stroke will rise with 30% in 2020. These are all medical conditions for which dedicated personnel is vital. The potential working population is however decreasing. To clear the shortage, 700.000 additional manpower will be necessary over the next decades, *ceteris paribus*. Comparatively, we currently have about 1 million people employed in the healthcare sector.

2.4.4 **Healthcare reforms**

Taking the above into account, it is evident that the Dutch healthcare system faces some major challenges. Or to put it differently, without drastic changes the system will not be able to meet the demands for health care in future decades.

The general belief was that market orientation would improve the healthcare system by inducing competition and by creating alternative options making it possible to choose. The quality and efficiency would improve substantially. Two major interventions took place over the last three years bringing about a lower growth rate of the money spent on health care, while simultaneously shortening the waiting times. This was augmented, as of January 2006, by the introduction of a new insurance system for curative healthcare.

Secondly, in combination with the aforementioned introduction of market orientation, a new payment system in hospital care was introduced, the so-called DBC-system. Several years ago the financial part of the system was known for its lump-sum approach. Hospitals and medical specialists would receive a fixed budget based on the estimations of performances for that upcoming year. The budget was divided into two separate flows: one for the hospital, the other for the medical specialists. This system changed gradually after 2006. The DBC-system¹⁶ intends to introduce new incentives and create a system that is more dynamic than the old budget system. The DBC typifies a patient's illness or affection and is a reflection of hospital's and physician's actions. The insurance company reviews a DBC as the total range of provided care to a patient. All the DBC's are standardized and related to a historical average.

Example:

You suffer from your injured knee. Your family doctor orders you to make an appointment with the orthopaedic in a hospital. He first checks your knee in an outpatient clinic. One week afterwards you return for surgery. For recovery you have to stay for two days in the clinic.

Regarding this situation you (your insurance company) need(s) to pay for the following DBC:

"Reference/Orthopaedic/Knee/Surgery with clinical stay"¹⁷

Care providers are stimulated to innovate and improve their quality of care continuously. Currently medical specialists receive their salary from a pay per performance principle. Hospitals, partly receive a fixed amount and partly a variable amount. The idea of variability and being reimbursed for performed treatments corresponds with the idea of market orientation and thus competition.

2.4.5 Trends in society

Beside the changes in hospital settings and the Dutch health care system, society is also changing. The Dutch SCP (national governmental research agency on social cultural issues) has highlighted the specific social and cultural changes in the Netherlands (SCP, 2000). We describe them briefly, because a changing society affects the hospitals and the physicians working in them. The SCP arranges the changes in society along five main trends:

- 1) Individualisation: The main characteristic of this trend can be seen in the increasing importance one denotes to make his or her own decision. It's not so much about what this decision is, but more about the 'freedom' to make own choices. Another point in which individualisation shows is that one asks more and more for custom made service, also in hospitals. What's good for someone else isn't necessarily good for me.
- 2) Informal relationships: Recent years the physician's white coat radiates his stature. This automatically gained stature is diminished. Differences between people are no longer automatically determined by social status or profession, but are nowadays about personal preferences. To gain respect and status, like a doctor, he or she must work hard to gain this from a patient.
- 3) Informatics: Computerizing is the basic for this trend and the rise of the Internet has speeded up this trend. The use of ICT stimulates new services, also in hospital care: e-health, which makes 24/7-access to a care provider possible.
- 4) Internationalisation: This trend has everything to do with crossing borders in a physical, social, political, economical and cultural way. An example of this in a hospital setting is the

¹⁶ The DBC-system can best be described as a typical Dutch version of the classical DRG system.

¹⁷ This DBC automatically includes outpatient clinic

accumulating amount of foreign physicians that work in Dutch hospitals. It also shows in cooperation between the Dutch university medical center of Maastricht and the German university medical center of Aachen.

- 5) Intensify: This trend has everything to do with the way one encounters his experiences. It's an evident trend that also reflects in a hospital situation. One's personal feeling of a treatment is more crucial than ever. Patient empowerment, hospitality and Planetree¹⁸ are several concepts that respond to this trend.

In addition to specific developments in the hospital sector some social developments also affect the medical specialists' autonomy. The aforementioned five elements, which demonstrate the societal changes, also apply in healthcare. The importance of governance increased as a result of these changes; taking and accounting for the responsibility doesn't allow shielding. Therefore the professional space to act and operate has diminished.

2.4.6 **The consequences for hospitals and medical specialists**

We have earlier denoted the special relationship between (most of) the Dutch hospitals and their physicians.

Physicians play an important role in hospital activities. To be efficient as well as effective the hospitals' and the physicians' values and demands should be aligned as much as possible. We notice however that physicians usually feel limited responsibility for the continuity of the hospital they work for. This responsibility can be seen as their commitment to the hospital they work for. Responsibility in this, is a psychological state of a physician that links him to the hospital, f.i. in decision-making and determining strategy.

Given the future demands, described earlier, one can think of a rise in the tension between physicians and hospital boards. The trend of internationalisation can be used as an example for this. Given the fact that the Dutch healthcare system faces a scarcity of physicians, foreign medical specialists tend to work in Dutch hospitals. This results in a situation in which the native physicians will see the boards as aggressor and tension rises: This is because the board allows the foreign doctors to come work in their hospital.

Another example in this is about the future hospital's portfolio. Due to procedures and regulations about quality and safety, one can think of a system in which not every hospital will perform every type of surgery or will offer every kind of health care service. From this point of view the discussion in the Netherlands has started about childbirth and the presence of a 24/7 surgery team. How will physicians react when one of their specialities is taken away?

The tension between physicians and a hospital board also figures from the network approach as we've concluded earlier. One of the most common triggers for network tensions or problems is caused by the divergent views and interests of network partners.

The reforms of the Dutch system, towards a more market orientation and the introduction of the DBC system, have had a tremendous impact on the Dutch healthcare system. Currently, 34% of the hospital budget is being paid through this DBC-system. This percentage is said to become 100%, which is considered to be a complete market orientation. However, the first results of this transition are already surfacing, bringing about new problems and raising new questions. One of the most important questions relates to the financial position of hospitals and that of the physicians working in them. More specific, the total expenditures on health care have shown an unacceptable rise.

In reaction to this, the Dutch government also prepares new changes. These also accounts for safety and quality, based on the recent incidents in Dutch hospitals (such as the one described in the introduction). There is no reason to believe that this is any different in other Western countries, where the same focus is chosen. As a result, safety and quality of Dutch healthcare have become a high priority issue of national proportions more than ever before. In a recent letter, the Dutch minister of Health, Welfare and Sports pointed out 10 clearly defined issues that should be improved before 2012 (department of VWS, 9 July 2009). Some of the proposed aspects influence the medical specialist directly and can be seen as a direct reaction to the financial position of the physicians.

Given the changing attitude in society and the proposals in the minister's letter, it seems that faith in the Dutch medical specialists is no longer naturally present: it is questioned whether medical specialists should become employees, their wages should be diminished with 20% and there must be a strong focus on malfunctioning doctors. This conclusion shows an interesting contradiction. On one hand the government and the minister argue to have faith in our professionals, yet the government counters any incident with (new) measures of control.

For the nearby future further changes in the system will take place. Given the specific situation and the way network partners in the hospital go along, it's not questionable whether or not this will give new problems. Good governance therefore is also needed.

¹⁸ Planetree is a not-for-profit organization that partners with healthcare organizations around the world representing the patient voice and advance how professional caregivers engage with patients and families.

2.4.7 **The legitimacy of a hospital's activities**

On one hand, in the current situation – given the two main changes described – hospitals have self-government to a greater extent and thus more autonomy than before. However, on the other hand, the trends in society also influences the extent to which hospitals as well as physicians can operate.

It's therefore a central question in what way hospitals and physicians (together) perform and more how they incorporate public values in their activities. To what extent will hospitals be able to operate without accounting for their affairs? In other words, the legitimacy of *third sector organizations* - and thus hospitals - is under high pressure due to changes in society as well is in the health care sector.

From this perspective, the RMO – a Dutch advising council for the national government on questions regarding social infrastructures – recently stated that *third sector organizations* need to be deep-rooted in society. This strong connection with society is an essential condition for hospitals to provide good services. Because of this, the RMO suggests that hybrid organizations should invest much more in the relationships with society and civilians (RMO, 2009).

These changes, along the five I's mentioned before, also affect professionals, such as medical specialists in hospitals. The main consequence seems to be that the margin for a medical specialist to operate, as well as his license to operate, have become smaller and more arbitrary. They tend to lose autonomy. The classical approach to professionals, based on autonomy in strongly marked areas, is no longer considered sufficient. Because of social changes professionals are artificially forced to adept. They have to show their operational excellence, have to be accountable and meet expectations of shareholders. It is as Noordegraaf (2007) states: "In public domains, fuelled by businesslike and market-driven managerialism, professionals have become part of large-scale organizational systems." The consequence of the diminishing autonomy for physicians is that it affects their network power. As shown before, the contradictions they face with hospital boards are increasing and the government tries to control physicians more and more. The question is what their role and position will be in hospital networks, when their autonomy is worth less than it was years ago? What new position do physicians have to take to stay put? In what way can they be effective in being a doctor as well as being effective in de hospital's policy in future choices?

Managerial influences can not only be seen at the boundaries of medical professional areas, but also in their day-to-day business external influences occur. It can be seen as an effect of the so-called individualisation-trend in society, which makes medical specialists to act more as 'coaches' or 'mentors'. Nowadays clients check the Internet for medical information on clinical pictures, treatments and effective medicine, which gives them another position in information

than years ago. Confronted with an opposing opinion from a medical specialist, they question his professionalism, thus leaving medical specialists to the strained task of defending their own actions. High-tech turns into high-touch and a doctor's empathic skills contribute to give meaning to a patient's life. Given a network in which patients play a crucial role and taking into account their decisive position in governance, this is an interesting development.

Each of both developments mentioned above, put a high demand on the situational intelligence of medical specialists. However, it also brings forward a dilemma. On one hand the professional needs freedom to operate and to meet a client's personal expectations. On the other hand, this margin is reduced by the government, because of all the procedures and specific rules introduced by policymakers. In other words, it is necessary to (re)determine appropriate behavior as a consequence of a changing environment, while it is the same environment that limits this behavior. It is the professional's challenge to gain a patient's trust, even in a low-trust society. If not, the physicians' position in the hospital network is fading.

The next point involves management. Due to the businesslike managerialism, also known as New Public Management, the professional and the management domain, slowly appear to come together. It's interesting to see that both parties slowly get used to each other presents. As a result of the interaction of both worlds, managers and physicians understand that they simply need each other. From this overflow in management and professional activities it's also understandable that physicians should have a profound place in networks. This also follows from the central elements of governance presented by the Dutch Health Care Inspectorate (2009) as presented before.

2.5 Governance in health care

It's become apparent that there are multiple actors involved in hospital operations. The hospital seen as a network in itself denotes this. In addition, and from a governance view, it should not only be the board of directors that should manage, control and take accountability for their actions, the medical specialists uphold a similar position, as well as patients, the board of commissioners and other hospital personnel. But also other network participants, such as ICT providers have to take their responsibility. This at least means that every actor in the hospital has its own governance responsibilities. Of course, these individual responsibilities are a share of the total responsibility for hospital governance. However, the distribution of these shares isn't equal nor is evident. Countervailing power, diverging values and goals, network tension and an ever changing society: good governance in a healthcare network is not as obvious as one would think.

2.5.1 Control or learn

In a background study the Erasmus University Rotterdam (2009) presented a framework for governance, related to the possible risks or mistakes that can occur. This is useful because it gives an insight in the ways one could take action after a risk took place or how to prevent certain things to happen: good governance.

The central point of this model is that certain risks must be seen in interaction with certain types of governance. There are two types of governance instruments: control and learning. These two types of governance should be applied according to the occurring problem.

The WRR (2008) also denoted four types of risks:

- Simple risks: classical approach of calculating risks, in which the chance and the size are known.
- Complex risks: calculating risks is difficult because of interfering factors that make the result of the calculation uncertain.
- Uncertain risks: these are risk we don't know well enough. Calculation of damage therefore isn't possible.
- Ambiguous risks: beside the uncertainty these risks, also involve different opinions on the judgement of the risk.

The articulation of a certain risk being, simple, complex, uncertain or ambiguous is always a result of the institutional context in which this judgment has to be made. In this notion there is critical element of the study. This institutional context stimulates - due to trends and developments in society - that every incident should be denoted simple. Only than direct action and control measures can be practised. Only when an incident is simple, transparent action that aims for control can be practised. In several cases complex or ambiguous incidents occur, it's societies wish that denote them as simple so direct matters can be taken. The opposite action of learning - which is seen as the proper action in case of ambiguous problems - therefore is set back.

Furthermore it's pointed out that the 'feeling or belief of society' is that internal governance doesn't function well. The board doesn't control professionals' work and that's why incidents occur. More directly and hard instruments should improve governance.

Although this tendency is understood, the contrary seems true. Only learning can be the instrument that makes ambiguous incidents over time become simple. One should learn from mistakes, and not be punished. One has to learn in order to prevent it from happening again. The board's position in this is crucial but ambivalent. It's a typical element of a member of the board that he or she can differ between strategic vision and daily operational routine. This ambivalent position is the same in governance: differ between control and learn.

What's interesting about this point of view is the similarity in the ambivalent position of members of the board. Their ability to make strategic choices as well as their operational view on a patient's wellbeing, should help them in balancing with controlling or learning. Besides that, a member of the board should have another crucial capability in order to get along with this ambivalent position in governance: empathy.

As a starting point, for this, one can see learning as if it is a way of giving trust. Learning is a positive way of control. Stated the other way around, control has a negative connotation, while learning intrinsically has a positive connotation. Learning is about to trust employees, physicians or even network participants that they will do better next time. This means responsibilities stay where they belong, and one is stimulated to act with more precaution the next time, or will take into account other matters when deciding what to do. The control option will result in the opposite. But what is crucial for a member of the board to trust people, is that one can't do without a 'soft' approach. Only an empathic behaviour will do in such a case. Learning in this is a positive way of control, is about trust, about sensitivity and about empathy.

Although, the former may lead to the conclusion that learning is seen as the only appropriate action, it's not desired that learning is the only instrument. Both, control and learning should exist next to each other. It's the board's obligation and should be a core-capability to differ between both instruments along the real "value" of the incident. However, what's crucial is that the learning-instrument is given a true opportunity, also when this is hard, takes time and needs courage.

2.5.2 Governance and physicians

Given the last paragraph of instruments for governance and the notion that both board and physicians play an important role in governance, as explained by the Inspectorate, we take a closer look at the governance relation between these two actors. Because this relation is vital for the hospitals' performance, it's given special attention before we focus on networks wider.

First we give some typical examples of the (im)possibilities of governance between hospital boards and the physicians.

The Dutch healthcare sector has a complex system of education for medical specialists. One of the characteristics is the way graduated students specialize to become a medical specialist. They do so, by co-working in a hospital under supervision of an experienced medical specialist. This means, that the profession is a closed system and remains a closed system. This medieval look-a-like system does not allow the outer world to intervene in this profession. In terms of governance, this example is interesting. Nor the government, nor the organizations themselves can influence the capabilities of new medical specialists. It's a self-fulfilling culture.

In most ordinary organizations - meaning not hospital organizations - it is common for employees to have professional dialogue about one's evaluation or appraisal. In medical specialists profession this is developing prudently. The so-called Individual Functioning of Medical Specialists (IFMS) has recently started as a pilot study in eight hospital settings in The Netherlands. The IFMS aims for evaluating and improving a physician's functioning on 8 elements. The systems functions in favour of and by medical specialists (OMS, 2008). But although the system is a good initiative – it tries to open up the closed world of physicians – it has sheer nothing to do with the hospital board and therefore is only indirectly related to good governance.

A last example is more judicial and closely related to the IFMS. Until now it is very difficult for a hospital board to discharge a malfunctioning medical specialist. To improve the situation and to hand over a more powerful instrument to the board, a growing amount of hospitals have adopted the so-called 'code of malpractising medical specialists'. This code leaves the opportunity for investigation by a third party in case of suspicion. What figures from this point is the possibility for a board to take action from a governance point of view. But action can only be taken when the situation is irretrievably lost. The code makes action possible, but only when the 'learning option' is no longer available. This is unfortunate, because the learning option could have been effective earlier in the process of a specialist becoming malfunctioning.

Given the examples prudently some conclusions can be drawn. The governance between board and physicians isn't easy. It's hard to enter the professionalism or autonomous position of a specialist in order to be sure whether or not his actions are right, in favour of the patient and also align with the organization's values. The openness that's created with IFMS is still closed for the hospital board and therefore action can only be taken when matters are worse. In relation to the category of risks (WRR, 2008), it may seem that all incidents in which physicians are involved, are denoted simple risks. The contrary is true. Most of the time these risks are ambiguous or very complex. Given the background study of the Erasmus University Rotterdam these specific types of risks should be countered with the learning strategy. As shown, it seems this is hardly possible?

A well performing hospital can be identified by a set of variables. One of these variables is the period of a certain board being in charge. Members of the board who are already for a decade in the board usually have an outstanding relationship with the physicians. It seems this relationship is built upon a personal bond. Most of time this bond is based upon trust. In such situations it looks like bad things don't happen. Of course this isn't true, but these situations are handled with care and at the right time. As said the relationship between the board and the physicians is based upon trust and respect. This results in a situation in which both parties respect each other's situations, goals and feel mutual responsible. In other words, two main factors in a

hospital's performance and thus in the hospital network, form a stable equilibrium. This is unless both have divergent goals.

When governance as a result of factors like trust, respect, sensitivity and learning contribute to the hospitals' sustainability and stability, should these factors also fit for governance in a network?

2.5.3 Governance in networks

Governance in networks, specifically those in the health care system, is about accountability and responsibility to all participants: clients, physicians, board, nurses, government insurance companies, etc. Without any doubt the most important party in this is society. The RMO (2009) underpins this idea.

The complexity of the blurred, outside world, cannot simply be overcome by known governance principles, like those proposed in the ministry's letter as referred to earlier or control instruments. The occurred problems are seldom that simple. Otherwise, as stated by the RMO, when society is seen as the moral owner of a hospital: do government's control interventions align with society's values and principles? In other words, do government's actions for control respect the legitimacy of a hospital in society?

When this notion is related to the risk classification, it figures that most risks can be addressed ambiguous or complex. And therefore governance should head more for learning instead of control.

By sending out the governance letter, the minister showed his preference. Although the government speaks about trust, their actions show control. This is not in line with what we call society's desire for good governance. The ever-growing list of indicators, to make decisions and actions transparent, doesn't fit with the classification of the risks. Nor learning, nor trust can be found in the letter referred to. Not for society, not for medical specialists and not for the hospital board. Analyzing the complexity of the Dutch system and the turbulence of a hospital's context, the question is whether changing governance structures will solve the existing problems and diminish complexity.

The healthcare sector needs new perspectives, new ideas and new theories of how the outside world complexity can be incorporated in the inside world of the already complex hospitals. This leaves us with the idea of distant government that only sketches a framework on outlines and doesn't intervene in the hospital's day-to-day action. This means, the government sets a framework and pulls back, leaving a big opportunity and challenge for those involved with decision-making in hospitals. The expectancies seem to be unrealistic, but in the same time are

increasing as well. This means that more situations are defined as failures or incidents and the expectancies of the effects of governance are too high. What is said: the government should be able to give trust to the field or to the network and let participants themselves figure things out.

As mentioned before, countervailing power is an important factor that dictates the equilibrium of a network. What is interesting is that this power doesn't necessarily have to do with values or true power; it can also be a result of trusting each other. Empathy, respect and sensitivity (to 'feel' what's going on a strategic and operational level) are the key elements to retain a network that's based upon mutual trust.

As a result of learning, trust can define the form of coping with the dynamic and complex context; the way it is dealt with in a network. Trust can be a steady factor, but is also a fragile one. On one hand, when a relationship is built on trust, no control is necessary. On the other hand, in situations where control is necessary, it can be seen as 'trust giving' (WRR 2004). Empathy and sensitivity of participants could foster trust and therefore diminishes the fragile part of it. Empathic network participants 'feel' each other's mood and behaviour and will have a little bit more patience. This patience gives them time: time to learn from mistakes or miscalculated issues and to grow an even better or more stable equilibrium in the network.

2.6 Conclusion

Dutch hospitals increasingly are confronted with a demanding society in terms of taking responsibility and being accountable. Whether it's about hospitals' policy, malfunctioning physicians or their loans, all these issues are considered in relation to public values. Given the hospitals' position in society, feedback from society (clients) is crucial and needs encouragement. Not only from a public value point of view, but also from a governance point of view as shown in the IGZ model. The hospital organization as well as the context of Dutch health care can be considered as a network in which society (clients) holds a strong position.

The central question is "How can hospitals optimally organise their governance, taking into account the complex field and context in which hospitals operate?"

Dutch hospitals operate in a fast changing and increasingly complex environment. The blurring between market, hierarchy and network principles with their failures, continuously expects a 'flexible' reaction to optimize medical quality and business results. Given all kind of different partners necessary to make a hospital well-functioning, it can be referred to as a network that aims for improving efficiency and effectiveness. The hospital in itself is a typical network in which the board and the physicians play a key role, and the patient or society is the most vital partner. It figures that due to lots of reasons – varying from social developments and diverging goals of physicians and members of the board – tension is present in the network, and the network

equilibrium as well as the countervailing powers are dynamic and complex factors. This leaves a situation in which the hospital itself can be seen as a network, the hospital sector can be seen as one and the context is blurred as a result of the presence of different paradigms. This is important to consider when governance should be organized?

One can question if changes in systems, structures or procedures are sufficient to accomplish stable network equilibrium. Given the ever changing demands of society, the complexity and dynamics of the networks and of each of the participants' structures and systems seem to be too inflexible to handle demands. Besides that, especially physicians don't feel addressed with these kinds of instruments. They have a better feeling with personal relationships built on trust. Dutch government wants the same, but acts the other way around: they speak about trust but, considering the minister's letter, act with control instruments.

It looks like the properties of networks, including those in health care, don't match changes in inflexible system. When looked at it from another point of view, the same conclusions can be drawn. In accordance with the study of Erasmus University Rotterdam (2009) - control and learning instruments related to types of risks - network problems seldom are simple. Most of the time networks face diverging values and goals and therefore tension results in complex or ambiguous problems. Notwithstanding the fact that control can be effective, the learning instruments should have a more profound role.

As a result of that, learning implies good relationships built upon trust. Therefore some central themes to create such should be appointed here. Network participants should open up and lower their shields: they should be more transparent in their goals and means. Closed systems or organizations appeal to secret things to happen and will not build trust. To open up participants should feel free and safe to do so. A system based on trust encourages this openness, while learning stimulates this. From this point of view it's understandable that patients (or society) are encouraged to open up. They're encouraged to give feedback to insurance companies, hospitals and physicians. Their information is crucial for quality of service and for governance as well.

Openness and vulnerability in this are two of a kind. And when talking about organizations to open up, it's always about people to open up. Therefore personal qualities like empathy and sensitivity are crucial.

Governance in a network only on a learning basis will not sustain for a long a time. It is important that the focus moves towards more learning orientated governance in which relationships are key elements. Both lead to a trustworthy network in which mutual responsibility and respect foster good governance.

If we look at the example of the neurologist in the MST hospital one more time, the pressure on the hospital was high, because of society's expectations. Besides that, responsibilities from a governance perspective weren't clear and the culture between the main players was a closed one. Because of that, neither of the players acted properly, with the known result. Given the aforementioned points, several patients could have been prevented from damage and needless suffering. The given problem of this hospital wasn't obvious or easy to tackle, so learning as a governance instrument should have been appropriate.

Is there an optimal organization of governance conceivable, which can exclude these kinds of mistakes in the future? The answer is 'no'. With rules and a clear organization of control, supervision, justification, accountability and responsibility, a lot of issues can be identified. The key drivers are mutual transparency and openness in expectations and needs, to share responsibilities and to work with respect. Having trust in partners in a learning environment will improve network performance.

References

- **Broekman**, L. & Th. Camps (2006) Organisatienetwerken in de zorg: een verkenning. Deventer: Kluwer
- **Caiden**, G.E. (1999) The essence of public service ethics and professionalism. In: L.W.J.C. Huberts en J.H.J. van den Heuvel (Eds.) Integrity at the public-private interface. pp. 21 – 44) Maastricht: Shaker Publishing
- **Callaghan**, G. and G. Wistow (2006) Governance and public involvement in the British National Health Service: Understanding difficulties and developments. In: Social Science & Medicine, 63, pp. 2289–2300
- **Commissie Health Care Governance** (commissie Meurs) (1999) Health care governance: aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg. Soesterberg: C3 Hospital Consultancy
- **Donk**, W.B.J.H. van de (2001) De gedragen gemeenschap: over katholiek maatschappelijk organiseren de ontzuiling voorbij. Den Haag: Sdu uitgevers
- **EUR** (2009) Veiligheid in de zorg: achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009. Rotterdam: EUR
- **Galbraith**, J.K. (1963) American capitalism: the concept of countervailing power. Harmondsworth: Penguin Books
- **Grol**, R. M. Faber (2007) Commonwealth Fund International Health Policy Survey: onderzoek onder consumenten en patiënten in 7 laden. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK)
- **Hout**, E.J.Th. van (2007) Zorg in spagaat: management van hybride, maatschappelijke organisaties. Den Haag: Lemma
- **IGZ** (2009) De vrijblijvendheid voorbij: sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Den Haag
- **Jessop**, B. (2003) Governance and meta-governance: on reflexivity, requisite variety and requisite irony. In: H. Bang (Eds.) Governance as social and political communication. Manchester: Manchester University Press
- **Lapr e**, R., F. Rutten & E. Schut (red.) (1999) Algemene economie van de gezondheidszorg, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom
- **Meurs** (2008) Sociaal vertrouwen: een kwestie van durf. Verwey-Jonker/SER lezing
- **Noordegraaf**, M. (2007) From Pure to Hybrid Professionalism, In: **Administration & Society**, nr 6, pp. 761-785
- **Noordegraaf**, M, P.L. Meurs en A. Montijn-Stoopendaal (2005) Pushed organizational Pulls: Changing responsibilities, roles and relations of Dutch health care executives. In: Public Management Review, vol. 7(1), pp. 25-43 London: Routledge
- **Orde van medisch specialisten** (2008) Individueel Functioneren van Medisch Specialisten: Persoonlijk beter. Utrecht: orde van medisch specialisten
- **RMO** (2009) Stem geven aan verankering: over de legitimering van maatschappelijke dienstverlening. Den Haag: RMO
- **RVZ** (2008) De rol van de farmaceutische industrie. (Achtergrondstudie) Den Haag: RVZ
- **Schrank**, A. and Whitford, J. (2007) "Varieties of Network Failure" Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, TBA, New York
- **SCP** (2000) Sociaal en cultureel rapport 2000; Nederland in Europa. Den Haag: SCP
- **Seddon**, N. (2008) Is the future Dutch? In: The Lancet. Vol. 372, nr. 9633, pp. 103-104
- **Wal**, Z. van der, E.J.Th. van Hout, A.J. Kwak en M. Oude-Vrielink (eds.) (2007) Managers en Professionals. Waarden in een hybride praktijk. In: Bestuurskunde. 16 (4), pp. 2 - 52
- **Wal**, Z. van der en E.J.Th. van Hout (2009) Is Public Value Paramount? The Intrinsic Hybridity and Multiplicity of Public Values. In: International Journal of Public Administration 32 (3), pp. 220 – 231
- **Williamson**, O.E. (1981) The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach. In: The American Journal of Sociology, 87 (3), pp. 548 – 577
- **WRR** (2008) Onzekere veiligheid. Een pleidooi voor probleemgerichte politiek. Amsterdam: Amsterdam University press
- **WRR** (2004) Bewijzen van goede dienstverlening Amsterdam: Amsterdam University press

HOOFDSTUK 3

Governance in Nederlandse ziekenhuizen: een model voor systematische diagnose en interventie

Titel: Governance in Nederlandse ziekenhuizen: een model voor systematische diagnose en interventie

Auteurs: R.M.A. (Ron) van der Pennen, G.J. (Jo) Caris, G. (Gerhard) van Gelder en T.B.C. (Theo) Poiesz

Tijdschrift: Bestuurskunde

(Resubmitted for publication)

Abstract

Because of conflicting interests amongst boards and medical specialists, hospitals face governance problems consequently leading to discussions about the legitimacy of decision-making. It is necessary to properly diagnose and analyse these problems to gain consensus on the nature and causes of these problem(s) between all actors involved.

In this article a diagnostic model is described, which gives a new and integral perspective to properly analyse 'wicked problems' in the governance of Dutch hospitals with a specific focus on the relationship between board and medical staff. The model is applied in the context of a hospital operating theatre facing compliance problems as judged by the IGZ.

It showed that medical professionals do not disagree on the importance of patient safety, but opinions differ regarding the relationship between professional autonomy and compliance, as well as on the validity of guidelines in different situations. Also perspectives amongst actors differ regarding the problems analysed by the IGZ.

Following these conclusions, the model adds value to the governance of Dutch hospitals, specifically to the complex relationship between hospital boards and medical specialists.

3. Governance in Nederlandse ziekenhuizen: een model voor systematische diagnose en interventie

3.1 Inleiding: zorgvuldigheid in besluitvorming

Als gevolg van hybridisering van het Nederlandse zorgsector ontstond een situatie waarin de overheid meer op afstand bestuurd (Rhodes, 1997). Het effect daarvan was onder meer een toenemende aandacht voor de besturing van de Nederlandse ziekenhuizen. En gevoed door een reeks aan incidenten werden kritische vragen gesteld bij de ontstane situatie waarin sprake was van meer hybriditeit en marktwerking. Deze kritische vragen leidden tot een groeiende discussie binnen de Nederlandse ziekenhuissector over de legitimiteit van ziekenhuizen (zie ook Postma, 2012), met als gevolg dat ook de effectiviteit van het ziekenhuis in twijfel wordt getrokken. (Commissie behoorlijk bestuur, 2013; Van der Pennen et al, 2010; IGZ, 2009; RVZ, 2009; Meurs & Van der Grinten, 2005). Diverse onderzoeksrapporten wijzen daarbij op de complexe verantwoordelijkheidsverdeling tussen raden van bestuur en medisch specialisten als onderdeel van de ziekenhuisgovernance. De wederzijds afhankelijke relatie tussen beiden is evenwel cruciaal in de besluitvorming binnen het ziekenhuis (o.m. Kaissi, 2005)

In de cruciale relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten doen zich vaak vraagstukken voor die getypeerd kunnen worden als dilemma's of als 'wicked problems' (Rittel & Webber, 1973): ernstige en moeilijk oplosbare vraagstukken ten aanzien van het functioneren van organisaties en mensen daarin. Het is een kenmerk van dit type problemen dat ze erger worden wanneer een oplossing gehanteerd wordt die te eenvoudig is voor het specifieke probleem. Problemen zijn ook moeilijk oplosbaar omdat er veel partijen met verschillende belangen bij betrokken zijn en omdat elke oplossing nadelen heeft. Het gevolg kan zijn dat er haalbare oplossingen gezocht worden zonder voldoende diagnose en analyse van het vraagstuk. Dit wekt de indruk van 'trial and error' en is vaak ineffectief waardoor weerstand wordt opgeroepen. Karré en Paardekooper wijzen daarbij op de invloed van de media. "Simpel oplossingen doen het in de huidige mediocratie goed, bijvoorbeeld knip de instellingen op in kleine instituten, stuur management en staf weg, alle macht aan de professionals." (Karré en Paardekooper, 2014)

Hoewel de complexiteit van een vraagstuk onderkend wordt, bestaat de neiging om direct en zichtbaar in te grijpen. De maatschappelijke druk op meer transparantie, toezicht en verantwoording voedt dit. De reflex tot directe interventie – zowel bij raden van bestuur als bij medisch specialisten – is te begrijpen, zeker na calamiteiten rondom kwaliteit en veiligheid, maar de effecten op de lange termijn vallen tegen als de werkelijke oorzaak niet wordt aangepakt. Alleen na een zorgvuldige verkenning van het probleem kan naar interventies gezocht worden, waarvan een gunstig effect in meer of mindere mate te voorspellen is.

De diagnose en analyse van complexe vraagstukken ten behoeve van een gerichte interventie, kunnen worden ondersteund door een hierop gericht model. Een model wat hierbij behulpzaam is, wordt beschreven in dit artikel en toegepast op een specifieke die speelde in een topklinisch ziekenhuis. Opgemerkt wordt dat het model niet bedoeld als wiskundige analyse van complexe problemen, maar als een nieuwe perspectief dat bijdraagt aan het besturen van een ziekenhuis.

Inzicht in de complexe problemen die spelen tussen raad van bestuur en medisch specialisten, in de percepties die hierover bestaan als mede over oplossingen die aangedragen worden, geven empirisch voeding voor analyse en inzicht. Daarmee richt het onderzoek zich op 'governance in actie'. Het biedt een bijdrage aan het wetenschappelijk debat over de ziekenhuisgovernance door de complexiteit van een specifiek ziekenhuisvraagstuk te verdiepen aan de hand van een analysemodel. Dit onderzoek is mede relevant gelet op de internationale aandacht voor kwaliteit en veiligheid binnen ziekenhuizen (zie o.m. Kachalia, 2013).

In de volgende paragraaf (2) wordt een diagnostisch model toegelicht wat bijdraagt aan adequate diagnose en analyse van complexe vraagstukken. Vervolgens worden de methoden van onderzoek beschreven (3) waarna in paragraaf 4 de case van kwaliteit en veiligheid op een operatiecomplex wordt beschreven. In paragrafen 5 en 6 zijn respectievelijk resultaten en conclusies beschreven. Daaropvolgend zijn in de slotparagraaf (7) enkele beperkingen beschreven.

3.2 Diagnostisch model

3.2.1 Aanleiding

Bestaande modellen beantwoorden niet aan de noodzakelijke integrale benadering van complexe vraagstukken, maar benadrukken de geconstateerde fragmentatie van analyse of interventie. We noemen een aantal voorbeelden:

De SWOT-analyse (Jackson, Joshi & Erhardt, 2004) is gericht op interne sterkten en zwakten van een organisatie gerelateerd aan de kansen en bedreigingen van haar omgeving. Visie en doel van de organisatie en motivatie van medewerkers worden niet meegenomen in dit model (zie ook: Menon et al., 1999), terwijl dit belangrijke elementen bij complexe vraagstukken en het gedrag van medewerkers en organisatieprestaties in het algemeen. Het 7-S model (Pascale, Peters & Waterman, 2004) biedt een beschrijving van organisatiekenmerken zonder in te gaan op de omgevingsinvloeden. Dat geldt ook voor het klaver 6 model van Kouwenhoven, van Hooft & Hoeksema (2005), terwijl de invloed van de omgeving een belangrijk onderdeel is of kan zijn in een adequate analyse van organisatievraagstukken. Het Informatie Management Model (Abcouwer, Maes & Truyens, 1997) functioneert als model voor managementinformatie en gaat niet (expliciet) in op de personen en op de omgeving van een organisatie. Het Dynamomodel van Azjen (Metselaar, Cozijnsen & van Delft, 2011) is een gedragsmodel en is beperkt tot een

analyse van 'het willen', 'het kunnen' en 'het moeten' als bepalend voor gedrag en voor resultaat bij veranderingen. Op zichzelf hebben voornoemde modellen wel degelijk meerwaarde. Ze zijn bruikbaar om meer verdieping te krijgen op deelgebieden van het totale veld van invloeden op een complex vraagstuk. Echter, een model dat voorziet in een integrale benadering, waarbij alle relevante onderdelen worden meegenomen en meegewogen, ontbreekt tot heden.

Effect van het ontbreken van een integrale benadering is dat zich een aantal risico's openbaren. Immers, complexe problemen doen zich zelden geïsoleerd voor, maar vormen een complex systeem van onderling verbonden uitdagingen (Beinhocker, 2006; Rihani, 2005). Denkbare risico's zijn:

- 1) Problemen worden beoordeeld op zichtbare en operationele verschijnselen en niet op hun achtergrond en oorzaken.
- 2) Er wordt monodisciplinair naar geïsoleerde aspecten gekeken in plaats van multidisciplinair naar alle relevante aspecten.
- 3) Verschillende aspecten van een vraagstuk worden sequentieel bekeken in plaats van in samenhang.
- 4) De relatie met andere problemen wordt niet gezien.
- 5) De niveaus macro, meso en micro worden gescheiden behandeld, terwijl ze onderling samenhangen.

In reactie op deze gefragmenteerde analyse van complexe problemen, beoogt het in dit artikel beschreven model een integraal beeld van een complex probleem in een sociaal systeem te beschrijven. Deze systeembenadering (Bertalanffy, 1956) benadrukt de onderlinge afhankelijkheid van en de interactie tussen verschijnselen, gedrag van mensen en organisaties en de integrale bestudering van deze elementen (Laszlo, 2003). De waarneming van verschijnselen in hun context verschilt van gefragmenteerde waarneming omdat context en object elkaar over en weer beïnvloeden. Schöpke & Rauschmayer (2012) benadrukken dat de veelheid van factoren en hun interacties om een systematische aanpak en een ondersteunend model vragen.

Het bestuderen van alle relevante factoren, rekening houdend met alle mogelijke interactie-effecten kan leiden tot een onoverzichtelijke en onhanteerbare hoeveelheid informatie, waardoor ordening en prioritering de problematiek nog complexer maakt. Het ontwikkelde model is daarom mede gebaseerd op het gedachtegoed van Dörner (1996), die ervoor pleit om bij de analyse van complexe vraagstukken uit te gaan van een beperkt aantal hoofddimensies waarbij detaillering in een vroeg stadium wordt vermeden. Volgens Slovic (1966) kunnen mensen bij hun beslissingen met maximaal drie elementen tegelijkertijd rekening houden. Bij meer elementen neemt de onoverzichtelijkheid toe en bij minder elementen wordt de informatieverwerkingscapaciteit onvoldoende benut. De kwaliteit van de besluitvorming lijkt optimaal is bij een gelijktijdige analyse langs drie dimensies die onafhankelijk van elkaar zijn en gelijkwaardig wat betreft belangrijkheid en generalisatieniveau. Derhalve bestaat uit gerepresenteerde model uit drie dimensies.

3.2.2 Dimensie 1: De context van het probleem

Om de betekenis van een probleem, haar achtergronden en oorzaken te verhelderen moeten deze geplaatst worden in de context waarbinnen het probleem zich afspeelt. Deze dimensie, ontwikkeld door Kerntact & Partners (2012), bestaat uit vier interacterende onderdelen of posities: De existentiële waarden (E) van personen bestaan uit een stabiele configuratie van waarden, overtuigingen en reacties (o.m. Rokeach, 1973), zoals 'vrijheid', 'verantwoordelijkheid' en sociale verbondenheid'. Yalom (1980) noemt het de "ultimate concerns", de keuzes die iemand maakt op cruciale momenten.

De tweede positie betreft de interpersoonlijke kenmerken (P) en gedragskenmerken van de betrokken personen als professionals, functionarissen en als collega's in de uitoefening van het beroep. Voor een goede diagnose is het onderscheid tussen E en P belangrijk (Yalom, 1980);

De derde positie betreft de invloeden van de organisatie (O), (waaronder het team, de afdeling en de leiding) die betrekking hebben op het doel van de organisatie, haar prestaties, stijl van managen, de inrichting van het bedrijf, de aandacht voor mensen, de mate van resultaatgerichtheid, de mate van samenwerking en collegialiteit etc.

Tenslotte maken organisaties en de mensen deel uit van een groter systeem (S), de branche waar zij bij horen of de markt waarop zij actief zijn. En die branche en markt maken weer deel uit van een samenleving met haar cultuur, sociaal klimaat en economie.

Deze 'EPOS-dimensie' is een ordinale schaal van micro (existentiële waarden) naar macro (systeem/samenleving) waarbij vier markante posities zijn benoemd.

Schematisch:

Existentiële waarden - Persoon - Organisatie - Systeem/Samenleving

3.2.3 Dimensie 2: De beleidsbenadering van het probleem

De tweede as heeft vooral betrekking op de benadering(-en) vanuit de organisatie op het probleem en de context. Het betreft vier elementen die terug te vinden zijn in de beleidsontwikkeling van organisaties (Kor, Wijnen & Weggeman, 2008):

- Visie (V), missie, doel
- Strategie (S)
- Operationalisering (O) en tactische instrumentatie van de strategie¹⁹
- Uitvoering in de praktijk (P).

¹⁹ Dit wil zeggen het omzetten van de strategische keuzes in middelen, mensen en procedures.

Deze 'VSOP-dimensie' heeft een ordinale opbouw van abstract naar concreet waarbij om praktische redenen vier posities zijn benoemd.

Visie - Strategie - Operationalisatie - Praktijk

In het model wordt de beleidsbenadering (VSOP) gerelateerd aan de context van het probleem (EPOS). Daardoor ontstaan vragen zoals: wat is de bestuurlijke visie op de existentiële waarden? Hoe worden de kenmerken en de eisen van de omgeving vertaald of welke strategie is gevolgd om de gewenste waarden te bereiken? Hoe zijn de visie en de strategie geoperationaliseerd? Welke middelen en mensen zijn er beschikbaar en worden ingezet? Met betrekking tot de casuïstiek geldt bijvoorbeeld de vraag hoe de raad van bestuur de continuïteit van de bedrijfsvoering (open houden van de operatiekamers) waardeert tegen de veiligheid van patiëntenzorg (die wellicht niet in het geding is naar de mening van het bestuur). In de praktijk wordt duidelijk of de strategie werkt, of de operationalisatie klopt en of de instrumenten voldoende worden ingezet. Zichtbaar wordt wat de effecten zijn van de visie en strategie tot nu toe. Een praktijktoets dient derhalve een tweeledig doel: a) het geeft een evaluatie ten aanzien van de diagnose en de daaruit voortvloeiende interventie en b) het informeert betrokken partijen en kan hen overtuigen in het steunen van de interventie.

3.2.4 Dimensie 3: De urgentie van het probleem

De derde dimensie heeft betrekking op het urgentieniveau van de problematiek voor het functioneren van mensen en de organisatie. Bij het beoordelen van het belang van de interventie dienen daarom zowel de impact als de korte- en lange termijneffecten in beschouwing genomen te worden. Het nadeel van korte termijn-ingrijpen kan zijn dat de motivatie voor een lange termijn benadering erdoor afneemt. De directe symptomen zijn dan verdwenen, maar onder de oppervlakte kan het probleem verder woekeren. De korte termijn gaat in het dagelijks handelen vóór de lange termijn en het zichtbare symptoom gaat vóór de onzichtbare problematiek. Het is daarom gewenst om hier bij de keuze van de behandeling rekening mee te houden en er zo nodig voor te corrigeren.

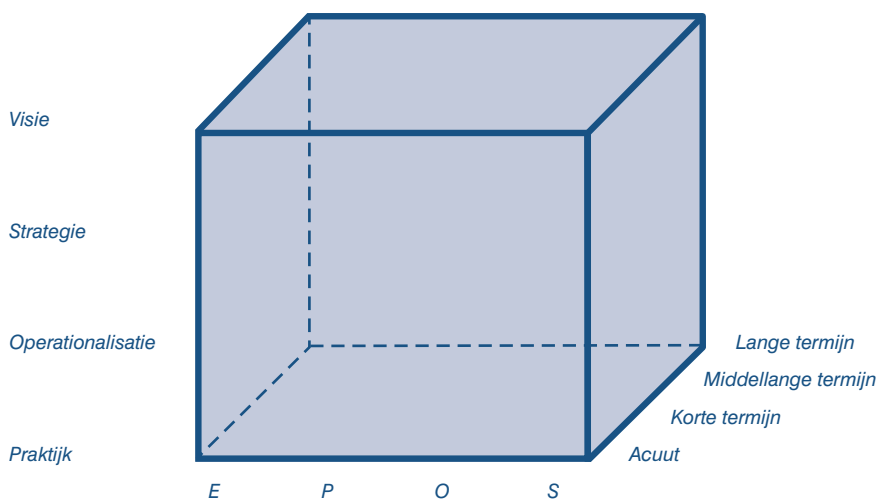
De derde dimensie van het model bestaat aldus uit een combinatie van ernst van het vraagstuk, noodzakelijke snelheid van ingrijpen en de impact van de interventie. Voor de overzichtelijkheid wordt op de as vooral de tijd weergegeven, waarbij er vanuit wordt gegaan dat acuut ingrijpen van ernstige vraagstukken tegenover lange termijn benaderingen staat. Deze dimensie loopt van acute naar lange termijn.

Acuut - Korte termijn - Middellange termijn - Lange termijn

3.2.5 De kubus

De drie dimensies kunnen nu met elkaar in verband gebracht worden. Zo ontstaat een kubus met meerdere combinaties. De kubus is niet bedoeld als wiskundige analysemodel – te meer omdat de grenzen tussen de onderdelen per dimensie niet altijd scherp zijn – maar als integraal perspectief op complexe problemen. Het integrale overzicht plaatst de individuele elementen in hun context waardoor ze een duidelijkere en waardevollere betekenis krijgen dan wanneer hetzelfde element gefragmenteerd benaderd wordt. Zo hoeft, bijvoorbeeld, het onzorgvuldig omgaan met regels niet automatisch voort te komen uit gemakzucht of arrogantie, maar kan het ook een resultaat zijn van systematische omgevingsinvloeden.

Uitgaande van het te analyseren vraagstuk, hoeft niet iedere combinatie belangrijk te zijn. De bedoeling en toegevoegde waarde van het model is om het vraagstuk in het geheel van invloeden te plaatsen. Dit vraagt een flexibele toepassing van het model en wordt benadrukt dat het model een bestuurskundig perspectief betreft en niet een mathematische benadering is van de complexe praktijk. De kubus is ontwikkeld om zo veel als mogelijk tot een integrale benadering te komen van complexe problemen.



Figuur 1: Diagnosekubus

3.3 Dreigende sluiting OK-complex

3.3.1 Context

In 2007 bedroeg het landelijke percentage patiënten dat met een ziekenhuisinfectie te maken kreeg 6,8%. In 2012 was dit 3,8% (RIVM, 2014). Ondanks deze dalende trend, is er in de samenleving verontwaardiging over geconstateerde nadelige effecten van onzorgvuldig handelen (zie o.m. Commissie Lemstra, 2009; IGZ, 2013). Mede door deze ontwikkeling heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het toezicht op het perioperatieve proces in de Nederlandse ziekenhuizen verscherpt. Dit intensieve toezicht kan niet enkel op bijval rekenen, zo blijkt uit het medisch professionele standpunt van zes arts-microbiologen. Zij stellen dat de IGZ de ziekenhuizen dwingt tot dure, onbewezen en soms irrelevante maatregelen op het gebied van infectiepreventie. Dit kan uiteindelijk negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg (Bonten e.a., 2014). Overigens is ook duidelijk dat meer dan de helft van de vermijdbare patiëntschade gerelateerd is aan het operatieproces.

Het gedrag van medisch professionals op een operatiecomplex met betrekking tot kwaliteit en veiligheid verdient enige contextuele toelichting. Het gaat om hoogopgeleide professionals die een gespecialiseerde taak uitvoeren in een redelijk geïsoleerde situatie. Daarbij zijn zij veelal vrijgevestigd en bestaat er derhalve geen formele gezagsverhouding met de raad van bestuur van het ziekenhuis. Protocollen en richtlijnen schrijven het operationele gedrag van deze professionals voor als het gaat om hygiëne en patiëntveiligheid. Medisch specialisten worden geacht de richtlijnen te volgen onder het motto: "pas toe of leg uit". Er kan, met andere woorden, beredeneerd van worden afgeweken.

Kenmerkend voor de complexe relatie tussen de raad van bestuur van het ziekenhuis en de medisch specialisten is dat er geen formeel toezicht aanwezig is op het gedrag van deze professionals. Binnen de context dit onderzoek geldt dat de raad van bestuur of het management van een OK-complex niet meekijkt met het gedrag en handelen van de chirurg. Het gedrag van de chirurg is zichtbaar voor OK-teamleden. Opgemerkt wordt dat in deze context de chirurg veelal het meeste gezag toebedeeld krijgt.

Het is voor de leiding – hetzij het management van de operatiekamers, hetzij de raad van bestuur – niet zomaar duidelijk welke professional welke richtlijn negeert of regel overtreedt wanneer de operatie plaats vindt. Als, dan blijkt afwijkend gedrag vooral uit het informele circuit, niet langs de formele lijnen. Deze indirecte lijn tussen bestuur en medisch professionals betekent ook dat nieuwe beleid of ingrijpen door het bestuur gericht op het gedrag van medisch professionals alleen generiek kan zijn: beleid of ingrijpen heeft betrekking op alle medisch specialisten, niet op een individu. Voorspelbaar is dat de weerstand oproept onder de groep professionals met een hoge compliance op vigerend beleid rondom bijvoorbeeld infectiepreventie en hygiëne: het gevoel onterecht 'gestraft' te worden. Dergelijke ingrepen door raden van bestuur roepen om die redenen weerstand wat ten koste kan gaan van de relatie tussen ziekenhuisbestuur en de professionals.

3.3.2 Casebeschrijving

Binnen de context van de voornoemde aandacht door de IGZ voor het perioperatieve proces in de Nederlandse ziekenhuizen, bezocht de IGZ het operatiekamercomplex van een topklinisch ziekenhuis. Deze inspectie was niet aangekondigd en dus was het bezoek onverwacht voor alle betrokkenen binnen het ziekenhuis. Na het bezoek dreigde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) met sancties. De IGZ beoordeelde dat het gedrag van de professionals op de diverse operatiekamers ondermaats was: het naleven van richtlijnen en protocollen werd als onvoldoende bestempeld waardoor de risico's voor patiënten te groot waren. De kwaliteit en veiligheid van de zorg waren in het geding aldus de IGZ. Dit was in tegenstelling tot de opvatting hierover van de medische staf, die aangaf dat de uitkomsten van zorg geen aantoonbare risico's voor patiënten lieten zien.

In haar reactie dreigde de IGZ het OK-complex, met ongeveer 300 medewerkers, te sluiten indien de omstandigheden niet binnen vier weken zouden zijn verbeterd. Sluiting van een OK-complex betekent dat het hart van het ziekenhuis wordt stilgelegd, met alle denkbare consequenties van dien.

Om tegemoet te komen aan de eisen van de IGZ, is in het ziekenhuis gekozen voor een verplichte bijscholing voor alle betrokkenen én strak intern toezicht met sancties op het gedrag van medewerkers en medici. Na de herinspectie door de IGZ enige weken later, constateerde de IGZ voldoende progressie en werd sluiting afgewend.

Het voornoemde vraagstuk is een voorbeeld van een 'wicked problem'. Immers, de autonomie van professionals wordt aangetast en verschillende belangen staan op het spel terwijl de effecten van het niet opvolgen van richtlijnen en protocollen niet altijd direct zichtbaar of meetbaar zijn. Het dilemma in dit voorbeeld bestaat uit de spanning tussen de urgentie (noodzaak tot direct ingrijpen) om erger te voorkomen (in dit geval de sluiting van het OK-complex) en de noodzaak van grondige diagnostiek van het vraagstuk om tot een effectieve lange termijn oplossing te komen (aanpassen van gedrag). Ook bleek het uitgangspunt van de partijen uiteen te lopen. Professionals vonden dat zij verantwoord gedrag vertoonden, terwijl de IGZ dit gedrag als onvoldoende bestempelde.

Al snel bleek dat de korte termijn aanpak van de scholing en auditing niet voldoende was voor volledige compliance van alle betrokkenen op langere termijn.

3.4 Methoden

Het artikel beschrijft een kwalitatief onderzoek gebaseerd op een retrospectieve analyse van een 'wicked problem'. De studie onderzoekt de afwegingen op meerdere dimensies die spelen in de besluitvorming tussen raden van bestuur en medisch specialisten ten aanzien besluitvorming aan de hand van een complex probleem. Het onderzoek heeft betrekking op

één case die in de diepte is onderzocht, hetgeen deze studie bestempeld als een case-study. Het onderzoek is deels participatief van aard, gegeven de wetenschap dat enkele auteurs betrokken waren in de voorliggende case. Daarnaast zijn aanvullende interviews uitgevoerd. Deze dienden zowel als aanvulling op eerder verkregen empirische data als ook voor cross-reference op deze data. Ten slotte hebben ook observaties plaats gevonden op het OK-complex door een aantal onderzoekers.

Het feit dat de IGZ een dermate zware sanctie verbond aan hetgeen zij constateerde tijdens het onverwachte bezoek, rechtvaardigt het standpunt dat er sprake was van een suboptimale situatie waarin veranderingen in gedrag en handelen van betrokkenen noodzakelijk waren. Door de dreigende sluiting en daarmee de dreiging dat het ziekenhuis (in zekere zin) tot stilstand zou komen, was er sprake van een zeer dringende situatie.

De balans tussen een integrale diagnose en snel handelen vraagt om het snel en effectief verwerven en analyseren van informatie over het vraagstuk. Tegelijkertijd is een grondige analyse nodig om tot een effectieve en duurzame oplossing te komen. Om aan beide voorwaarden te voldoen, zijn in korte tijd gesprekken gevoerd door twee van de auteurs met 12 betrokken personen: medisch specialisten, OK-assistenten, verpleegkundigen, de bedrijfsmanagers en de medisch manager van het OK-complex, bestuurders en beleidsfunctionarissen. De verschillende functionarissen waren allen betrokken bij en op de hoogte van de problematiek. De onderzoekers hebben bij deze gesprekken open vragen gesteld. De antwoorden waren overwegend openhartig en informatief. Soms is op de antwoorden gericht doorgevraagd.

Twee onderzoekers hebben ieder afzonderlijk de resultaten beschreven en daarna op de assen in de kubus geplaatst. Alleen die uitkomsten zijn geplaatst waarbij de onderzoekers het eens waren over de inhoud en de plaatsing. De resultaten zijn besproken met de medisch manager van de OK.

Naast de gesprekken is er op het OK-complex geobserveerd en zijn de resultaten van interne en externe audits geëvalueerd. De interne audits werden door het ziekenhuis zelf uitgevoerd. Kwaliteitsfunctionarissen onderzochten de communicatie en overdacht van patiënten van, naar en binnen het OK-complex; ziekenhuisapothekers onderzochten wekelijks het proces van medicatieveiligheid op het OK-complex; arts-microbiologen volgden frequent en steekproefsgewijs de processen rondom hygiëne en infectiepreventie. De resultaten op alle deelgebieden werden gebundeld en besproken in het wekelijkse (later twee wekelijkse) crisisteam onder leiding van de voorzitter van de raad van bestuur. Ook werden 'in de hiërarchische lijn' lijsten opgesteld door het OK-management over klachten die men ontving over medewerkers en medisch specialisten op het OK-complex. Deze werd eveneens besproken in het crisisteam. De externe audits werden door een externe partij uitgevoerd. Het betrof zogenaamde tracers,

waarin onderzoekers het proces van de patiënt volgde vanaf het moment dat deze de kliniek verliet en tot en met de terugkeer in de kliniek na de operatie. De resultaten werden eveneens teruggekoppeld, eens per maand, aan het crisisteam.

Twee van de onderzoekers waren formeel lid van het crisisteam. Dit crisisteam bestond uit de raad van bestuur, de voorzitter van de medische staf, de manager kwaliteit, de manager strategie, de manager juridische zaken, de manager communicatie, het OK-management (medisch en bedrijfsmatig), ziekenhuisapotheker, arts-microbioloog, een kwaliteitsfunctionaris en de verantwoordelijke voor medische apparatuur. Indien aan de orde werden andere betrokkenen uitgenodigd. Een van de onderzoekers was secretaris van dit overleg. Het crisisteam is direct ingericht nadat de IGZ haar reflectie op het bezoek gaf. Ongeveer een jaar later volgde het beleidsteam het crisisteam op. Dit was op het moment dat de IGZ formeel haar verscherpt toezicht had opgeheven. De samenstelling bleef ongewijzigd, de frequentie van de bijeenkomsten nam wel af. In beide gremia werd beleid besproken, als ook te nemen maatregelen en geconstateerde tekortkomingen uit diverse audits op de OK, die ook doorgang vonden nadat de IGZ haar verscherpte toezicht had opgeheven.

Een reeks aanvullende gesprekken (10) na de initiële interviews en de bespreking van de uitkomsten van deze interviews, hebben niet tot nieuwe inzichten geleid, maar wel tot een verdere nuancering van het ontstane beeld.

3.5 Resultaten

Een overzichtelijke weergave van de resultaten is mogelijk door uit te gaan van (de posities van) één van de dimensies van de kubus en deze informatie te koppelen aan de informatie van de andere twee dimensies. Het gaat om een pragmatische aanpak waarbij in dit geval wordt uitgegaan van de dimensie 'probleembenadering' (VSOP) omdat het om een organisatievraagstuk gaat waarbij de visie in vastgestelde beleidsplannen is weergegeven. Van hieruit wordt gekeken naar de andere twee dimensies EPOS en de mate van urgentie.

3.5.1 Van VSOP naar existentiële waarden en urgentie

Alle ondervraagden vinden kwaliteit en veiligheid voor patiënten belangrijke waarden en gaan er van uit dat dit ook voor collega's geldt. Verschillen bestaan er over de opvattingen over professionele autonomie. Professionele autonomie van de medisch specialisten en 'hoogwaardigheid van de expertise' worden soms gezien als haaks staand op het volgen van operationele richtlijnen en protocollen. De situatie kan eisen dat van richtlijnen wordt afgeweken. Soms is dat duidelijk en goed uit te leggen, maar er is ook een grijs gebied waarin de uitleg teveel nuancering vraagt en in de hectiek onvoldoende aandacht krijgt.

Ten aanzien van de visie op de waardeoriëntatie wordt noch door de ziekenhuisorganisatie noch door de medisch professionals een strategie gevoerd. Er is geen lange termijn aanpak met betrekking tot kwaliteit en veiligheid. Omdat er geen strategie is, vindt er dus ook geen operationalisatie plaats. Derhalve is er onduidelijkheid over. Medisch professionals verschillen niet van mening over het belang van kwaliteit en veiligheid, wel over de mate waarin en de wijze waarop die uitgevoerd worden. De verschillen in gedrag worden (door professionals) en soms door managers gezien. Vaak wordt aangenomen dat deze verschillen in gedrag corresponderen met verschillen in waardeoriëntatie. De verbinding tussen waarden en gedrag (strategie en operationalisatie) ontbreekt. Een systematische analyse door de organisatie van dit thema en een bijbehorende aanpak zijn daarom niet mogelijk. Door de dreiging van de IGZ heeft ingrijpen een hoge urgentie, terwijl de visie- en strategieontwikkeling meer tijd (middellange termijn) vergen.

3.5.2 **Van VSOP naar personen en urgentie**

De respondenten tonen een grote betrokkenheid bij hun werk. Ze verschillen in de mate waarin ze zorgvuldig of juist slordig zijn. Dit staat los van de beleefde waarden. Medisch professionals onderschrijven de richtlijnen, maar zijn niet (altijd) accuraat in het opvolgen. Slordigheid kan toenemen in de praktijk. Accuratesse wordt niet vanzelf versterkt, omdat resultaten van het wel of niet zorgvuldig opvolgen van regels niet direct zichtbaar zijn.

In de typische context van een operatiekamer kunnen medisch professionals de richtlijnen die voor hen gelden beperkend ervaren voor de hen hooggeachte professionele autonomie. Richtlijnen worden passend geacht bij gestandaardiseerde routine-taken en autonomie meer passend bij situaties die uniek zijn en waarbij eigen inzicht belangrijk is.

Over de noodzaak om deze richtlijnen strikt op te volgen wordt verschillend gedacht tussen het ziekenhuisbestuur en de medisch professionals, maar ook tussen medisch professionals onderling. De relatie tussen het opvolgen van richtlijnen en patiëntveiligheid is vaak niet direct aangetoond of aantoonbaar. De operationele gerichtheid van de regels roept mede daarom bij de medisch professionals verzet op.

Eventuele onzorgvuldigheid van personen, het benadrukken van de professionele autonomie, het gebrek aan zelfreflectie op dit punt, minder aandacht voor communicatie en samenwerking zijn persoonskenmerkeneigenschappen die in dit kader een belangrijke (negatieve) rol kunnen spelen.

Respondenten noemen allemaal het aspect van de aanspreekbaarheid op gedrag. Het wordt als moeizaam ervaren om op het juiste moment en op een acceptabele manier feedback te geven.

De meeste medewerkers en medici accepteren een aanwijzing door collega's en leden van het OK-team over hun gedrag, anderen vinden dat moeilijk te accepteren of storend voor hun positie als professional. Het kan te maken hebben met persoonskenmerken, met de manier waarop de feedback gegeven wordt, met de ervaren druk op de OK en/of met de mate waarin er sprake is van teamvorming. Een kritische opmerking wordt dan in meer of mindere mate als steun dan wel als verwijt ervaren. Dit kan te maken hebben met degene die de opmerking krijgt of met degene die de opmerking maakt.

De organisatie en de medische staf uiten geen visie op gewenste persoonskenmerken. Er is geen organisatiestrategie bekend, en dus evenmin een operationalisatie daarvan, in het omgaan met deze aspecten: sturen op medewerkers(-eigenschappen), communicatie, teamvorming etc. Reacties uit de organisatie in dit opzicht betreft mensen en hun gedrag. Omdat er niet systematisch wordt waargenomen, is niet bekend om welke personen het gaat en wat de omvang van het gedrag is. Evaluaties van de reacties op ongewenst gedrag blijven daarom algemeen en generiek: ze zijn niet gericht op het meest voorkomende gedrag en niet enkel gericht op de individuen waarop veranderingen betrekking moeten hebben. En hoewel een gerichte en op het individu afgestemde aanpak effectiever is, geldt dat de urgentie om zichtbaar in te grijpen dermate hoog is dat de noodzakelijke gedragsverandering die meer tijd vraagt, achterwege blijft.

3.5.3 Van VSOP naar organisatie en urgentie

Directe collega-professionals zijn (bijna) nooit aanwezig tijdens de operatie. Er is geen grote ontvankelijkheid voor de invloed of zelfs voor aanwezigheid van bestuurders of managers. Alleen OK-teamleden kunnen het gedrag van andere teamleden waarnemen, maar feedback wordt niet altijd gegeven laat staan gewaardeerd. Er is in de onderzochte context geen formele gezagsrelatie tussen het bestuur en de medisch professionals. De samenwerking tussen hiërarchie en professionele expertise wordt geregeld door duaal management: twee bedrijfsmanagers en een medisch manager hebben samen de leiding. Ook feedback van dit management (inclusief medisch manager) wordt niet erg gewaardeerd. Zij zijn als professionals en collega's onderdeel van het netwerk en voelen zich niet altijd gelegitimeerd om feedback te geven. Sturen op concreet gedrag, feedback van OK-teamleden lijkt vaak niet verenigbaar met professionaliteit en hoogwaardige expertise. Ook de professionele gelijkwaardigheid tussen medisch manager en andere medisch professionals op het OK-complex is onvoldoende grond voor feedback en aanspreekgedrag. Als verklaring hiervoor geldt de medicus in zijn rol als medisch manager niet zomaar als gelijkwaardig gezien wordt. Daarmee is de rol die een betrokken persoon inneemt ook bepalend voor gedrag van anderen.

Er zijn geen georganiseerde feedbackmechanismen op het OK-complex. Gedrag, zoals het volgen van regels, elkaar aanspreken, samenwerken, onzorgvuldigheid noch de effecten

daarvan worden systematisch gemeten en teruggekoppeld. Gerichte sturing ontbreekt. Toch is de opvatting van vrijwel alle betrokkenen dat er feedback gegeven moet worden zowel, negatief als positief, om tot gedragsverandering te komen. Er is echter geen hierop gerichte strategie bekend van de organisatie noch van de beroepsgroepen. Er is dus ook geen operationalisatie van een strategie.

De veronderstelling bestaat dat een groot gedeelte (80%) van OK-ingrepen gestandaardiseerd kan verlopen en andere sturing vraagt (procedures en regels) dan de overige 20%, waarbij de eigen creativiteit en verantwoordelijkheid en dus de professionele autonomie belangrijker zijn. De reacties van professionals, bestuur en management en ook van de IGZ zijn derhalve niet gespecificeerd naar bepaald gedrag van bepaalde personen in bepaalde situaties. Organisatieaanpassing op deze onderdelen kost tijd, terwijl er een grote urgentie bestaat.

Zoals beschreven greep het ziekenhuisbestuur op korte termijn in, door alle medewerkers en medisch specialisten een (verplichte) bijscholing te laten volgen. Het vermeende resultaat ervan was dat de IGZ bij de herinspectie afzag van verder ingrijpen. De bijscholing is niet gericht geweest op gedrag. De bijscholing betrof enkel het oprispen kennis rondom hygiëne en infectiepreventie. Op korte termijn heeft dit het gewenste disciplinaire effect gehad. Betrokkenen twijfelen echter aan het effect op langere termijn. Het ontwikkelen van een strategie gericht op visie, personeel en organisatie is nodig om de gewenste veranderingen op langere termijn te borgen en nieuwe incidenten te voorkomen. Dit is niet bereikt.

3.3.4 **Van VSOP naar systeem en urgentie**

Een belangrijke systeemkenmerk binnen de ziekenhuiscontext is de waardering en beloning voor ziekenhuizen en medisch specialisten naar het aantal verrichtingen. De vigerende volumenormen voor bepaalde chirurgische ingrepen (een minimaal aantal bepaalde ingrepen is voorwaarde om die ingrepen te kunnen contracteren met verzekeraars) versterken dit. Het tarief is onafhankelijk van de kwaliteit van de verrichting. De IGZ gaat primair over kwaliteit, de verzekeraars primair over tarieven en volumes. De autonomie en het zelfstandig declareren van de (vrijgevestigde) medische professionals is ook een kenmerk van de Nederlandse ziekenhuizen. Een hoge sociaaleconomische status binnen en buiten het ziekenhuis, een beperkt feedback-systeem, hoge werkdruk, zelfstandigheid met een eigen verantwoordelijkheid kan leiden tot variatie in professioneel handelen.

Een deel van de respondenten geeft aan opgelucht te zijn door het optreden van de IGZ. Hoewel de reactie van de IGZ overdreven wordt genoemd, overheerst de mening dat de druk van de IGZ behulpzaam was bij de verbetering van de kwaliteit en veiligheid op de operatiekamers. Er bleek uit de interviews behoefte om de discipline op het OK-complex te verbeteren, terwijl er

geen systematisch sturing daarop vanuit de organisatie ervaren wordt. Dat zou kunnen duiden op een behoefte (bij sommigen) aan duidelijkere sturing op de OK. De vraag is echter door wie? Aangezien sturing vanuit de hiërarchie 'gevoelig' ligt, sturing door de medische beroepsgroep zelf (o.m. zelfreinigend vermogen) beperkt blijkt en ook het samenspel van beide (dual management) niet effectief blijft (onder meer als gevolg van uiteenlopende rolopvatting).

3.6 Conclusies

Dikwijls wordt het niet (nauwkeurig) opvolgen van richtlijnen en protocollen door medisch professionals binnen de ziekenhuisorganisatie uitgelegd als onwil of als onvoldoende onderkennen van het belang van die richtlijnen (zie ook Tummers, 2014). Het leidt tot verwijten en beschuldigingen die vooral betrekking hebben op de motivatie van medisch professionals en het dreigen daarop met sancties. Vaak wordt ook kritiek geuit op de raad van bestuur van een ziekenhuis. Deze willen of kunnen niet 'doorpakken' omdat zij de medisch specialisten niet aan kunnen. Deze beelden dragen bij aan de maatschappelijke discussie over governance van het ziekenhuis. Uit de analyse met behulp van het beschreven model, blijkt dat de werkelijke verklaring complexer is.

Omdat strategieën ontbreken, gaat de discussie binnen het onderzochte ziekenhuis over visie (en uitgangspunten) en het (on-) gewenste gedrag in de praktijk. Er wordt niet naar het samenstel van oorzaken gekeken. Er zijn veel regels en ze zijn vaak erg operationeel geformuleerd. De relatie tussen het opvolgen van regels enerzijds en het (uitblijven van) effect ervan anderzijds is er niet altijd of niet altijd duidelijk. Daarmee wordt het niet naleven van richtlijnen uitgelegd als professionele autonomie. Tegelijkertijd wordt in deze discussie niet duidelijk of dit gedrag nu wel of niet leidt tot ongewenste effecten. Anders, de discussie wordt gevoerd zonder dat partijen het eens zijn over welk gedrag van medisch professionals wel of niet leidt tot goede of slechte uitkomsten van zorg.

Het systeem rekent af op volume. Grofweg geldt dat de vigerende financiering leidt tot een prikkel voor 'meer verrichtingen' en 'meer patiënten'. Vanzelfsprekend moeten deze verrichtingen aan kwaliteitsnormen voldoen. Echter, tegenover een hogere kwaliteit staat geen externe beloning. Dit systeem is strijdig met de motivatie van medisch professionals en de waarde die zij hechten aan kwaliteit van zorg.

De mate waarin professionals intrinsiek gemotiveerd zijn en blijven om strakke regels nauwgezet op te volgen, verschilt. Dat geldt ook voor de mate van zorgvuldigheid. De feedback op gedrag van professionals ontbreekt. Vanuit de hiërarchie worden professionals niet gecorrigeerd. De duale hiërarchie (bedrijfsmanager en medisch manager) wordt op dit punt als weinig invloedrijk

ervaren en krijgt weinig waardering bij de medische staf. Opmerkingen over het gedrag van andere teamleden worden op het OK-complex over het algemeen weinig of niet gemaakt en worden door medisch professionals vaak ook niet gewaardeerd. De hoge status van medisch specialisten, ook binnen het ziekenhuis, maakt hun corrigeerbaarheid niet gemakkelijker, ook niet in situaties wanneer hun autonomie niet functioneel is. Daarnaast wordt het gedrag van medisch professionals niet zichtbaar gemaakt en zonder gerichte feedback is gedisciplineerd gedrag aan sleetsheid onderhevig.

Vanuit de organisatie is er geen expliciete visie bekend en bestaat er geen geoperationaliseerde systematische strategie gericht op de problematiek van hygiëne en patiëntveiligheid alsmede op het gedrag van professionals dat hiermee te maken heeft. Het vraagstuk wordt geduid als medisch vraagstuk en niet als een gedragsvraagstuk, terwijl duidelijk is dat gedrag het voornaamste probleem is. Daardoor is er ook geen systematische aandacht voor en actie op de systeem- en organisatie-impulsen die op volume gericht zijn en niet op kwaliteit. Ook is er geen gericht personeelsbeleid (selectie, coaching, beloning etc.) bekend, gericht op de gewenste kenmerken van medisch professionals aangaande compliance op richtlijnen of op het functioneren als kritisch teamlid.

In de onderzochte situatie wordt externe dwang van de IGZ als een belangrijke én geaccepteerde verbeterimpuls gezien. Dit is opvallend en wijst op onvoldoende zelfkritisch vermogen in het samenspel tussen medisch professionals en ziekenhuis.

De verplichte bij- en nascholing als reactie op de dreiging van de IGZ is structureel ingericht door het OK-management. Echter, een scholing suggereert een kennisachterstand. Daarvan is in het onderzoek niets gebleken. De verplichting tot scholing wordt daarom ook als generieke sanctie ervaren die niet de kern van het probleem raakt. Op kortere termijn kan het zelfs de compliance verzwakken. Op langere termijn leidt het niet tot duurzame verbeteringen. Door de korte termijn-actie van verplichte bijscholing is de acute dreiging afgeweerd. Voor de middellange en lange termijn zijn acties noodzakelijk die zijn gericht op systeemaanpassing en op feedbackmechanismen op gedrag.

3.7 **Bijdrage van het diagnosemodel**

Het in dit artikel beschreven diagnosemodel helpt bij het systematisch ordenen van de verkregen informatie. Het 'dwingt' om over zoveel mogelijk aspecten informatie te verzamelen. Door de toepassing van het diagnosemodel ontstaat, ondanks een beperkte aantal gesprekken en waarnemingen, een breed beeld van de context en de complexiteit van het vraagstuk rondom het gedrag op het OK-complex en de sturing hierop door raad van bestuur en medische staf.

Het model verduidelijkt de problematiek vanuit de verschillende gezichtspunten, het maakt meningsverschillen en overeenkomsten tussen medisch professionals, bestuurders en de IGZ, en tussen professionals onderling, duidelijk.

Methodische bijdrage van het model

Het model draagt bij aan het opstellen van interviewvragen voor onderzoekers. Eveneens geldt dat spontane antwoorden van geïnterviewden geplaatst kunnen worden op de beschreven dimensies. Interviewtechniek en zicht op organisaties zijn nodig om voldoende door te vragen en de informatie te verwerken en dus het model effectief aan te wenden.

Bij complexe organisatievraagstukken blijft het niet bij een eenmalige diagnose die leidt tot één interventie. De diagnose kan leiden tot meerdere hypotheses ten aanzien van oorzaken, gevolgen en interventies. Een zorgvuldige diagnose dient ook om te voorkomen dat er te snel tot een keuze voor één veronderstelling en één aanpak wordt gekomen. Echter, in het geval van deze case staat deze zorgvuldigheid haaks op de directe actie die de IGZ vereist. Door een adequaat gebruik van het ontwikkelde model kan het evenwicht tussen snelheid en zorgvuldigheid betracht gevonden worden.

Bijdrage aan legitimiteit en draagvlak

Door invulling van het model voelen betrokkenen zich 'gehoord' en hebben zicht op de complexiteit van het vraagstuk. In de toepassing van het model is de input van betrokkenen nodig. Het bevordert daardoor de acceptatie van maatregelen. Een noodzakelijke ingreep in de organisatie, zal niet altijd en voor iedereen geldend en passend zijn. Juist dan is acceptatie ervan door een grote groep medisch professionals belangrijk. Belangrijk is dus het bespreken van de verkregen informatie met betrokkenen er eensgezindheid kan ontstaan over de problematiek en te kiezen benaderingen of anders begrip voor andere standpunten.

Ditzelfde geldt voor de legitimiteit van een maatregel naar de buitenwereld. Het model draagt bij aan inzicht en afwegingen door ziekenhuis en medisch spelcassetten en heeft daarmee een positief effect op de legitimiteit van het ziekenhuis. In de case rondom het OK-complex werden het perspectief en het oordeel van de IGZ niet herkend door de medisch specialisten en was de voorgestelde aanpak van de raad van bestuur niet onomstreden.²⁰

Het model biedt op zichzelf geen oplossing, maar heeft diverse functies die bijdragen aan het vinden van een oplossing. Het model geeft een totaalbeeld van een vraagstuk dat zich voordoet

²⁰ Zie ook Van der Pennen & Putters (2013) voor een specifieke analyse op uiteenlopende waardensets binnen het OK-complex van het ziekenhuis.

en biedt een overzicht en mogelijk inzicht in de relevante factoren en mechanismen die een rol zouden moeten spelen in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Door de integrale benadering mee te nemen in besluitvorming, wordt duidelijk dat fragmentarische interventies niet tot oplossingen leiden omdat er ergens in het systeem nieuwe frictie ontstaat. Het model helpt in die zin besluitvorming doordat het aandacht heeft voor duurzame interventies en oplossingen.

Bijdrage aan governance

De toegevoegde waarde van het model ligt in het bestuurskundige perspectief op complexe problemen dat wordt aangereikt. Vanuit dit perspectief helpt het model alle informatie boven tafel te krijgen, te ordenen, een goed besluit te nemen én hierover verantwoording af te kunnen leggen. Daarmee kan het model bijdrage leveren aan het governance-debat in en rondom de Nederlandse ziekenhuizen en de complexe problemen die daar aan de orde zijn. Een specifiek punt in deze discussie gaat over de complexe relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten, welke ook in de onderzochte case aan de orde bleek. Tussen beiden bestaat een hoge mate van wederzijdse afhankelijkheid. Desondanks lopen beelden bij vraagstukken en oplossingen uiteen. Debet hieraan zijn onder meer divergerende waardepatronen en uiteenlopende belangen en opvattingen tussen beiden, welke direct verband houden met de hybridisering van de Nederlandse ziekenhuizen (o.m. Brandsen, Van de Donk, & Putters, 2005; Putters, 2009; Billis, 2010; Brandsen & Karré, 2010; Karré, 2011). Het model kan bijdragen aan het oplijnen van deze waarden, belangen, proposities, rolpatronen, etc. door de informatie geordend en neutraal te presenteren op de drie dimensies in het model. Het inzicht wat hierdoor ontstaat kan bijdragen aan de bereidheid van verschillende partijen om mee te werken aan de oplossing van het probleem.

Literatuur

- **Abcouwer**, A.W., Maes, R.E., Truyens J.H.J.M. (1997). Contouren van een generiek model voor informatiemanagement. Tijdschrift Management en Informatie, 3(5), 92-102
- **Beinhocker**, E. (2006). The Origin of Wealth: Evolution, Complexity, and the Radical Remaking of Economics. Cambridge, MA: Harvard Business Press
- **Bertalanffy**, L. von. (1956). General System Theory. In: General Systems, Yearbook of the Society for General Systems Research, vol. 1, 1956
- **Billis**, D. (2010) Hybrid organizations and the third sector: challenges for practice, theory and policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- **Bonten**, M., Fridrich, A., Kluytmans, J., Vandenbroucke-Grauls, C., Voss, A., Vos, M. (2014). Infectiepreventie in Nederlandse Ziekenhuizen. Resultaten zeggen meer dan procesindicatoren. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2014;158: A7395
- **Branden**, T., W. van de Donk en K. Putters (2005) Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector. In: International journal of Public Administration, vol. 28, pp. 749 – 765
- **Branden**, T. en P. Karré (2010) Hybride organisaties: een overzicht van het onderzoek in de Nederlandse bestuurskunde. In: Bestuurswetenschappen. Vol. 64, issue 2, pp. 71 – 85
- **Commissie behoorlijk bestuur** (2013) Een lastig gesprek. Den Haag
- **Commissie Lemstra** (2009) En waar was de patiënt...?: Rapport over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving. (externe onderzoekscommissie MST)
- **Dörner**, D., (1996) The logic of failure. Recognizing and avoiding error in complex situations. , Perseus Books, New York
- **Inspectie voor de Gezondheidszorg** (2013) Inspectierapport over verscherpt toezicht op het Ruwaard van Putten Ziekenhuis (publieksversie). December 2013
- **Inspectie voor de Volksgezondheid** (2009) Staat van de gezondheidszorg 2009. De vrijblijvendheid voorbij: Sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Den Haag: IGZ
- **Jackson**, S.E., Joshi, A., Erhardt, N.J. (2003). Recent research on team and organizational diversity: SWOT-Analysis. Journal of Management, 29(6) , 801-830
- **Kachalia**, A. (2013) improving patient safety through transparency. New England journal of medicine. 369:1677-1679
- **Kaissi**, A. (2005) Manager-Physician relationships. An organizational theory perspective. In: The health care manager. Vol. 24, issue 2, pp. 165 – 176
- **Karré**, P.M. (2011) Head and tails: both sides of the coin. Den Haag: Eleven International Publishing. (proefschrift)
- **Karré**, P.M & C. Paardekoooper (2014) De grote verbouwing: een bestuurskundig perspectief op veranderingen in stelsels van publieke voorzieningen. In: Bestuurskunde (23), nr. 1, pp. 3 – 8
- **Kerntact & Partners** (2012). Een analysemodel voor organisatie-coaching. (Not yet published).
- **Kor**, R., Wijnen, G & Weggeman, M. (2008). Meesterlijk Organiseren. Deventer, Kluwer
- **Kouwenhoven**, C.P.M.; van Hooft, P.L.R.M., & Hoeksema, L.H. (2005). De praktijk van strategisch personeelsmanagement. Alphen aan de Rijn: Kluwer
- **Laszlo**, E. (2003). The Connectivity Hypothesis: Foundations of an Integral Science of Quantum, Cosmos, Life, and Consciousness. New York: State University of New York Press
- **Menon**, A., Bharadwaj, S.G., Adidam, P.T., & Edison, S.W. (1999). Antecedents and consequences of marketing strategy making. Journal of Marketing, 63(2), 18-40
- **Metselaar**, E., Cozijnsen, A., & Delft, P. van. (2011). Van weerstand naar veranderingsbereidheid: over willen, moeten en kunnen veranderen. Heemstede Business Publications
- **Meurs**, P.L. & T.E.D. van der Grinten (2005) Gemengd besturen. Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg. Den Haag: Sdu Uitgevers
- **Pascale**, R., Peters, T., & Waterman, R. (2004) In Search of Excellence. Profile Books Ltd.
- **Pennen**, R. van der, en K. Putters (2013) Als de

- Inspectie de operatiekamers sluit: een voorbeeld uit de praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Vol 157, nr. 35, pp. 1686 - 1689
- **Pennen**, R.M.A. van der, H.J.J.M. Berden, E.C.A. Catelijns, W.L. Vreeman en Th.W.A. Camps (2010) Governance in Dutch hospitals. In: *Journal on chain and network science*. Vol. 10, nr. 2, pp. 121 – 133
 - **Postma**, J., K. Putters & H. van den Bovenkamp (2012) Van optimale schaalgrootte naar legitieme schaalgrootte. In: *Bestuurskunde* (21), nr. 4, pp. 73 – 82
 - **Putters**, K. (2009) *Besturen met duivelselastiek*. Rotterdam: iBMG
 - **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg** (2009) *Governance en kwaliteit van zorg*. Den Haag: RVZ
 - **Rhodes**, R.A.W. (1997) *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Buckingham: Open University Press
 - **Rihani**, S. (2005). *Complexity Theory: A New Framework for Development is in the Offing*. *Progress in Development Studies* 5(1), pp. 54 – 61
 - **Rittel**, H.W.J. & M.W. Webber (1973) Dilemmas in a General Theory of Planning. In: *Policy Sciences* 4, 155-169
 - **RIVM** (2014). *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, 23 juni 2014. Bilthoven, RIVM.
 - **Rokeach**, M. (1973). *The nature of human values*. New York: The Free Press
 - **Schäpke**, N. & Rauschmayer, F. (2012). *Addressing sufficiency - Including altruistic motives in behavioural models for sustainable transitions*. *UFZ Discussion Paper*, 17, pp. 1 - 25
 - **Slovic**, P., (1966). Cue-consistency and cue utilization in judgement. *American Journal of Psychology*, 79, 3, 1966, p.427-434
 - **Tummers**, L. (2014) *Verandermanagement en beleid: waarom vertonen professionals weerstand tegen nieuw beleid?* In *Bestuurskunde* (23), nr. 2, pp. 49 – 60
 - **Yalom**, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York, Basic Books

DEEL 2

Empirisch onderzoek

HOOFDSTUK 4

Imperfect Performance: A Case Study on the Pay-for-Performance Instrument for Physicians in Dutch Hospitals

Title: Imperfect performance: a case study on the pay-for-performance instrument for physicians in Dutch hospitals

Authors: R.M.A. (Ron) van der Pennen, K. (Kim) Putters and H.J.J.M. (Bart) Berden

Journal: Administration & Society

September 2015, Volume 47, nr. 7, pp. 881 – 909

(published)

DOI: 10.1177/0095399714544944

Published online ahead of print August 4, 2014

Abstract

Within the complex context of the Dutch health care system, the Ministry of Health introduced a policy that shows parallels with pay-for-performance (P4P). It enabled hospital boards to differentiate between physicians' individual wages. This study addresses the following question: What effects did this P4P instrument have on the relationship between hospital boards and physicians? We conclude that it had no positive effects on the relationship but did put it under a considerable degree of stress. Furthermore, its introduction - isolated to the market sphere only - lacked alignment with other spheres, designated as a "value gap." This study adds empirical findings that P4P leads to inappropriate behavior and should be accompanied by proper side policies.

4. Imperfect Performance: A Case Study on the Pay-for-Performance Instrument for Physicians in Dutch Hospitals

4.1 Introduction

The health care system in the Netherlands is complex. This is partly due to the continual process of reorganizing, restructuring, and reinventing Dutch health care institutions “in order to cope with new demands, constraints and choices” (Noordegraaf, Meurs, & Montijn-Stoopendaal, 2005). The introduction of market principles has been underway since the 1980s. Initially, the reforms were based on theories of New Public Management (e.g., Barzelay, 2001; Osborne & Gaebler, 1992), as well as on several Dutch reports advising the Dutch hospital system to be treated as a market. For example, there was the Dekker Commission’s report of 1987, which recommended reducing government regulation in favor of market mechanisms for health care providers and insurance companies. The introduction of market principles into the Dutch health care system was no easy process. The process of reform is still underway and is occurring gradually, in fits and starts. One reason for this is that the health care system involves many different parties. Under the Dutch tradition of the “polder model,” consensus is sought that all parties can agree on. So introducing any new paradigm inevitably becomes a lengthy process when so many parties are involved. The difficulty of the reform process is clear when one looks at the history of recent decades. The first notion of health care as market occurred in the 1980s. Several years later, and with respect to Dutch hospitals, the introduction of the DBC system²¹ in 2008 is another marker of the gradual reform of the system. This is mainly based on the necessity of the DBC system for product-typing and output-pricing. In parallel to the DBC system, and without prior notice, a new instrument for rewarding physicians was also introduced. This article focuses on this new instrument. The new system meant a significant change in the previous system of payments: fixed budgets, with high, equal, and stable remuneration for physicians. The goal of the new system was to pay per product, and thus, differentiation between physicians was introduced, as determined by the hospital board. The new system has clear similarities with pay-for-performance (P4P) instruments. This study adds empirical findings to existing theory about P4P in the U.K. and U.S. hospital sectors and is specified on the hospital board–physicians relationship. The current discussion and recent literature about P4P and its applicability in (semi)public organizations (e.g., Fisher, 2006; Hendrickson, 2008; Lindenauer et al., 2007) call on the obligation to ongoing learning. Based on arguments that the P4P may lead to inappropriate forms of behavior (e.g., Fisher, 2006), this study answers to this obligation. The study is an evaluation of a P4P instrument in the Dutch hospital setting and specifically focuses on the relationship between the hospital board and the physicians, which is crucial in hospital governance. From an international perspective, the effects of P4P on the relationship in the Dutch context are interesting and as such, can be learned from. The Dutch hospital system

can be described as homogeneous, contrary to the heterogeneous U.S. situation (e.g., the coexistence of different business models). This makes the comparison of a P4P policy between hospitals relatively easy in terms of poor differences and interesting in the Netherlands. Lessons learned from this case, therefore, can be applied to the U.S. situation. For example, whether or not P4P improves trust in the board–physicians relationship or whether or not this policy instrument affects professional values. Besides, this study frames the effects of the institutional P4P intervention on a local, organizational level. Stated different, can effects of the P4P policy on a local level be explained from the institutional context which is referred to as hybridity (e.g., Putters, 2009). Furthermore, research on hybrid organizations—such as hospitals—frequently pinpoint the way these types of organizations can be properly managed. This study adds value to this field of research, because it actually evaluates one specific policy instrument and its effects on hybrid organizations. As such, this study does not only add value to theories on P4P but also to theories on hybrid organizations and their specific complexities (e.g., Billis, 2010; Brandsen & Karré, 2011; Brandsen, van de Donk, & Putters, 2005). This study will answer the question whether or not an instrument from one ideal typical sphere will connect to other spheres involving the hybrid hospital context. As mentioned, we studied the effects of a P4P instrument specific on the relationship between the hospital board and physicians, which is very significant in the Dutch hospital sector as we will demonstrate in the next section. The central question of this study, then, is as follows: What effects have the P4P instrument had on the relationship between the hospital board and physicians? We studied the effects of this new instrument to understand its possible effects on the relationship between hospital boards and physicians. In the conclusion, we will highlight the suitability of P4P in Dutch hospitals, regarding the aforementioned relationship. We will thus contribute to the theory on P4P from a hospital governance perspective. As mentioned, the following section will present an outline of the hospital system in the Netherlands, with a particular focus on the nature of the relationship between hospital boards and physicians. The section “Outline of P4P Policy” will illustrate the new instrument more thoroughly. Our methods are described in the subsequent section; the results are presented in “Results” section, followed by the conclusions and discussion in the final two sections.

²¹ DBC is the Dutch-language acronym for Diagnosis-Treatment Combination.

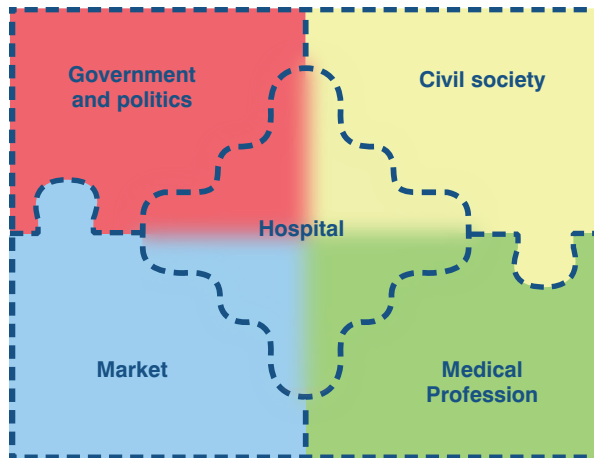


Figure 1: Descriptive tool for hospital governance (Based on: Putters, 2009)

4.2 The Dutch hospital system

4.2.1 An ambiguous context

Dutch hospitals are effectively surrounded by four different spheres: government and politics, the market, civil society, and the medical profession (Putters, 2009). Taken together, these four spheres form the specific context of hospitals (Figure 1). We will illustrate each of these in this section.

Government and politics

Since the 1980s, the Dutch health care sector has three policy goals (e.g., RIVM, 2010): (a) the quality of health care services, (b) the efficient delivery of health care services are provided, and (c) the accessibility of health care service. These goals were set by the government and it is their responsibility to monitor them, including during changes to the system. Furthermore, the government becomes involved when incidents occur in hospitals, such as in the case of malpractice by physicians, financials problems, the outbreak of infections, and so on. In such cases, discussions and inquiries take place in Dutch parliament. This is how parliament and politics influence the development of the health care system and hospital sector.

Market

The market sphere was introduced into the health care sector context by the Dutch government. The growing international prominence of neoliberalism (also referred to as Thatcherism or Reaganism) was based on free trade and open markets and also influenced the provision of public services such as health care (Noordegraaf, 2004). The ideology also led to an emphasis

on organizing public services more effectively (e.g., Bovens, Hart, & van Twist, 2001; Hood, 1991). This paradigm aims at results-based management, competition, and efficiency, and this also extended to the health care system. It was held that market principles would initiate competition among health care providers, thus pushing quality upward. At the same time, market principles would force individual actors to focus on cost-efficiency, thus helping to keep national health care budgets under control. Since the introduction of market principles, the Dutch hospital system has usually been referred to as a quasi-market system. This term is chosen to emphasize the fact that the system differs greatly from “economists’ notion of perfect competition” (Kitchener, 1998).

Civil society

Civil society is the sphere closest to individual patients. It is in this sphere that family, friends, and close relatives are included. The role of civil society is growing, as illustrated by several incidents that have occurred in Dutch hospitals in recent years and then become national issues through the national media. Take, for instance, the 2008 case of malpractice by a neurologist, the closure in 2010 of operating theaters in another hospital, or the imminent closure of a hospital in 2008. Civil society played a major role in these issues—which were all widely publicized in the national media—and thus civil society itself forms a major context factor with regard to Dutch hospitals. New legislation, field norms, and research commissions were introduced and installed as a consequence of these cases.

The medical profession

The sphere of the medical profession is most closely related to the hospital itself. The true values of the care provided are closely linked to the medical professionalism of a hospital’s physicians. This professionalism is denoted in various studies as a unique rationality (e.g., Abbott, 1998; Freidson, 2001). Freidson (2001) formalizes professionalism by treating it as an ideal type and presents it as an autonomous logic or domain. Accordingly, Putters (1998) argues that professionalism should be separated from the other spheres. This typical rationality or logic is based on the characteristics of the medical profession as presented by many scientists (e.g., Freidson, 2001; M. M. Rosenthal, 1995; Witman, 2007), as follows:

- An exclusive body of knowledge and skills, accepted by civil society
- Exclusive authority over the domain of health, determined by the professional group itself;
- The medical professional group itself sets rules for education and admission into their “group”: self-regulation;
- “Doing good” is considered a higher value than economic rewards, and the value of quality is higher than economic efficiency;
- Cooperation is ideally seen as collegiality, which is related to common values and interests.

4.2.2 Dutch hospitals

Four spheres

The complex interaction between these four spheres is referred to as an ambiguous hospital environment. The same ambiguity is reflected in the internal organization of hospitals.

The governmental sphere manifests itself in the hospital's accountability to the government for its activities. This not only includes aspects such as quality and accessibility but also relates to any legislative changes made, for example. The influence of the government is always implicitly or latently present within the hospital's organization.

With regard to the civil society sphere, we refer to the local patients' representative body. This civil society sphere manifests itself in this body's involvement in decision making and policy making. Their formal role in these processes is also enshrined in legislation.

The influence of the market sphere is more easily discernible. The strong position of health care insurance companies in relation to hospitals and the system of payments that they operate is an example, as is the competition among hospitals is another: Every hospital competes to be the best provider from the perspective of patients.

The medical profession occupies a very strong position in Dutch hospitals, and this is largely due to the position of individual medical specialists in the health care process and their consequent contribution to the hospital's core function. Furthermore, the physician's role in the consulting room is one through which they can exercise a large degree of power over the patient. As well as these general factors, certain characteristics of the Dutch system of health care also reinforce the influence of the medical profession. The most remarkable of these is that physicians work in only one hospital. This exclusive relationship means that their influence is considerable, and as a result physicians in Dutch hospitals are very closely involved with hospital management, for example. Furthermore, most physicians (about 75%) are not direct employees of the hospital but are linked to the hospital by an individual contract agreement: This amounts to an individual permit to establish a practice within that hospital. They practice their profession at their own risk and for their own account. Usually, medical specialists working in the same profession group together to form partnerships. This situation contributes to the potential mismatch between the interests of physicians and hospital boards.

As for the remaining physicians, the 25% who work as direct employees of their hospitals, it is interesting that this group generally displays its solidarity with the 75% who are self-employed. In daily practice, we see that there is a high level of consensus among all physicians, even though 25% are employed by the hospital and 75% work freelance under permit.

Hospital organization

Actually, a Dutch hospital is composed out of two separate systems: first, the hierarchy of the organization represented by the hospital board; second, the physicians' union represented by a medical board. This medical board formally represents all specialists in the hospital (both those employed by the hospital and those who are self-employed). Because both are highly interdependent in realizing their own goals and physicians have an utmost important role in health care processes, both systems need to cooperate closely in hospital management and decision making. The medical board therefore works closely with the hospital board on a day-to-day basis, in which the cooperation between the two separate systems shows.

This notion is interesting, given the fact that pure legally the hospital board bears the ultimate responsibility for the activities of the hospital, including responsibility for the quality of health care. However, the reality is somewhat different and more subtle given the above-mentioned positioning of physicians in the organization and processes. Both actors are closely related and their relationship is crucial, as we will now explain.

The hospital board (with between 2 and 4 members) is monitored by a supervisory board, in what is known as a two-tier system. The hospital board focuses mainly on strategic issues and policy making, whereas the second management level deals with more tactical issues. In recent years, organizational changes have led to the involvement of professionals at this level. A system of dual management was established, pairing medical managers with organizational managers. Operational issues are taken care of by the third level of management that directly manages the nurses involved in primary processes.

For this study, it is important to highlight a specific and important financial committee.

Alongside the medical board, self-employed physicians with contracts with the hospital are represented via this financial committee. It is charged with negotiating the level of remuneration for this group of physicians and distributing the budget for physician remuneration among the 75% of physicians who are self-employed (the physicians' budget).

Financial system

Dutch hospitals have two different financial budgets. One budget is concerned with the hospital organization itself and includes, for instance, the salaries of the nursing staff and the cost of purchasing and maintaining medical equipment. The other budget relates to remuneration for all the medical specialists affiliated to the hospital. Surprisingly, there is no direct link between these two budgets (Figure 2).

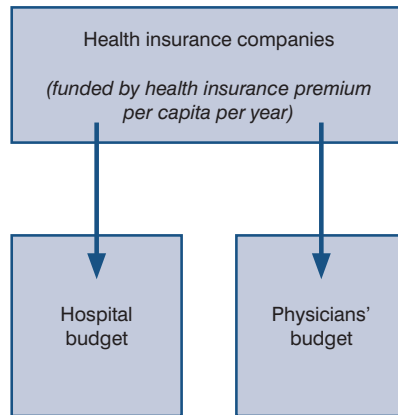


Figure 2: Two budget systems

There are 88 hospitals in the Netherlands. Within certain limits, they are all comparable in size, are organized as described above, and use the same financial system. This does not include the eight university medical centers, within which all physicians are employed by the hospital.

4.2.3 **Governance: Relationship between the board and physicians**

The intertwining of the hospital organization and the physicians' union is mentioned, leaving both to cooperate closely in decision making and management. This actually is in line with Burns, Nash & Wholey (2007) who state that the relationship between hospital boards and physicians is a crucial one for hospital governance. This is true both for long-term policy making and managing daily operations. Both parties in this relationship are mutually dependent: The board helps the physicians to realize their goals, and the physicians are vital to the board to achieve the hospital's goals. The board's responsibility for the hospital organization and the physicians' responsibility for the quality of health care service (board members do not attend consulting or surgery rooms) is in accordance with Dutch health care laws and norms. Under these laws, physicians have the primary responsibility for patient health care (Kwaliteitskader medisch specialisten) and – according to the Dutch Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi)²² – the hospital board has the final responsibility for the safety and the quality of health care services in their hospital, as well as for creating the proper conditions for this. Because the hospital (including nursing staff, equipment, etc.) and the physicians' union form the hospital organization, and are mutual dependent in realizing their own goals, hospital board and physicians are both central actors in hospital management and decision making. They are crucial for good hospital governance. This is another example of the Dutch "Polder Model," under which decisions are made through consensus among a pluriform set of actors.

As mentioned, the medical profession in Dutch hospitals is characterized by its professional autonomy and the divergent position of self-employed doctors in the organization which is distinct from employee-doctors. It follows, then, that physicians' interests do not automatically correspond to those of the hospital organization represented by the board. In addition, it is interesting to note that medical specialists—despite their independent position in the hospital organization—work in only one hospital. As such, there is a tension: On one hand, physicians' formal position diverges from those of other hospital employees, their interests diverge from those of the board, and they emphasize their professional autonomy; on the other hand, they work in only one hospital. Nevertheless, board and physicians need to cooperate closely, and because of their overlapping responsibilities, this relationship is not without tension or problems.

Because of the importance of this specific relationship and the tensions within it, it is interesting to ask whether, and if so how, P4P influences this crucial relationship

4.3 Outline of P4P policy

4.3.1 Hospital payment system

As early as 1993, the Biesheuvel Commission advised the Dutch government on reforming the budget system for hospitals, changing from a system based on lump sums to a performance-based system. This reform would require product-typing and output-pricing. In keeping with the slow, incremental, and piecemeal introduction of market principles, the new system of payments was introduced not until 2008. After the first recommendation of 1993, it was 7 years before the actual first steps toward reform were taken, and after several years of preparation, the new system was finally introduced in 2008. This DBC system²³ is designed to introduce new incentives and creates a system with greater transparency: The system is meant to open up the “black box” of service production by hospitals. Stated differently, the unique aspects of the DBC system compared with the previous system are its

- introduction of incentives
- possible differentiation in wages among physicians
- the creation of transparency, and
- the abolishment of lump sum fees.

²² The KZi is the Dutch Law that obliges hospitals to monitor and improve the quality of their health care services. This law is a part of an entire complex of legislation of which market regulation and the determination of prices and tariffs are most important.

²³ DBC is the Dutch-language acronym for Diagnosis-Treatment Combination. The DBC system can best be described as the Dutch version of the classic Diagnosis-related group (DRG) system and includes physician remuneration. There are about 30,000 DBCs which cover the total range of hospital “products.”

The DBC typifies a patient's illness or affection and reflects the actions of the hospital and physicians. Stated differently, the DBC is a code that describes the entire product of activities and operations of the delivered care to an individual patient. A DBC is based upon four elements: type of care (for instance acute or elective), patient's complaint, diagnosis, and recommended treatment.

The insurance company reviews the DBC as the total range of care provided to a patient. All DBCs are standardized and related to a historical average. In keeping with the financial system for hospitals, the total earnings of a DBC product should be divided into two parts: the hospital's share and the physician's share, where the latter takes the form of an hourly wage paid to the medical specialist. In the DBC product, the average time frame for this product is given. The physicians' reward can be calculated on the basis of the hourly wage. An example will elucidate this:

Example:

You suffer from an injured knee. Your family doctor tells you to make an appointment with an orthopaedic specialist at the hospital. He first checks your knee in an outpatient clinic. One week later, you return for surgery. You then have to stay in the clinic for two days to recover.

You (via your health insurance company) need to pay for the following DBC:

*"Reference/Orthopaedic/Knee/Surgery with clinical stay" * This DBC has an average orthopaedic timeframe of four hours and he/she will earn four times the hourly wage.*

**: This DBC automatically includes outpatient clinic*

Remuneration for medical specialists via the DBC system is based on differences in product-typing and output-pricing, and formally they are paid per product. There is a clear relation between the work actually done by a physician and the payment that he or she receives. This may lead one to assume that remuneration differs among physicians; in practice, however, this is not the situation and physicians are still paid more or less equally on a yearly basis under the DBC system.

4.3.2 The "Six-Euro Intervention"

Together with the introduction of the DBC system in 2008, the Dutch ministry of Health, Welfare, and Sport introduced a new instrument called the "six-euro intervention." It was launched unexpectedly and without any well-defined preconditions, strict instructions, or examples. The intervention was part of a package deal: It was just one part of the whole new system.

This initiative enabled hospital boards to provide different wages to individual specialists. Each individual hourly wage could be varied by plus or minus €6, in accordance with the individual physician's performance. No strict norms were set by the ministry, so differentiation was possible according to locally determined qualitative and/or quantitative parameters regarding individual behavior or any other reason that the hospital might deem appropriate. Specifically, this meant that physicians' hourly wages could range between €129.50 and €141.50, without any predefined parameters for these differences.

An important limit on the six-euro intervention concerned the financial system and the coexistence of two budgets. This condition was that the total amount of remuneration paid to all physicians could not exceed the total amount from the previous year. If it did, this implied a setback in the hospital's financial situation, as it would eat into the hospital's other budget (see Figure 2).

4.4 P4P

Two mainstreams

There is less evidence relating to P4P in the public sector than the private sector (Burgess & Ratto, 2003). The experience with P4P in both the United Kingdom and the United States provides two mainstream perspectives on the instrument (e.g., Fisher, 2006; Hendrickson, 2008; Lindenauer et al., 2007). This study adds new empirical insights to the knowledge of performance management in the (semi)public sector, and in particular the Dutch hospital sector. Is it an appropriate and successful method seen from the crucial relationship between hospital board and physicians in hospital governance? Our findings will be compared with both mainstream perspectives.

Current debates on the perceived decline in the quality of health care have led to the conclusion that financial incentives can be used to rectify this decline. This idea, which has its roots in the private sector, is seen as a motivating mechanism that can lead to better performance – enhancing productivity, quality, efficiency, mobilizing specific knowledge, and increasing the value and performance of the firm.

Scientific opinion on performance management (through instruments such as P4P, financial incentives, etc.) is divided broadly into two camps. On one hand, it has gained acceptance as advanced by Greenberg, Dudley, and Ferris (2010). Theorists such as Wruck (2000) argue that financial incentives should play a leading role. This is based on the simple notion that people respond to incentives and if incentives are put in place that promote quality and efficiency, better care should be the result (Jha, 2013). Lindenauer et al. (2007), M. B. Rosenthal and Frank (2006), and Petersen, Woodard, Urech, Daw, and Sookanan (2006) show evidence of improvements in health care processes due to P4P. Both the authors argue for further research, however.

On the other hand, some scientists argue that the instrument is used too frequently and can lead to inappropriate forms of behavior. Fisher (2006) argues that financial incentives may automatically lead to health care being viewed through the lens of cost control and efficiency, and he doubts whether the benefits are sufficient. In addition, the National Research Council (1991) and Mayer and Davis (1999) are of the opinion that the performance indicators – which are essential to P4P – adversely affect professional values, resulting into a feeling of control instead of trust. This is in line with ideas about identification-based trust (e.g., Kramer & Cook, 2004). In addition, the difficulty of developing proper indicators also gives rise to difficulties regarding the structure of incentives and their measurability (Jha, 2013). Ingraham (1993) already questioned the basis for the common view that private sector experience with P4P has been successful and consequently argues that the instrument of P4P will not overcome the complexities of public organizations.

Finally, many scientists have published about the implementation structure of P4P instruments. Blumenthal (2012) questions whether such an instrument will be helpful to change a system as a whole. Kristensen, McDonald, and Sutton (2013) and McClellan, McKethan, Lewis, Roski, and Fisher (2010) also studied the design and implementation of P4P instruments. Following these studies, the present study adds new insights to the proper implementation of P4P in the Dutch hospital context.

Pars pro toto for market orientation

Despite their limited experience in P4P, Dutch policy makers at the Ministry of Health, Welfare, and Sport argued that P4P would be an effective way of improving the quality of health care in Dutch hospitals. They followed the reasoning adopted by U.S. policy makers in the 1990s: P4P would improve productivity and quality by differentiating between individual medical specialists' wages.

Within the ambiguous hospital context described previously in this article, P4P is seen as closely related to the market but not only because it has its roots in the private sector. The most characteristic elements of the market are competition and a focus on profits. Receiving payment for every single product delivered and the absence of any limits on turnover are principles of the market. We can therefore say that P4P is primarily a shift toward the market sphere and is a market-orientated principle because it implies working harder or better than competitors to make greater profits. "Pay-for-performance programs are intended to strengthen the business case for quality improvement by rewarding excellence and reversing what have been described as perverse financial incentives that can deter hospitals from investing in quality improvement efforts" (Lindenauer et al., 2007, p. 487).

In terms of competition, another observation is that the six-euro intervention was introduced to differentiate between the hourly wages of individual physicians on the basis of their performance. This is crucial as it constituted a clear break from the previous situation, which was based on

harmonization and equal remuneration. Overall, for all the above-mentioned reasons, the six-euro policy was an ill-prepared test-case for the new policy, as well as a political statement relating to the new paradigm for hospital health care.

4.4.1 Case description

On January 17, 2007, following a year of negotiations by stakeholders such as the Ministry of Health and the representative body for all medical specialists in the Netherlands, an agreement was finally reached on the hourly wage for physicians. The six-euro policy was part of this, and as such, part of a package that included several elements, some of which were mutually inconsistent. Although the six-euro policy was in line with ideas about producttyping and product-pricing, it was also an opportunistic attempt to bring P4P into the field of physicians “through the back door.” Furthermore, proper preparation, theoretical concepts, and experience were all lacking. Ultimately, the six-euro policy came about as an attempt to finally reach agreement in the negotiations on physicians’ hourly wage among all parties.

In an attempt to align both parties’ values and policy goals, the result of the negotiations can be seen as an experiment and as a P4P initiative.

Consequently, it included the range of six euros above or below the hourly physicians’ wage of €135.50.²⁴ This differentiation was meant to occur among individual physicians with contract agreements with the same hospital. This form of decision making between parties at the national level is actually in line with Lieverdink (2001), who states that no empirical testing takes place when a government adopts a market approach. In addition, while no official documents have subsequently been located, even less information is available regarding the six-euro intervention. This was confirmed during an interview with a former policy maker from the ministry concerned. As a result, there was no implementation or communication plan ready in advance nor was one offered afterward.

The legislation that followed from this experiment has allowed hospital boards to create differences between the individual wages of medical specialists. In a letter to parliament, the Minister of Health stated explicitly that this range (plus or minus €6) can be used to reward a physician on his individual performance and/or compensate for any inconvenience (Ministry of Health, Welfare, and Sport, 2007). This official joint statement by the physicians’ representatives (Orde van Medisch Specialisten [OMS]) and the Ministry referred only to the introduction of the bandwidth. Its goal or function was not mentioned and no specific reasons for this approach were presented to parliament. Despite knowledge of and experience with P4P in the United

²⁴ 2008 price level.

Kingdom and the United States (Schut, 2003), the information provided to parliament did not refer to these countries. Furthermore, no performance indicators were mentioned that could be used to measure performance, while a clear statement about the overall goal of this initiative was also lacking.

In short, the initiative was launched with no real experience of market orientated policy instruments and without any clearly defined preconditions, instructions or examples. It created room for maneuver (in terms of hourly wages) within which hospital boards and individual physicians could negotiate, possibly using performance as criterion.

4.5 **Methods**

This article describes an explorative and qualitative study based on a retrospective analysis. The study is qualitative and explores the mechanisms behind P4P in a hospital governance context (the relationship between board and physicians). The description of an in-depth research into the six-euro policy makes this study a case study. It was designed to reveal the multiple viewpoints of all 26 interviewees. At the same time, one challenge in this study was to uncover the variance in experiences and meanings by all interviewees. Confounding external factors also required an approach that could deal with these difficulties. Semistructured interviews were therefore held to develop an appealing case study.

Due to the impact of government, state, and professional values on hospital organizations in the Netherlands, a theoretical analysis was conducted first. Theories on P4P and governance were also studied because of the central question of this study. Second, public documents and literature were analyzed. Third, multiple interviews were carried out with hospital boards as well as physicians. Fourteen of the 88 hospitals in the Netherlands were included in this study. The physicians were selected for interview on the basis of their representative function: They were either chairman of the local physicians' representative body or chairman of the financial committee. In the case of three physicians, no interview was held; two did not want to take part and, in one case, the chairman vacancy was vacant. In addition, two external respondents were involved because of their specific knowledge of the history of these developments.

In total, 26 interviews were held based on semistructured questionnaires, during the spring of 2010 period, and they directly involved the object of this study: the six-euro policy intervention. The main topics of the semistructured questionnaires were derived from our main research question:

Research Question 1: What effect has P4P had on the relationship between hospital boards and physicians in the Netherlands?

The four topics are (a) the respondent's view on the P4P mechanism and its intended goals,

(b) the respondent's view on the bargaining process between the board and the physicians' representative body, (c) the results of the instrument in the hospital, and (d) the respondent's view on the effects of the P4P instrument on the relationship between board and physicians.

The written reports on each interview were analyzed separately by two analysts, then transferred to a matrix of results and compared with the results of the document search. Moreover, because we carried out multiple searches, the results are considered representative.

The six-euro instrument dates back to 2007. The 5-year time gap made a proper evaluation possible because since 2007, all the controversy that accompanied the introduction of the six-euro policy has had time to settle.

Discussions on the P4P intervention took place in all Dutch hospitals (with the exception of the eight university medical centers where all physicians work as employees). The 14 large hospitals studied were comparable in size and all had a complete portfolio of products and services. Staff numbers, tasks and responsibilities were also comparable. The representativeness of the 14 selected hospitals can be verified from these elements.

4.6 Results

4.6.1 In advance

The interviews with the board members confirmed the fact that only the goals of the P4P instrument were communicated by the ministry; clear policy goals for the six-euro intervention were ever formulated. No documentation or other information was published by the ministry. Neither was the intervention ever discussed in parliament. The reason and logic behind the intervention are still—officially—unclear to board members.

4.6.2 Debate

The introduction of P4P led to immediate discussion between the board and the local physicians' representatives.

At only 4 of the 14 hospitals studied here was this debate settled rapidly— meaning within 1 month. Board members explained that this was due to one main reason: The physicians' representatives understood and accepted the hospitals' interests (and thus the boards' interests) and vice versa. Another finding from the interviews was that in these four situations, the physicians' representative body predicted a struggle, and therefore demonstrated its loyalty to the hospital. In one of these four cases, the problem focused on the overall group of physicians. Their local representatives aligned themselves with the interests of the hospital and acted contrary to the opinions of the physicians. The local body of representatives had their own arguments to distance themselves from their own members.

At 10 other hospitals, long and intense discussions took place. There was debate between the board and physicians, as well as among the physicians themselves, which were not easy to resolve because the rules of the game were unclear and had been defined elsewhere (Figure 3).

4.6.3 Realization

Remuneration was not reduced in any of the hospitals examined as a result of the six-euro instrument and in only one case was the demand for the full six euros met. In six of the hospitals, no adjustment at all was made to the hourly wage, and in seven cases, the initiative resulted in at least a small rise in hourly wages (Figure 4).

With regard to the latter, these increases were awarded as part of a wider review of compensation for disability or were brought in line with the (extra) hospital's financial result. This meant that if a hospital performed better than expected, financially, a portion of these extra profits were transferred to the hourly wages of that specific year. In other words, some of the hospital's surplus financial result (the hospital budget) was redirected to the physicians' hourly wages (the physicians' budget). What must be explained, however, is that these improvements in financial results did not automatically relate to the performance of physicians. A range of factors could have led to these better financial results, such as efficiency improvements or labor productivity by the nursing staff.

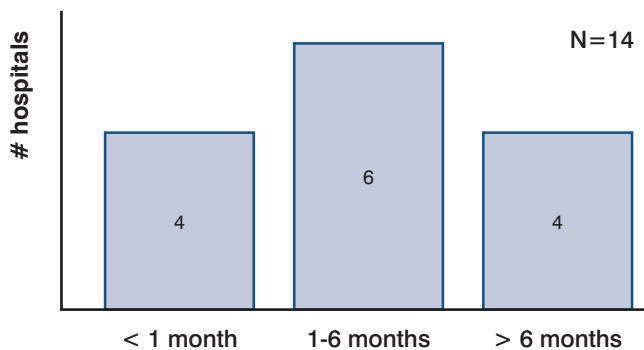


Figure 3: Overview of time to settlement.

What is true in both cases, however, is that, as this is a collective arrangement, no individual agreements were made following the six-euro intervention. It is very interesting that performance was not considered in relation to individual behavior or on a qualitative basis, but only in terms of the collective output performance.

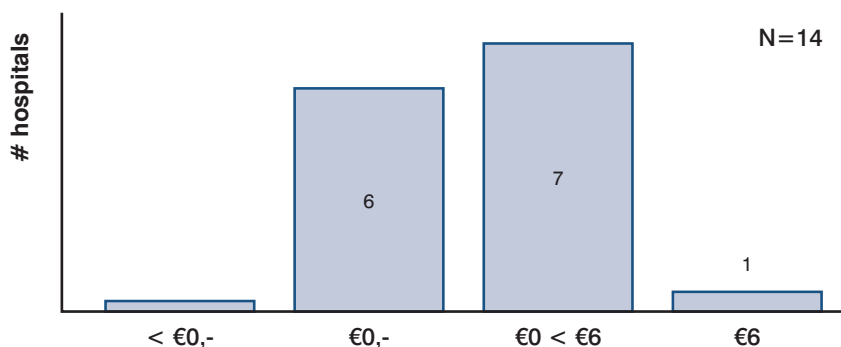


Figure 4: Overview of increases in hourly wages.

In short, it appears that the P4P initiative was actually implemented in very few hospitals, given the divergent implementation strategies devised and used by hospital boards and physicians. The ministry's intended effects were not achieved; the unintended effects, however, had a disproportionate impact.

4.6.4 Relationship between board and physicians

In most cases, physicians demanded an increase of the full amount of six euros per hour. The reasons varied. Most frequently, the raise was considered justified as a compensation for disutility, a reward for better performance (subjective), a possible instrument for the board to show physicians how much they were valued or simply as compensation for other physicians' costs (like secretarial services).

The implementation and results of the six-euro intervention have not had any positive effect on the relationship between hospitals and physicians, according to interviews with both groups. On the contrary, the initiative generally placed considerable extra tension on this relationship. In some cases, this pressure was quick to pass, whereas in other cases, it persisted—for more than 6 months in four cases. From this perspective, the best scenario encountered in the interviews was a situation in which the specific P4P intervention had no effect at whatsoever.

None of our respondents expressed the opinion that the instrument had had a positive effect on the quality of medical specialists care, on the efficiency of the services delivered, on the board–physician relationship, or on governance (decision making as a process of coproduction between board and physician). As worst, some physician–board relationships suffered a prolonged negative effect from the implementation of this instrument: In many cases, the level of the hourly wages as a consequence of the P4P intervention was the cause of a considerable amount of unrest.

In short, the P4P initiative did impact on the relationship between the board and physicians.

The ministry's idea of improving physicians' individual performance levels by having hospital boards differentiate between specialists' wages worsened the relationship between these two actors in some cases.

In fact, a deterioration in the hospital board–physician relationship due to financial incentives may have had wider negative consequences, especially with regard to trust. This would be a serious loss as trust is crucial in this specific relationship. The interviews held for our study confirmed this statement. In particular, the board members interviewed argued that trust is crucial in the relationship and that this P4P instrument did not do it any good.

Furthermore, when trust is negatively influenced—and indeed, the instrument had no positive effects in any of the cases studied here—other areas such as new organizational initiatives, general hospital policy, and so on, are also affected negatively. As a result, the continuity of the organization is threatened.

A second point on trust involves the resentment experienced when boards would not accept the initial demand for the full six-euro increase in the hourly wage. Except for the hospital that immediately gave away the six euros, in the other hospitals, the physicians felt mistrust because the board had not accepted their demands, which they felt to be justified. Their autonomy was also threatened, in their view, because they would have to quantify their performance to obtain the increase in their hourly wage.

4.7 **Conclusion**

The central question of this study is, “What effects did the P4P instrument have on the relationship between the hospital boards and physicians?” It is important to note, however, that no conclusions with regard to the outcome of the instrument in terms of improved quality or increased production are drawn. We studied the six-euro policy in relation to the relationship between the board and the medical specialists. As such, we studied the consequences of P4P on the hospital governance.

The case study presented in this article is characterized by its own dynamic in terms of time. The period between the six-euro intervention and the actual research, however, was relatively long. Furthermore, no formal documents were present, neither in the hospital organizations, nor in the government databases on P4P policy. Only the written reports of the Parliament's meetings showed that P4P had become the new policy. It is thus understandable that little was known in the hospital sector about the development of the policy, the goals it was meant to achieve both at a national and local level, and how the policy should be implemented.

Incentive

As stated by Wruck (2000), financial incentives should be central in motivating people. We can conclude from the results that the six-euro policy did indeed have an impact, both on medical specialists and the hospital boards. Whether it actually motivated physicians to improve their

performance can be questioned, because their demands for a higher hourly wage were not based on better, objectively measured, performance (qualitative or quantitative). It mainly was based on physicians' own notion that they ought to be paid more.

Behavior

The aspect of inappropriate behavior is confirmed by this study. No positive effects were found regarding the relationship between the board and medical specialists but in at least 10 of the 14 hospitals, this relationship worsened. Our study showed two possible effects of the six-euro intervention regarding the relationship between board and physicians. The first option was that the intervention led to a difference of opinion and battle between the two parties and divided them, thereby affecting their relationship adversely. The controversy surrounding the intervention meant that no mutual agreement could be reached within 1 month. The second option was that both board and physicians ensured that the intervention was a nonissue. In both scenarios, there was no positive effect on the relationship, nor was there any particular added value for the care provided by the hospital.

Structure and measurability

Another finding concerns the structure of the six-euro incentive. In general, no party was actually certain about the proposed or intended goals of this policy. In addition, the intervention lacked a proper plan for implementation by the government. The system of two financial budgets meant that an increase in the hourly wage would leave a deficit in the hospital budget, and as such, it was difficult for hospital boards to develop a proper structure for the incentive. More positively, there was the notion that an increase should be connected to improvements in the quality of health care by individual medical specialists. However, no norms for "better quality" could be developed, either for individual physicians or for the group of physicians as a whole. Neither the board nor the physicians' representative body was able to develop these norms. Consequently, a proper structure for the new policy was lacking. Only in one hospital was this problem overcome. This hospital created a link between part of the yearly profits and "extra physicians' wages," thus avoiding a deficit in the hospital budget.

Another aspect of the problems with structuring the six-euro policy is that it was the result of horse-trading between parties at the national level, was illprepared, and lacked any risk analysis. As a direct consequence, the intervention lacked a proper link with the three other spheres of the hospital context: government and politics, civil society and, most crucially, the medical profession.

Control – Trust

This study explicitly demonstrates the effect of a P4P policy on the medical professional values in the setting studied. We have already explained the importance of professional autonomy for

physicians and the distinctive, relatively autonomous position they have in the Netherlands in the hospital they work for. Our analysis has revealed one effect that relates to this autonomy: Physicians feel to be restrained in their autonomous position due to the instrument. Overall, they consider the P4P instrument to be a sign of mistrust and control, which undermines their profession and its values. Kramer and Tyler (1996) refer to this type of trust as identification-based trust. It involves a mutual understanding of each other's intentions and values. Board members supported this notion. Although the instrument was introduced by the Dutch Ministry of Health, it was the hospital boards that were responsible for implementing it. Physicians therefore argued that their professional autonomy was no longer being respected by the hospital board. As an explanation for this perspective, physicians emphasized that they were forced to provide insight into their own performance (to get paid), something that did not correspond with their existing perception of professional autonomy. This was a true misfit between the market-orientated instrument of the six-euro policy and the sphere of the medical profession. Furthermore, the six-euro policy has put all the emphasis and energy of both board and physicians onto the instrument. All other organizational, professional, and civil society's values and goals were displaced. This led to tension with regard to the hospital governance.

Market orientation leads to “value gap”

The study provides an insight into the cooperation and tension between board and physicians. In this case, competition proved to be a stronger force than cooperation. The P4P instrument introduced tension between board and physicians and undermined the cooperation between them, as stated by the interviewees. As such, the P4P led to inappropriate behavior considering the instrument's effects on the relationship. Using the descriptive tool, Figure 1, we conclude that most attention was paid to the market sphere and less to the other three spheres, and we refer to this as a “gap”: As a direct consequence of the market sphere being brought in as an “isolated” or “stand-alone” measure. This isolation was strongly connected with the six-euro policy as the culmination of national negotiations over physicians' hourly wage. During this tough negotiation process, many new initiatives were developed without a full understanding of their consequences. The conclusion of these negotiations, however, made all parties accept the risk of a mismatch with already existing policies and neglected daily hospital practice.

The same reasoning anachronism of “isolation” can be applied to negotiation (market) and hierarchy (government). With regard to the ministry's policy goals, it may seem that negotiation at a local organizational level overpowers the government's goals at the national level. There was, at the very least, a poor relationship between the local and national levels. At the local level, the board members and physicians had to deal with the instrument. In other words, it fell to them to implement the minister's policy, and it at least had to be discussed by the board and physicians. Ignoring it was not an option. Given the results of the negotiation, the local goals for the hospital were better served by the instrument than the government's assumed goals. The

six-euro intervention was, thus, introduced with a generous degree of freedom for the local level.

Implementation

First, in line with Kristensen et al. (2013), better frameworks for P4P should be developed on a national level. This would be preferable to a fully locally designed framework, because specific knowledge on a local level is missing. In addition, McClellan et al. (2010) argue that successful implementation of “accountable care”—in which P4P can be an adequate instrument—requires ongoing learning, especially in the local context factors. The latest can be done to execute a proper pilot evaluation study (McClellan et al., 2010).

Second, Blumenthal (2012) argues that the implementation of an individual program will not result into sustainable health system changes. He argues that a clearly defined goal should be explained explicitly up front and requires the involvement of the patients’ perspective in terms of increased choice and information.

Third, Wilsford (1994) showed the importance path dependency in the introduction of system change. The six-euro intervention was a giant breakthrough with the equal rewarding of physicians. As such, and following Wilsford, the failure could be expected.

Appropriate for governance in Dutch hospitals?

In view of all the criticisms outlined above, the appropriateness of P4P in Dutch hospitals might seem highly questionable. The negative effects outweigh the limited positive effects when it comes to governance and more specifically the relationship between the hospital board and the medical specialists. This also applies to the success of the instrument regarding this relationship. The six-euro policy attracted all attention from board and physicians toward competition and remuneration. Consequently, other hospital values (e.g., quality of care) attracted less attention which negatively influences good governance in Dutch hospitals. This notion adds new insight into the gap in literature about New Public Management in general and about P4P in particular. As mentioned, Dutch hospital organizations are constellated out of four domains, resulting in a hybrid organization and context. Consequently, this situation is too complex for the implementation and execution of a onevalue based instrument: pay for performance. The implementation and execution of P4P in Dutch hospitals correlate with one domain specially and lag the connection with the other three domains. Stated differently, the complicated context of the Dutch hospital sector has been neglected in the implementation of the six-euro policy. The value gap that we have referred to explicitly underpins this conclusion.

However, although the effects of the six-euro policy have tended to be negative and the instrument has proved inappropriate for governance in the Dutch hospital context, a sweeping conclusion would be premature. Positive effects have been found in both the United States and the United Kingdom, both in terms of improved outcomes and improved health care processes.

This conclusion connects to gaps in current studies about the misfit between P4P and (semi-) public organizations (e.g., Azzone & Palermo, 2011; Selden, 2011). This is because it deepens the conclusions from these studies and specifies it for the hospitals sector. The intertwining of values and norms from the four hybrid spheres makes hospitals too complex to easily execute P4P. It appeals only to one value, while other values are neglected: a value gap. This value gap connects to current gaps in literature about P4P in semipublic sectors that primarily points out the insufficient knowledge about this instrument and the complexities in measuring quality. We argue the complexities with P4P in the hospitals sector is about norms and values, and as such, is related closely to the core identity of Dutch hospitals.

With regard to both mainstream approaches about P4P, this study underpins the notions that such an instrument may lead to inappropriate behavior, at least between boards and physicians. The effects, however, on the quality of care have not been studied. The outcome in terms of quality therefore might be interesting for further research.

Despite the inappropriate behavior – in terms of increased tension in the relationship between board and physicians – this study definitely does not conclude that P4P instruments should not be used in a hospital context. Actually, their use might be effective in terms of quality. However, given the crucial aspects of board–physicians’ relationships in hospital governance, the “value gap” must be prevented from happening. This might be possible by implementing side policies but can also be prevented by social elements that are known in cooperation. As such, theory about P4P in a hospital context should be seen from a broader perspective.

4.8 Discussion

What could be done to make the policy more appropriate? The notion that the market sphere had prevailed over the other three spheres might be useful when considering this question. We have already referred to this “gap” and to the “isolated” implementation of the six-euro policy. The gap has had consequences in all domains of the hospital ambiguous context (see Figure 1). This implies that the success of a public policy is related to being properly connected with all four domains. In other words, the public policy should incorporate all four domains to optimize its success rate after implementation. Neglecting these connections increases the chance of failure.

To put it differently, an overemphasis on one sphere (e.g., the market sphere by P4P) causes an imbalance in the “hybrid context” which produces negative effects—at least in the case we have studied. The balance between four spheres and, especially, the pay-off between the values of market and solidarity, shows that the effectiveness of a one-sided policy advice will probably be unlikely to succeed from the start, because such advice will not be able to bring together the very different spheres of market, government, professionalism and civil society. More attention should

have been paid to the various aspects of the professional domain in the current debate about P4P in hospitals. This would have maintained the proper proportions between the four spheres of the hospital context and, as such, take account of the values of the medical profession to improve hospital governance. With regard to similar cases, the values and interests of the medical profession should be taken into account more when organizing and implementing new policies than in the case we have studied. This means that the successful implementation of new policy in hybrid hospitals depends largely on the medical professional sphere.

The values gap also demonstrates that the P4P intervention embodies the value of being paid for each product delivered, but does not connect to values of health care in general, such as solidarity. From this point on, it is conceivable that the market-related initiative again affects the values and identity of the professional hybrid organization. This notion builds on research in the field of hybridity (Billis, 2010; Brandsen et al., 2005) and “quasi-markets” (Le Grand & Bartlett, 1993). While it highlights market values and intentions, it neglects the crucial elements of professionalism and the identity of hybrid organizations.

Policy making conducted in the way described in this case is not recommended, at least for the Dutch setting. Policy making “on the hoof” can easily fall into the trap of creating a “value gap” and will consequently probably not fit well into the ambiguous hospital context and general daily practice. The introduction of a simple P4P instrument in the Netherlands has proven to be inappropriate. Within the scope of the research, we have demonstrated the negative effect that this P4P instrument had on the governance of Dutch hospitals and the relationship between board and physicians in particular. We have argued that the implementation of financial incentives is much more difficult, based on the hybrid hospital organization in the Netherlands. We therefore recommend theoretical analysis and a period of proper testing prior to rolling out this kind of policy. Furthermore, to improve the acceptance of P4P initiatives by all four hybrid spheres, the policies should not be implemented “stand-alone,” but with adequate supporting policies. The field of hybrid organizations (Billis, 2010; Brandsen et al., 2005) and management professional relationships (e.g., Polder & Jochemsen, 2000; Pollitt & Bouckaert, 2000) may be thus useful to elucidate these complexities and will be helpful for future initiatives on P4P. In other words, to realize an appropriate instrument and successful implementation of a P4P initiative regarding the governance of Dutch hospitals, the connection with the field of “hybrid organizations” may provide proper and comprehensive insights.

We are aware of the limits of this study. Although we referred to positive effects of P4P instruments in other countries, the study’s conclusions are only drawn upon the Dutch hospital sector. However, despite these limits, we state that this study is useful in a wider context than only the Netherlands.

The Netherlands is a small country in which the hospital sector is typified homogeneous. All hospitals face an equal playing field in terms of hospital finance and national legislation. All hospitals also face the same health insurance companies to deal with and equal type of patients

to treat, which gives the same supply and demand structure in the entire sector. As such, this case is an interesting example of how a new policy or system change has failed (*ceteris paribus*). Consequently, it is interesting to learn from this case in the U.S. situation. Due to the dissimilarities between hospitals in the U.S. health care system (e.g., hospitals have different business models, hospital have other relationships with insurance companies), such a learning aspect is hard to organize which is contrary to the homogeneous Dutch system.

From the perspective of policy implementation and reform efforts in health systems, recent article closely relates to this notion and also denotes— from other reasons—the introduction of P4P not solely but accompanied with effective side policies.

Finally, an interesting remark regarding P4P for Dutch medical specialists cannot be left unmentioned. In 2012, the Dutch government decided to end the six-euro policy, because it had achieved no results in Dutch hospitals. Consequently a new policy was introduced. This policy also has similarities with P4P. However, it does not aim at differentiation at the individual level but for the collective of physicians working with an individual contract agreement. The aim of the policy was that hospital boards should “lock” 15% to 25% of the physicians’ yearly wages (the so-called “variable part”). This part would be “unlocked” at the end of the year only when the collective group of medical specialists had achieved certain, locally determined, quantitative and qualitative elements.

Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

- **Abbott, A.** (1998) Professionalism and the Future of Librarianship. In: *Library Trends*. Vol 46, nr. 3, pp. 430 – 443
- **Azzone, G., & Palermo, T.** (2011). Adopting performance appraisal and reward systems: A qualitative analysis of public sector organisational change. *Journal of Organizational Change Management*, 24, 90-111
- **Barzelay, M.** (2001) *The new public management*. Berkeley: University of California Press
- **Billis, D.** (2010). Hybrid organizations and the third sector: Challenges for practice, theory and policy. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan
- **Blumenthal, D.** (2012). Performance improvement in health care—Seizing the moment. *The New England Journal of Medicine*, 366, 1953-1955
- **Bovens, M.A.P., P. 't Hart, M.J.W. van Twist and U. Rosenthal** (2001) *Openbaar bestuur: beleid, organisatie en politiek*. Alphen aan de Rijn: Kluwer
- **Brandesen, T., & Karré, P. M.** (2011). Hybrid organizations: No cause for concern? *International Journal of Public Administration*, 34, 827-836
- **Brandesen, T., W. van de Donk en K. Putters** (2005) Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector. In: *International journal of Public Administration*, vol. 28, pp. 749 – 765
- **Burgess, S. and M. Ratto** (2003) The role of incentives in the public sector: issues and evidence. In: *Oxford journal of economic policy*. Vol. 19, issue 2, pp. 285 – 300
- **Burns, L.R., D.B. Nash, and D.R. Wholey** (2007) The evolving role of third parties in the hospital physician relationships. In: *American journal of Medical Quality*. Vol. 22, issue 6, pp. 402 – 409
- **Fisher, E.S.** (2006) Paying for performance – Risks and recommendations. In: *The new England Journal of Medicine*. Vol. 355, issue, 18, pp.1845 – 1847
- **Freidson, E.** (2001) *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press
- **Greenberg, J. O., Dudley, J. C., & Ferris, T. G.** (2010). Engaging specialists in performance-incentive programs. *The New England Journal of Medicine*, 362, 1558-1560
- **Hendrickson, M.A.** (2008) Pay-for-performance and medical professionalism. In: *Quality management in healthcare*. Vol. 17, issue 17, pp. 9 – 18
- **Hood, C.** (1991) A public management for all seasons? In: *Public Administration*. Vol. 69, issue 1, pp. 3 – 19
- **Ingraham, P.W.** (1993). Of pigs in pokes and policy diffusion: Another look at pay-for-performance. *Public Administration Review*, 53, 348 – 356
- **Jha, A. K.** (2013). Time to get serious about pay for performance. *The Journal of the American Medical Association*, 309, 347 – 348
- **Kitchener, M.** (1998) Quasi-market transformation: an institutionalist approach to change in UK hospitals. In: *Public administration*. Vol. 76, issue 1, pp. 73 – 95
- **Kramer, R. M., & Cook, K. S.** (Eds.). (2004). *Trust and distrust in organizations: Dilemmas and approaches* (A volume in the Russell Sage Foundations series on trust). New York, NY: Russell Sage
- **Kramer, R. M., & Tyler, T. R.** (1996). *Trust in organizations: Frontiers of theory and research*. Thousand Oaks, CA: Sage
- **Kristensen, S. R., McDonald, R., & Sutton, M.** (2013). Should pay-for-performance schemes be locally designed? Evidence from the commissioning for quality and innovation (CQUIN) framework. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(2, Suppl.), 38 – 49
- **Le Grand, J. and W. Bartlett** (eds.) (1993) *Quasi-markets and social policy*. London: Palgrave Macmillan
- **Lieverdink, H.** (2001) The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands. In: *Social Science & Medicine*. Vol. 52, issue 8, pp. 1183 – 1194
- **Lindenauer, PK, D. Remus, S. Roman, M.B. Rothberg, E.M. Benjamin, A. Ma and D.W. Bratzler** (2007) Public reporting and pay-for-performance in hospital quality improvement. In: *The new England Journal of Medicine*. Vol. 365, issue, 5, pp. 486 – 496
- **Mayer, R. C., & Davis, J. H.** (1999). The effect of the performance appraisal system on trust for management: A field quasi-experiment. *Journal of Applied Psychology*, 84, 123 – 136
- **McClellan, M., McKethan, A. N., Lewis, J. L., Roski, J., & Fisher, W. S.** (2010). A national strategy to put accounta-

- ble care into practice. *Health Affairs*, 29, 982 – 990
- **Ministry of Health**, Welfare and Sport. (2007, February 9). [Brief aan de Voorzitter van de Tweede-Kamer]. Voorhang aanwijzing uurtarief medisch specialisten, [Prelude to designation on hourly wage of medical specialists] Den Haag, The Netherlands: Ministry of Health, Welfare and Sport
 - **National Research Council**. (1991). *Pay for performance: Evaluating performance appraisal and merit pay*. Washington, DC: National Academy Press
 - **Noordegraaf**, M. (2004) *Management in het publieke domein: issues, instituties en instrumenten*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
 - **Noordegraaf**, M, P.L. Meurs en A. Montijn-Stoopenaal (2005) *Pushed organizational Pulls: Changing responsibilities, roles and relations of Dutch healthcare executives*. In: *Public Management Review*, vol. 7(1), pp. 25-43 London: Routledge
 - **Osborne**, D. and T. Gaebler (1992) *Reinventing Government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Reading, MA: Addison-Wesley
 - **Petersen**, L. A., Woodard, L. D., Urech, T., Daw, C., & Sookanan, S. (2006). Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 145, 265 – 272
 - **Polder**, J.J. and H. Jochemsen (2000) *Professional autonomy in the healthcare system*. In: *Theoretical medicine and Bioethics*. Vol. 21, issue 6, pp. 477 – 491
 - **Pollitt**, C. and G. Bouckaert (2000) *Public management reform: a comparative analyses*. Oxford: Oxford University
 - **Putters**, K. (1998) *Maatschappelijk ondernemen in de zorg: achtergrondnota*. Zoetermeer
 - **Putters**, K. (2009) *Besturen met duivelselastiek*. Rotterdam: iBMG (inaugural lecture)
 - **RIVM** (National Institute for Public Health and the Environment). (2010). *Zorgbalans: de prestaties van de Nederlandse zorg*. [Dutch Healthcare Performance Report] Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum
 - **Rosenthal**, M. B., & Frank, R. G. (2006). What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*, 63, 135 – 157
 - **Rosenthal**, M.M. (1995) *The incompetent doctor. Behind closed doors*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press
 - **Schut**, E. (2003) *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG (inaugural lecture)
 - **Selden**, S. (2011). *Performance management and appraisal in human service organizations: Management and staff perspectives*. *Public Personnel Management*, 40, 251 – 264
 - **Wilsford**, D. (1994). *Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way*. *Journal of Public Policy*, 14, 251 – 283
 - **Witman**, Y. (2007) *De medicus maatgevend: over leiderschap en habitus*. Assen: Van Gorcum (dissertation)
 - **Wruck**, K. H. (2000). *Compensation systems and organizational change: Ideas and evidence from theory and practice*. In M. Beer & N. Nohria (Eds.), *Breaking the code of change*. Boston, MA: Harvard Business School Press, 269 – 305

HOOFDSTUK 5

The closing of an operation theatre: a case study

Title: Als de Inspectie de operatiekamers sluit: een voorbeeld uit de praktijk

Authors: R.M.A. (Ron) van der Pennen en K. (Kim) Putters

Journal: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
31 augustus 2013, Volume 157, nr. 35, pp. 1686 – 1689
(published)

In print verschenen in week 35 2013

Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A6171

Gepubliceerd online 15 augustus 2013

Abstract

Interventions with a major impact provide a good opportunity for a qualitative case study based on a retrospective analysis. The Dutch Healthcare Inspectorate (HCI) closed the operation theatre of a Dutch hospital immediately after an unannounced visit, motivated by concerns regarding the quality of care. The consequences of this closure were numerous and included more than the quality of care. This evaluation study uses four spheres – that constellate the hospital organization – to analyse the intervention's consequences. To increase the effectiveness of such interventions, we argue that all four spheres should be involved in decision-making by parties as the HCI.

5. The closing of an operation theatre: a case study

5.1 Introduction

No hospital board or physician gladly welcomes an unexpected intervention from the 'outside'. Yet the government in most countries is expected to intervene when matters of quality seem to be at stake. What happens in a situation like that? This article studies the effect of such an outside intervention on the relationship between a hospital board and the physicians.

The Dutch hospital system is complex. The health insurances are privately organized and the hospitals are privately owned. Further, there are strong public guarantees for quality, accessible and affordable care. This combination makes hospital sector hybrid. Brandsen et al (2005) elaborated 'hybridity' conceptually and recommended empirical cases to 'harden' the concept. This holds especially true in cases "where the tension between the logics of the different domains is expected to be highest." (Brandsen et al, 2005) In this article we respond to this call bringing up and empirical study of a relevant case, which we introduced briefly.

Within the hybrid hospital sector the Health Care Inspectorate (HCI) ensures 'responsible' care is given by Dutch hospitals. The HCI holds instruments of pressure and coercion. One of these instruments is the immediate closing down of parts of the hospital after an (un)announced visit. Exactly this happened in February 2010 with regard to a Dutch hospital. As a consequence of their findings, the HCI made a forceful and coarse intervention: they immediately stopped all actions on the hospital's operation theatre,

We frame this HCI's intervention as a government orientated intervention. First, this is because of the fact that the HCI is a government institute. Second, no other institute is juridical capable of and allowed to intervene in the way the HCI did. This also points out the HCI to be a government orientated party. Third, the closing down of the operation theatre aligns with government or public values, e.g. the quality of hospital health care.

The central question of this study then is: what effects had the HCI's intervention on the relationship between the hospital board and physicians? In other words, we have studied the effects of the immediate closure of the operation theatre in the hospital in order to understand possible effects of this intervention on the relationship between the hospital board and physicians. The relationship between board and physicians that is studied is typical for Dutch hospitals and of great importance as well. We will demonstrate this in the following paragraph. Our case is mentioned to add empirical findings to the public debate and could give insight in dynamics of hybridity.

We elucidate the typical relationship between board and physicians in Dutch hospital more thoroughly in the next paragraph. Paragraph 3 describes the methods. Paragraph 4 explains the HCI's intervention. Paragraph 5 and 6 hold results and conclusions. Finally, a discussion paragraph is presented with elements that might be of interest for further research.

5.2 Relevant actors in a hybrid context

5.2.1 Hybrid context

As a descriptive tool for the hospital system we use the concept of hybridity. As framed by Brandsen et al (2005) and Billis (2010) hybrid organizations incorporate different and contrary values, logics and coordination mechanisms. For hospitals, these different values correspond with each of four spheres. These four spheres together constellate the hospital, and as such the descriptive tool presented here.

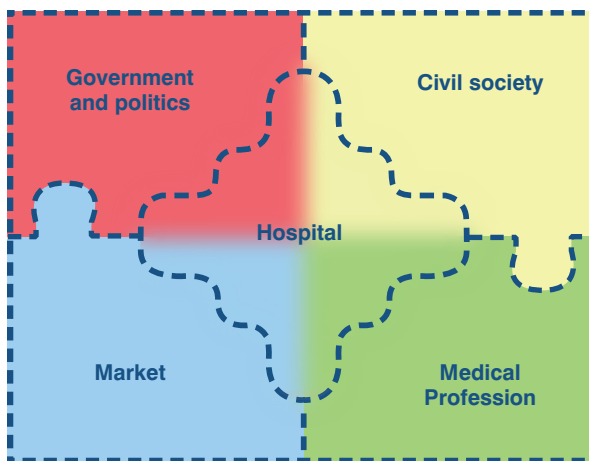


Figure 1: Descriptive tool for hospital governance (Based on: Putters, 2009)

5.2.2 The Health Care Inspectorate

“The Health Care Inspectorate promotes public health through effective enforcement of the quality of health services, prevention measures and medical products.” (www.igz.nl) The HCI is closely affiliated to the ministry of health. From its function the HCI advises the minister of Health, Welfare and Sport and owns instruments and measures. These differ from advising institutions on cure and/or care to instruments of pressure and coercion, in order to ensure ‘responsible’ care is given by these institutions or individual physicians.

The HCI uses the input from the 1.000 indicators to monitor the level of quality for each individual hospitals and supervises output and procedures regarding the respected field(norms). If considered necessary, the HCI intervenes and is able to enforce proper actions or repressions to the hospital and/or its physicians. In case of hospital studied, the Inspectorate performed a typical action: the closing of the hospital's surgery rooms after an unannounced visit. However, despite all indicators and field norms, quality is not always obvious or a fixed fact. Quality is highly subjective, which makes the actions of HCI not always undisputable.

5.2.3 **Hospital organization**

The organization of Dutch hospital is typical and not congruent with international situations. We therefore describe the specific context.

Physicians

A characteristic point is, as mentioned before, that physicians in the Netherlands work in only one hospital. As a result they are actively involved and concerned with hospitals daily and long-term policy making. Further, medical specialists performing the same profession are gathered in a partnership, e.g. a partnership of orthopaedists or cardiologists. These partnerships are arranged around the medical speciality. In addition, all physicians are strongly organized as one group and as such represented by their own representative body: the medical board. This board is a formalised delegation of all physicians democratically elected amongst all medical specialists and is involved in all medical issues. This holds a close relationship with the hospital board on a day to day basis.

With respect to the content of their speciality, physicians are closely related to and depended on their scientific committees. These committees are active on a national level and work on new treatments, best practices, etc. This is an interesting notion because policies about quality and safety – such as protocols, paths of treatment – are established on a local hospital level: it is hospital policy.

Board

With respect to the board, a Dutch hospital board usually consists out of two to four persons. The board is responsible for all processes and outcomes, what holds true for quality, finance etc. This is at least from a purely juridical point of view. However, this perspective is too one-dimensional. Physicians remain responsible for their own actions. This has effects on the crucial relationship between the board and physicians as we will elucidate later. The hospital board is an executive board. It is monitored by a supervisory board, commonly known as a two tier system. The hospital board mainly focuses on strategic issues and policy making.

Board – physicians relationship

Since a hospital is mentioned to give medical care, medical specialists hold a strong position. In addition, the one-on-one relationship between physicians and hospital makes that physicians demand high influence in decision making. This leaves a situation in which hospital board and physicians (by the medical board) need to cooperate closely. The relationship therefore can be denoted co-makship. It is a key element in the functioning of a hospital and is crucial in hospital governance (e.g. Burns et al., 2007; Kaissi, 2005; Van der Wee, 2000). The co-makship also emphasizes the physicians' autonomy as a supplying actor towards the hospital in which both are connected through a contractually based intensive partnership (Scholten et al, 2002).

This close relationship between medical board and hospital board is clear in practise. An interesting notion however is that the formal position of the medical board, described in hospital's statutes and documents, is as an advisory board. Stated differently the medical board formally is an advisory board but in practise have a more profound position in daily and strategic decision-making: a co-makship with the hospital board. In long term management issues, such as strategy or investments decisions, as well as in daily practise both parties are mutual dependent. This shows in the way the boards adds value in realizing physicians' goals, as do medical specialists in realizing the hospital's goals. As a result the board – physicians relationship is crucial in managing Dutch hospital: it takes two to tango!

Board and physicians are mutual dependent. Their values however do not automatically align. Because of the importance of this relationship for the functioning of the hospital, we take this as a in our study.

5.3 **Methods**

This paper describes an explorative and qualitative study based on a retrospective analysis. The study is qualitative, serving to explore mechanisms behind hospital governance with regard to Dutch hospitals and meets research demands for in-depth research. We especially focus on the board – physicians relationship (1). From the viewpoint of governance and the case study case follow that we also take a close look at the interaction from the board – physicians relationship towards the hospital's supervisory board (2) and the HCI (3). The results and conclusions are structured following these three governance topics. Furthermore we described results and conclusions following the stages of the crisis in the hospital.

Primarily, we emphasize that our study is descriptive and not normative: the board – physicians relationship is not denoted in terms of good or effective. We argue in line with the qualifications given by board members and physicians themselves. When they refer to the relationship either as effective or not, we follow their opinion.

The first step of our study consisted was the performance of a theoretical analysis on the theme of hybrid organizations and on government interventions. Secondly, public documents and literature have been analyzed. Thirdly, confidential internal documents from the hospital have been analyzed. These documents concluded internal letters and agendas. The main part of these documents consisted of confidential correspondence between the HCI and the hospital board. Fourthly, interviews have been done with the hospital board members, the chairman of the hospital's supervisory board and multiple physicians. The group of physicians interviewed, existed of those physicians who depend of an operation theatre in order to adequately fulfil their professionalism. As such we interviewed 11 physicians from the groups of orthopaedists, surgeons, neurosurgeons, anaesthesiologists, urologists, and gynaecologists. All interviews were based on semi-structured questionnaires, during the period February- June of 2011, and therefore directly aimed at the object of the study. The main topics of the questionnaire were: what happened during the crisis between board and physicians, what were the effects of the crisis on the theme of governance, what elements for success and failure in the relationship between board and physicians can be denoted during the whole process (before, during and after the crisis that was caused by the IGZ intervention).

The interviews were transcribed directly and the written reports of these have been analyzed by two analysts and compared with the results of the document search. In addition also interviews were held with the Chief Inspector of curative healthcare at the Dutch Healthcare Inspectorate and the chairman of the Dutch Workingparty on Infection Prevention who were both closely engaged in the specific case.

We have performed multiple sources and triangulated these, which improves the reliability and representativeness of the findings and conclusions. One important remark is the effect of time. The interviews were held approximately a year after the surgery rooms were closed. The effect of this time gap needs to be recognised. Reflections on events from a year ago may be influenced by events or other things that have happened during this time gap. We have tried to overcome this to refer directly to the crisis situation and asked respondents to give their opinion in the way they felt during the crisis time. We emphasised not to answer from the current situation at the time of the interview.

The character and quality of the relationship between the board and the physicians of a hospital never is a 'status quo' situation. The relationship is part of the 'negotiated order' in hospitals (Kruijthof, 2005). It continually develops and positions change over time because of many reasons. For this study, we defined the Inspectorate's intervention as an external cause for effects on the relationship between board and physicians.

This study explores the case of a specific Dutch hospital. Yet in recent years multiple incidents of comparable size and cause have occurred in Dutch hospital sector and unfortunately probably many more will follow. Whether these incidents involve the quality of care directly, or financial or organizational aspects, they always effect the theme of governance and especially the relationship between the board and the physicians. Therefore conclusions and recommendations from this study can be of use for more hospitals than only for studied one.

This also counts for the theoretical contribution of this study. The effect of government orientated interventions – as we perceived the HCI's intervention – on the board-physician relationship demonstrates the coming together of interests from government, market, civil society and medical profession (see figure 1). As a result, new insights may have consequences for the constellation of Dutch hospital governance.

5.4 Case description

5.4.1 Actions before, during and after the intervention

When we refer to the intervention, we explicitly refer to the actual closing of the surgery rooms as commissioned by the Inspectorate. The results and consequences of this intervention were denoted crisis by the hospital board as well as the medical staff. We therefore use the term crisis as well. In figure 2 the crisis situation is represented in a timeline.

Before

Three important issues are denoted here to put the case in the right perspective: 1) a brief description of a former case between HCI and the hospital, 2) the internal audit performed in 2009 by the hospital itself on the operation theatre and 3) the status of the operation theatre in 2010.

In 2008 the HCI intervened in the hospital studied. The case was that two people died after they were bound to their beds with the so-called 'swedish band'. As a result the HCI held the hospital under close supervision (IGZ, 2008). The HCI argued that these bands did not meet actual en legal standards and personnel did not have proper knowledge about the handling. At the end of 2008 the HCI relieved the hospital from the close supervision. However, this HCI intervention caused a stir in the hospital and may have raised the HCI in a state of alertness.

Interesting side issue is the notion that at the hospital was named 'best hospital of 2008' by a Dutch national newspaper.

In May and June 2009 the hospital investigated the situation of the operation theatre. This internal audit showed that the surgery complex was not up to date and behaviour of personnel and physicians was not professionally adequate. Despite these findings, the conclusion was that there was no danger with regard to the quality of health care. At that time, the findings of the internal audit were communicated with the HCI.

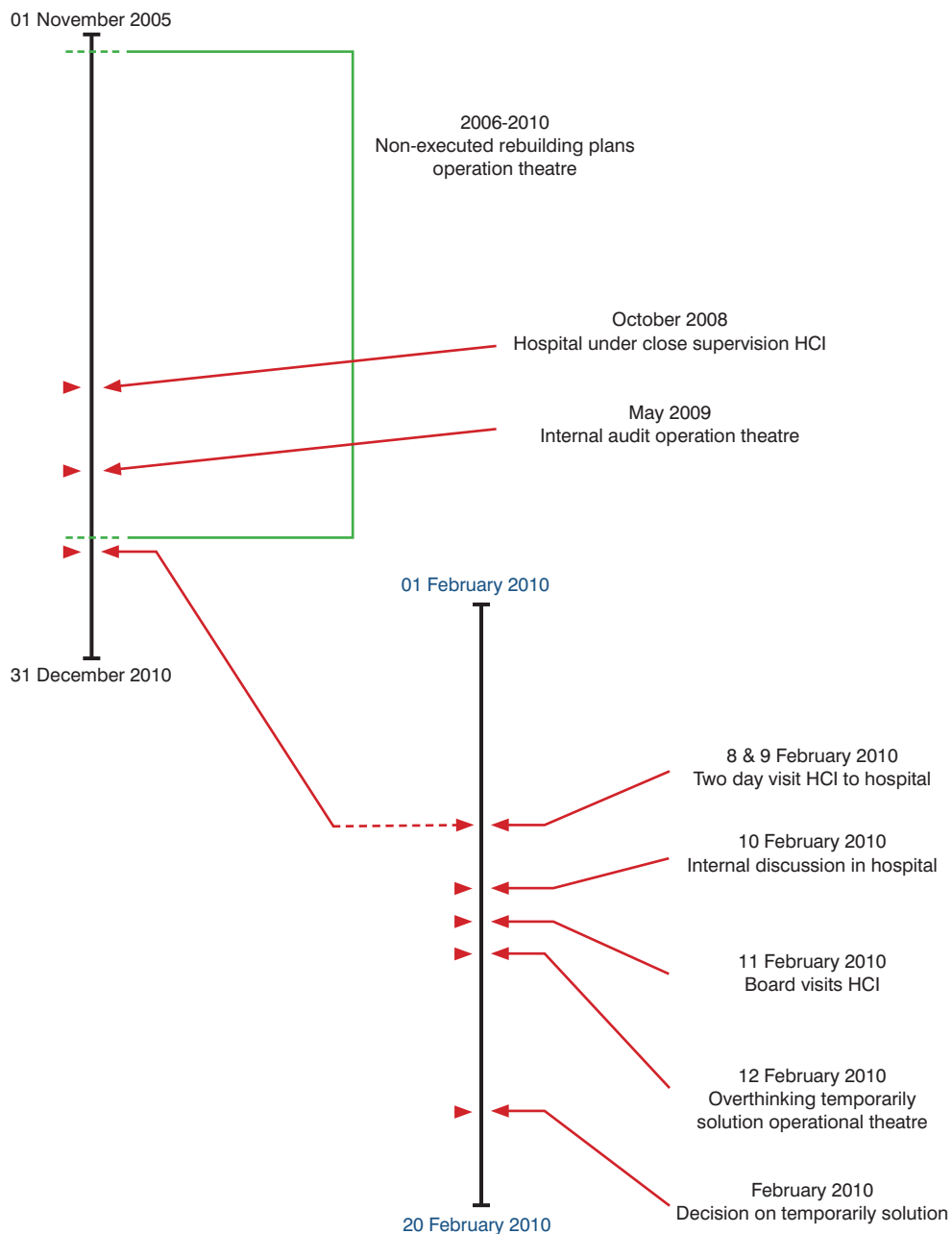


Figure 2: Timeline

Following the internal audit, in 2010 the status of the operation theatre was known outdated, but considered safe. However, already from 2006 – the completion of the master vision on the main location – different kinds of plans described the renovating or the rebuilding of the operation theatre. In 2008 the hospital felt the consequence of the international credit crunch. In 2008 also the financial systems changed with regard to (re)building hospitals. This change – a clear break with history – made the hospital financially responsible for the investment and management of their buildings. Where Dutch government used to be responsible for exploiting hospital buildings, from 2008 hospitals had to exploit their own building. In addition to this new legislation and financial systems, the hospital faced difficulties in retrieving proper financial resources from banking houses. At the beginning of 2010, a definite plan was not ready and consequently decision making on the rebuilding or renewing of the operation theatre was not yet made. The status of the operation theatre – with 10 surgery rooms – was known outdated, but considered safe. Quality guidelines were not at stake as commonly perceived by board and physicians. Furthermore, board and physicians agreed on the need to renovate. Finally, it needs to be mentioned that HCI was informed about the intentions and need for renovation by the hospital.

Monday and Tuesday

On Monday 8th and Tuesday 9th of February 2010 inspectors of the HCI brought an unannounced visit to the hospital. The HCI based this visit on their knowledge about the deferred maintenance of the operation theatre and on their suspicion (moral) the situation might be unsafe for patients. The former case and internal audit have been of influence.

The HCI divided the outcome of this two-day visit into two categories: 1) the hardware situation and status of the operation theatre and 2) the communication between and behaviour of the personnel.

With regard to the first the Inspectorate wrote in a letter to the board that it was impossible in the outdated surgery rooms to realize the necessary pressure and overpressure. They conclude it after the next findings: there were no sliding doors and, too much air was transferred from every door-movement. The HCI's in particular found inadequacies on the operation theatre's air treatment system. With regard to this system, the HCI based its opinion on norms from the Walenkamp report. These norms however, were not accepted and recognized in the field (see table 1).

The second category included physicians and nursing staff. More specific the HCI revealed in their written report to board that inappropriate footwear was used, surgery masks were not changed after every performed surgery, there were too many unnecessary door movements, ventilation points were blocked, there was no proper transfer from the patient at the surgery rooms' holding unit, it lacked double-checking on medications, the surgeon not always met the

patient before surgery, time-out procedures lacked and the anaesthetic policy (on propofol) did not meet regulations.

Furthermore, and illustrated in a letter from the HCl to the hospital, the HCl found shortcomings similar to the ones identified in the internal audit in May and June 2009. In the letter the HCl concluded that the shortcomings they found were already known by the hospital and the staff. According to the HCl the problems, known for at least six months, were not managed adequately by the hospital board.

As a direct result of the Inspectorate's investigation and report, the Inspectorate insisted the hospital to stop all activities on the surgery rooms on both locations immediately (the third location does not have surgery rooms) and also charged the hospital to get hold of the physicians' and nursing staff's discipline with regard to the surgery complex.

Directly on the end of Tuesday the 9th of February, the hospital board was informed by the HCl's decision to close down the operation theatre. The board was overcome by surprise, because they did not expect this conclusion. From interviews followed that after board and physicians heard the shortcomings found by the HCl, all expected a nuanced reaction by the HCl. Especially because the HCl already knew about the outdated state of the operation theatre and about the hospital's intentions to bring it up to date. With regard to the personnel's behaviour, the board agreed with the HCl's conclusions. However, the immediate closure sorted out to be fiercer than thought. The board disagreed with the HCl's conclusion because the HCl's argumentation was not strong. The HCl checked the hospital on process indicators (e.g. air treatment and behaviour) while the hospital's registration system on complications showed good figures: the health care outcomes – especially the surgical site infections – did not presume any danger, in fact showed 'responsible' care. The board furthermore, thought the practical implications of the closure were fierce and did not meet the weight of the shortcomings found by HCl. Therefore, the board argued in the concluding meeting that a warning would be enough punishment. Unless this dissenting opinion by the board, the HCl dictated to close the operation theatre completely. Later this was acknowledged by the HCl's formal reaction in a letter that arrived per e-mail on the 19th of February at the hospital, 10 days after the visit.

From that point on – the night of February 9th 2010 – the board immediately informed the board of medical specialists' staff with the message of the Inspectorate closing of the surgery complex. As a result, at the end of that day the decision was made to cancel all surgeries for the coming days.

Wednesday

This first day after the HCl visit and proclaimed closure of the operation theatre, discussion rose amongst board and physicians on the HCl's basis for this dictation. Board and medical staff did not question the quality of patient care. The measured output indicators (e.g. surgical side infections) did not point out any malfunctioning. The HCl, however based its findings on the Walenkamp report (see table 1) and thus had a deviant reasoning. This internal discussion took place during this day pending the invitation of the HCl for a visit to discuss further matters. Later that day it became clear this appointment would be the next day. During the discussion on Wednesday the hospital board liaised its 'tactics' up front with the medical board. From the interviews followed that the crucial element in the board's message towards the HCl would be that total closure of the operation theatre would most probably cause 300 acute patients a year to die because no sufficient capacity for acute or critical care was left in the region.

An interesting technical aspect on the air treatment system is explained further. In the Netherlands the Dutch Workingparty on Infection Prevention (WIP) stimulates infection prevention and develops and publishes up-to-date, scientifically based guidelines for infection prevention in hospitals (<http://www.wip.nl/UK/Default.htm>). Following from the HCl's website, the HCl considers the WIP's guidelines as professional standards with regard to the legal or juridical demands for hospitals to monitor, manage and improve their quality.

From our interview with the chairman of the WIP followed that the guideline the HCl had used in the hospital to close the surgery rooms – based on the Walenkamp report – was highly disputed by the WIP itself. The norms following from this report were fiercer, but had (according to the WIP) never been proven to be safer.

From the same interview followed that the WIP argued that the HCl closed the surgery rooms on the wrong grounds. The WIP argued that the HCl should have done it specific on other grounds: behaviour of personnel. According to the WIP this would have made the decision more objective.

Given the above-mentioned, critical in the closing of the surgery rooms was that the HCl's arguments were based on the Walenkamp report. However, according to the WIP and the hospital the guidelines in this report were never proven neither officially recognized.

Furthermore, the WIP chairman argued that the hospital's statement about good figures on complications was disputable. Each complication is one too many, which consequently makes, in the opinion of the WIP, that a norm for acceptable complication – defined as an average number of complications on a national basis – cannot be held as objective.

Table 1: Discussion on specific guidelines of Walenkamp report

Thursday and Friday

To discuss the situation of the hospital further and more thoroughly both board members visited the HCI on Thursday 11th of February 2010. From the idea of co-makship it may have been obvious that both hospital and medical board would have visited the HCI. However, the main topic of the appointment was to discuss steps in the following process and the managerial consequences and implications of the operation theatre closure. This made both hospital board and medical board decide that only both board members and a manager would visit HCI: discussion would focus on managerial aspects of the crisis. If debate would rise about the surgical site infections, this specific medical professional knowledge could be handled properly by one of the board members (a former anaesthesiologist).

The HCI had already dictated their fierce action, but the hospital pointed out that consequences were enormous. As an example the hospital board referred to the fact that there were no other possibilities for the performance of surgeries present in the area. This would undoubtedly lead to 300 deaths. In retrospect, this argument was a turning point and made both the hospital and HCI agree on a so-called “not-list”. This list contained ten implantology procedures, which would no longer be exercised in the hospital until the Inspectorate approved the surgery rooms to be safe again.

Immediately after the discussion with the HCI on Thursday, the hospital board set up a crisis team. This team consisted of themselves, the chairman of the medical board, three division managers, a manager facilities (buildings), a managing physician and a communication advisor. Next to this crisis team also a project team was set up, in which more physicians participated, chaired by the chairman of the medical board. That same night both teams already gathered.

Thursday evening and Friday the crisis team, highly motivated, took over the operational management of the crisis. In the meantime the project team set up and implemented a new policy which consisted of several behaviour and communication rules for the operation theatre. With regard to these rules, the hospital board did not have a large role in setting up these. Crucial in these rules was you were held equal responsible for mistakes, in case you did not approach the one who actually did wrong, immediately. During these days the hospital board started to think for the first time a temporarily solution for the operational theatre, to bridge the period until a new or renovated theatre was realised.

Actions after one week

After the week of the IGZ intervention, the discussion whether to build a new operation theatre was speeded up. On a relatively short notice – in four and a half months – the temporarily operation theatre was opened. Crucial point in this was the widely shared decision amongst board and

physicians to rebuild eight instead of the current ten surgery rooms, because of the combination of 1) more efficiency in the planning and performance of surgeries and 2) less necessary investment budget. Looking back, the board argued that the crisis put an extra pressure on this process and stimulated parties to align values and assumptions. Stated differently, with regard to hardware issues, pressure inclined on the realisation of an up-to-date operation theatre.

After the implementation of the new behaviour and communication policy for the operation theatre, all professionals controlled these rules. Furthermore, the nursing staff and the physicians developed their way to address mistakes or faults on these aspects, as argued by all respondents. According to them, this showed in situations in which an assistant nurse approached a surgeon to point out things like not washing hands or wearing jewellery.

Shortly after the closure the hospital was in the centre of journalism attention. Added to the fact that lots of surgeries were cancelled, the public's reaction was quite mild according to respondents. Patients reacted positive to the hospital although their surgery was cancelled, but reacted fiercer with regard to the HCI: they could not understand the negative qualification of 'their' hospital. Some patients even phoned the HCI. With regard to the hospital itself, no decrease in the number of patients for surgery was notified. Patients remained loyal to the hospital.

5.4.2 **The situation one year later**

We studied the case one year after the HCI ordered to close the operation theatre. From the interviews followed several results and effects that were realised a year after the closure.

In retrospective the board argued that the crisis subtracted all energy and the crisis got priority. As a consequence other important policy plans were postponed, because energy and financial space were necessary to recover from the crisis. The changing of the organization structure and the renovation of some clinical departments are examples of postponed issues.

From the interviews followed that their relationship had improved – especially in the first months of the crisis – due to the fact that both had 'an enemy' in the HCI.

However, the hospital board perceived that after this first period old habits returned and discussion rose. The latter especially happened with regard to the operation theatre. The hardware issues following the HCI's action were mainly managed by the hospital board. However, after decision-making physicians popped the question why eight instead of ten surgical suites were built in the temporarily situation. They also emphasized that the board should already have made a decision on rebuilding the operation theatre in an earlier phase. A (re)new(ed) operation theatre would have prevented this crisis from happening, physicians argued.

The behavioural and communicative improvements that had been accomplished also were at stake after a longer period of time. While each employee was sensitive to the new rules initially, the appropriate behaviour slightly faded away. Some physician's argued that they had a better culture on the operation theatre than other hospitals did, and thus those fierce regulations were too much. Both board and physicians concluded this during the interviews.

A final interesting point relates to the two tier system. The chairman of the supervisory board argued that his board had relocated its focus. During the crisis the supervisory board remained at a distance. The capabilities of the executive board members were considered to be good. As the supervisory board's chairman said, the leadership of the board could be trusted upon. Nevertheless the supervisory shifted their focus after the crisis towards the quality of care, more than ever before. In fact, the supervisory board even acted closer on the primary process.

5.5 Results

We studied the effects of the immediate closure of the operation theatre by the HCI on the relationship between the hospital board and physicians. In order to understand the issue of hospital governance, we describe board's and physicians' considerations and choices during the crisis. Also the position and intentions of the supervisory board and the HCI are analyzed.

Hospital board – physicians relationship

Both hospital board and physicians considered the HCI's intervention to be fierce. Their surprised reaction followed their opinion that the HCI's decision was inappropriate. This appropriateness was accused by a diverging reasoning between hospital and HCI. The applied norms for quality of care diverged and led to other conclusion with regard to the operation theatre for board and hospitals on one hand and the HCI on the other. Consequently, hospital board and physicians had limited understanding for the HCI's action. This caused agitation towards the HCI. As result, the relationship between the hospital board and the physicians strengthened.

Shortly after the stage of surprise and agitation, board and physicians entered a stage of action, this action was twofold. Firstly, board and physicians evaluated the norms used by the HCI to close the operation theatre. Their dissenting opinion from the HCI made both to fight the legitimacy of the HCI action. Secondly, both board and physicians acted to restore the ability to provide care as soon as possible. The hospital's accessibility was at stake. In terms of the descriptive model the both acted in the interest of the government orientated value of accessibility of health care.

About four months after the crisis in February 2010 the board – physicians relationship could be characterised as uniform. Board and physicians still shared the viewpoint about the quality of care in the operation theatre. In fact, the crisis strengthened this relationship. The clear division in attention between board and physicians with regard to hardware issues and software issues also improved the relationship. This division was a natural process: no specific decision was made to establish this 'segmentation'. Both actors had their own fields of attention in which they were in "the lead" and consulted each other when necessary. This clear division was a major point in the good relationship and in the effectivity of hospital governance.

However, half a year after the crisis the uniformity disappeared and the relationship came under more pressure. Discussions about the hospital policy (e.g. the number of surgical suites for the temporarily phase, new plans about rebuilding the hospital, equipment investments, etc.) were more frequently held and were typified fiercer than in the period before. The hierarchy of the crisis had decreased and faded the uniformity away. This actually showed in the discussion about the number of temporary surgical suites. The choice to reduce the number of surgical suites for the temporary phase, was considered wrong from the physicians' perspective. At the same time, however, physicians did not deny their involvement in this decision-making in an earlier phase. An interesting insight, thus, that although the decision made in crisis time was made jointly, it was disputed again a year later by the physicians who's interests were frustrated with this diminished number of surgical suites. Although physicians acknowledged their involvement in the interviews, they argued it was the board who actually decided.

Finally, after the crisis and its effects were overcome, no actual changes or structural effects with regard to the board members or physicians were ascertained. Both board and physicians survived the crisis period.

Interaction board - physicians relationship and Healthcare Inspectorate

Considered from a juridical perspective, the HCI is considered to be a pure government organization. Their opinion with regard to the operation theatre was driven from government's goals, with the immediate close as their decision. The HCI based its intervention solely on its juridical legitimacy.

However, in the phase of discussion between the hospital board and the HCI, the board convinced the HCI that its intervention would have an impact on the amount of deaths in acute care in the region. The hospital made the HCI to change its initial decision which resulted into the not-list. The value of the civil society sphere was crucial in this phase. In addition, the reputation of the HCI was at stake. How would politicians, media and patients react to the amount of possible deaths? From our interviews emerged that the HCI worried about public opinion and possible damage

to the organization as a respected institution in the field of Dutch healthcare. On the other hand, with regard to the HCl's function and legitimacy, the specific case could be made a proper case to make a national example. This case would highlight HCl's role in maintaining guidelines and field norms as well as the importance and effectiveness of HCl's control instruments towards hospitals.

In its decision-making in this phase, the HCl thus struggled with what intentions should be leading for their action. From the interaction with the hospital followed that the civil society sphere's values were leading.

Already in the first days of the crisis the HCl's norms were debated by hospital board and physicians. This discussion started again after the crisis period. HCl, physicians, hospital board and the Workingparty on Infection Prevention debated the norms for healthcare quality, which focused on the 'reality testing of guidelines by the HCl'. From this point of view, this case-study also showed the ambiguity about guidelines for healthcare quality. Which guidelines for quality of care are valid? Is there a situation in which guidelines are objective and distinct? The HCl's 'reality testing' is strongly committed to the legitimacy of its own actions and decisions.

Interaction board - physicians relationship and supervisory board

During the period of crisis the supervisory board supported the executive board in their actions. The chairman of the supervisory board argued that during the crisis the right people were managing the problems. There was no reason for the supervisory board to act otherwise than to support.

Although the supervisory board supported the executive board in the proper handling of the crisis, the supervisory board changed their position with regard to the hospital after the crisis. To have a closer connection with the primary process, its focus changed from towards more (management) control. In terms of hybridity this change can be viewed as a change towards the market sphere. This is because the characteristic element of control appeals most to the ideal typical values of the market domain.

5.6 Conclusions

The conclusion of our study is divided in two parts: the specific conclusions regarding the case and the conclusions in general.

5.6.1 Conclusions regarding the case

Relationship board and physicians

All parties felt that the relationship between the board and physicians was 'adequate' before the HCI's intervention. With the crisis, the relationship changed. It strengthened in the period of stress and agitation towards the HCI due to two reasons. First, physicians and board both had the same goal in re-establishing the continuity of care. Second, the position taken up by the HCI drove board and physicians together.

In dealing with the crisis, board and physicians had their specific field of attention that arose spontaneously and in good harmony. Each of them was left ample by the other to act from their own specific capacities, knowledge and intentions. An example may support this. On the one hand, based on the board members' political sensitivity and their managerial capacities they acted with regard to the HCI. On the other hand, the medical staff especially acted to restore the quality at the operation theatre.

The main reason that both board and physicians survived the crisis and the relationship was felt 'adequate' as it was before, is their uniform vision on both the crisis, its cause and its consequences.

Overall, the relationship is characterised by the mutual interdependence between board and physicians. This showed clearly in this case. The crisis was not felt as harmful nor as beneficial for the relationship. The relationship withstood the crisis due to its created basis prior to the crisis. The spontaneous division in fields of attention to handle the crisis is also rooted in the fundamental basis of the relationship that is developed prior to the crisis.

Decision-making

During the crisis three main phases can be analyzed. The first period was about surprise and agitation, than discussion rose about the norms and, finally, the action phase was reached.

In the phase of action, it showed that a more hierarchical steering by the board was accepted by the hospital organization. The board's management was more authoritarian in this phase. The crisis changed the considered state of mind of both the board and the physicians. The values, goals and interests they usually uphold were outstripped by the authoritarian management style. Consequently, considering the hospital to be hybrid, it matches the definition about incorporating

different and contrary values, logics and coordination mechanism. With regard to this hybridity, however, the crisis bridged the opposite values from both board and professionals into one leading interest for both: the reopening of the operation theatre in order to re-establish the continuity of care. As such the hybridity was – temporarily – outflanked.

Further, the decisions made in the early phase of the crisis were disputed six months later, e.g. the number of surgical suites which were rebuilt. At this point in time, the negative effects of the decision that was made during the crisis popped up. From this notion follows, that after the crisis and its effects faded away, the values and interests for both board and physicians again raised and were clearly perceptible: the hybrid situation in which different and contrary values are present at the same time, re-established.

Interaction with HCI

The HCI's intentions with the closure of the operation theatre were threefold. First, the HCI acted to directly improve healthcare quality locally. Second, the HCI tried to gain a sense of urgency in the hospital regarding the quality of care in their operation theatre. Third, the HCI set an example at the national level of the Dutch healthcare sector.

With regard to the first, we question its effectiveness. In the action phase of the crisis, all actions were aimed in re-establishing the continuity of care. We argue these intentions were primarily based on the on 'going concern' of the hospital. They were not directly meant to meet HCI's norms for quality. On the contrary, the HCI's quality norms were still disputed. Of course the issues regarding the operations theatre's building were handled to meet HCI's requirements. But whether this was done to meet HCI's intention is highly questionable. We argue these actions were taken primarily to be in business as fast as possible. These actions were not taken because the hospital had embraced HCI's healthcare quality norms. This also holds true for the communication and behaviour issues. The sustainability of HCI's intended results are questionable as well. Issues about behaviour and communication were tightened by the hospital but – as we have denoted before as "path dependency" – fell back after the crisis disappeared and thus did not meet the intentions the HCI had with closure of the operation theatre.

Further, the HCI's other goals were not realised as well. There was a sense of urgency to re-establish the continuity of care on a short notice. However this sense urgency showed not to prevail over time; the HCI's action lacked sustainability. Further, despite lots of media attention no significant changes or actions by other Dutch hospitals are recognised.

Interaction with Supervisory board

In the eyes of the supervisory board the crisis was handled properly by the executive board. From the their supervisory board's interest there was no reason to act differently during the period of crisis. This holds true for their position and action. Nevertheless, after the crisis the supervisory board acted differently. The supervisory board took a position closer to the primary process of the hospital in order to have better insight in the hospital's quality of care. In terms of hospital governance this decision feels contra-intuitive.

5.6.2 General conclusions

Decision-making

From this case and the situation we have studied, follows that value and belief patterns were broken by the crisis, but re-established over time into the 'before the crisis situation'. With regard to the professional domain this can be denoted 'path- dependency', meaning that "current and future states, actions, or decisions depend on the path of previous states actions, or decisions" (Scott, 2006). We therefore conclude, that the crisis did not realise a structural change in professional values and belief patterns: the internalization of new norms and values appears to be a slow process, in which old patterns often restore.

From the notion that crisis bridges tensions and opposite internal interests, we conclude that effective hospital management might especially be possible in times of crisis. The momentum a crisis gives can be used effectively by the board to realize policy changes. The well-known statement by the American economist Milton Friedman is appropriate: "Never waste a good crisis"

Interaction with HCI

We already mentioned that the HCI's intention to set an example at a national level with its action was not effective. This leads to the conclusion that this intention is not a proper 'strategy' to improve quality at a national level. It's not effective to deal with a single hospital in order to improve the quality of all Dutch hospitals' operation theatres.

Further, we argue that a 'value gap' is the main cause for the doubtful sustainability and effectivity of HCI's action and intentions. This 'value gap' refers to the constellating domains of the hospital organizations as presented in figure 1. Because the HCI's intervention had its focus only on the sphere of government and politics, the other three were neglected. Stated differently, the HCI's action was closely related to government orientation and values, but could not connect the other three domains. With regard to this case, this counts especially with the medical professional domain. As we have heard from the medical staff, the HCI could not convince physicians with norms and guidelines that were not accepted and acknowledged by the medical specialism's scientific committee.

5.7 Discussion

This study describes a chronological analysis, by using interviews, of the HCI's intervention. We studied the effects of the HCI's intervention on the board – physicians relationship. In analyzing this case we made use of a theoretical framework, based on the concept of hybridity. In structuring the results and conclusions we followed the main topics of this case concerning hospital governance and followed the timeline and stages of the crisis.

The situation of a hospital crisis is difficult to study. We are aware of shortcomings in our study. Many more aspects can influence the relationship between board and physicians other than the HCI's intervention. In order to well-define the study, we did not include more activities that were at stake for the hospital during the period of crisis.

Hospital board – physicians relationship

With regard to the hospital board – physicians relationship, this study contributes to research on this field (e.g. Pollitt & Bouckaert, 2000). We concluded that the board – physicians relationship changed in times of crisis when pressure increased. In crisis situation a more hierarchical steering by the board is accepted which deviates from the 'going concern' in normal circumstances. We wonder whether or not it is an obligation for proper decision-making processes between board and physicians to have a more 'militarist' or hierarchical management style by the board to be effective?

With regard to the division of fields of attention amongst board and physicians to recover from the crisis, we recognise an interesting stratification. The division arose spontaneously and with the well-being of both parties and within both fields of attention, a hierarchical management style seems possible.

'Value gap'

In this study, we questioned the HCI's legitimacy for action following the effectiveness of their action and intentions. Was the closure of the operation theatre worth its consequences? Furthermore, did the effects of their action were sustainable over time and as such give legitimacy to it? We argue that the effectiveness of HCI's actions as well as the sustainability of its effects would have improved when all four spheres have been taken into account properly. Consequently, this would improve HCI's legitimacy.

The hospital conceived the closing of the operation theatre to be disproportional. We argue this would not be the case, as well as the unwanted and negative side effects of the closure, when the HCI would have argued from a broader perspective. If not only the juridical legitimacy was leading, but values from medical professionalism, civil society and market were accounted for,

a better and more balanced conclusion would be the result. Neglecting the values from other spheres than the government, resulted into a 'value gap' and consequently to a decline HCI's sustainability and effectiveness. HCI's action would have improved – being more effective and sustainable – when it would have been in line with values from all four spheres. This is supported by theories on hybridity (e.g. Brandsen et al, 2005) and meets what we have called the 'value gap': an isolated implementation of, in this case, a government intervention.

Healthcare Inspectorate

As a consequence of the 'value gap', we argue that the HCI should find a better balance between short term action and being effective. This is a complex challenge, in which learning from experiences from the past might be of help. The same counts for the development of standard procedures and protocol to use for future cases.

This case also raises question about the accountability of the HCI, in which the HCI seems to be in a contradistinction. On one hand the HCI is accountable to the Dutch government, while at the same time the Dutch government supervise the field by control function of the HCI. It would be of help, and improve governance of the healthcare sector, when a more distinct delineation of functions, responsibilities and accountabilities would be organized for the HCI.

Accepted quality norms

In addition, when a situation can be developed in which all spheres are recognized and will be taken into account, this still lacks a general accepted definition of norms for determining good healthcare quality. The case study showed the issue of norm testing between parties involved. It would improve the acceptance of HCI's actions when norms for quality were undisputed and acknowledge in general. This would also have a positive effect on the acceptance of them by hospital boards and physicians. Undisputed and accepted norms for quality of care should be used as guidelines for improvement in the complex healthcare system.

Dutch field of health care

We experience a growing amount of crises in Dutch Healthcare. These crises, however, are limited evaluated, nor by the actors involved nor by external parties. In order to improve the learning ability of the healthcare sector as whole, we suggest that every crisis situation is evaluated thoroughly by an external and independent party. This is despite the multiplicity of reasons that can cause a crisis.

In addition, many parties involved in Dutch healthcare seem to cling to the idea of a high extent to which social change can be effected by instruments and government policies. Due to unrealistic expectations of these measurements tension rises in the health care sector. These tensions work

out negatively and as result trust diminishes. This diminished trust at least holds true for hospitals and physicians.

Literature

- **Abbott**, A. (1998) Professionalism and the Future of Librarianship. In: *Library Trends*. Vol 46, nr. 3, pp. 430 – 443
- **Billis**, D. (2010) Hybrid organizations and the third sector: challenges for practice, theory and policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- **Brandse**, T., W. van de Donk en K. Putters (2005) Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristic of the Third Sector. In: *International Journal of Public Administration*. Vol. 28, pp. 749 – 765
- **Burns**, L.R., D.B. Nash, and D.R. Wholey (2007) The evolving role of third parties in the hospital physician relationships. In: *American Journal of Medical Quality*. Vol. 22, issue 6, pp. 402 – 409
- **Freidson**, E. (2001) *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity
- **Hood**, C. (1991) A public management for mall seasons? In: *Public Administration*. Vol. 69, issue 1, pp. 3 – 19
- **IGZ** (2008) *Onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van de meldingen van het overlijden van patiënten ten gevolge van strangulatie in een Zweedse band in het Atrium MC locatie Heerlen*. 's-Hertogenbosch: IGZ
- **Kaissi**, A. (2005) Manager-Physician relationships. An organizational theory perspective. In: *The health care manager*. Vol. 24, issue 2, pp. 165 – 176
- **Kruijthof**, K. (2005) *Doctors' orders: specialists' day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals*. Nieuwegein: Badoux (dissertation)
- **Le Grand**, J. and W. Bartlett (eds.) (1993) *Quasi-markets and social policy*. London: Palgrave Macmillan
- **NVZ** (2010) *Personele Statistiek 2010*. <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/over-de-branch/ziekenhuisstatistieken/>
- **Osborne**, D. and T. Gaebler (1992) *Reinventing Government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Reading, MA: Addison-Wesley
- **Pollitt**, C. and G. Bouckaert (2000) *Public management reform: a comparative analyses*. Oxford: Oxford University
- **Putters**, K. (2009) *Besturen met duivelselastiek*. Rotterdam: iBMG (inaugural lecture)
- **RIVM** (2010) *Zorgbalans: de prestaties van de Nederlandse zorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- **Scholten**, G.R.M. and T.E.D. van der Grinten (2002) Integratie van medisch specialisten. In: *medisch contact*. Vol. 55, nr. 16, p. 591
- **Scott**, E.P. (2006) Path dependency. In: *Quarterly Journal of Political Science*. Vol.1, issue 1, pp. 87 – 115
- **Wee**, S.C.C.M. van der (2000) *Differentiatie en adaptatie. Het draagvlak voor integratie in de organisatie onder medisch specialisten in algemene en academische ziekenhuizen in Nederland*. S.I.: s.n. (dissertation)
- **Witman**, Y. (2008) *De medicus maatgevend*. Assen: Van Gorcum (dissertation)

HOOFDSTUK 6

Does physicians' performance assessment improve good hospital governance?

Title: Does performance assessment for physicians in the Netherlands contribute to hospital governance?

Authors: R.M.A. (Ron) van der Pennen, K. (Kim) Putters and H.J.J.M. (Bart) Berden

Journal: Social Science & Medicine

(Resubmitted for publication)

Abstract

The purpose of this explorative and qualitative study is to discover whether the system generally employed for the individual performance assessment of medical specialist (called IFMS) in the Netherlands contributes to good hospital governance.

This study has two main findings. Firstly, IFMS does not contribute to hospital governance due to the highly complex context which is based on the hybridity of the system. We find that board and medical staff view other instruments as more important. Secondly, we find a tension within hospital governance between 'visible' procedures and systems on one hand and the 'invisible' circuit on the other. Both of these co-exist, but the 'invisible world' seems to be more influential in governance.

The value of this study lies in its finding that the 'invisible world' dominates hospital governance and is perceived to add more value than formal, visible system and procedures. As such, the visible system attracts undeserved attention, leading to energy being wasted on inefficient instruments.

6. Does performance assessment for physicians in the Netherlands contribute to hospital governance?

6.1 Introduction

Following the Dutch commission on health care governance, governance is “the adequate accountability and influence of stakeholders on how the healthcare organization achieves its objectives and delivers adequate quality and efficient care” (Commissie Health care governance, 1999). Eeckloo et al. (2004) add that governance is about the continuous pursuit of a ‘fit’ between the changing environmental context and the hospital organization. Further, they denote that in case of hospital governance “an effective participation of medical staff in the hospital management will become indispensable” (Eeckloo, et al, 2004).

In Western Europe as well as in the US, the debate is going on about governance in hospitals (e.g. Rundall, Davies and Hodges, 2004; Degeling et al, 2006; Martinussen and Magnussen, 2011 Koelewijn et al, 2012). This debate specifically focuses on the relationship between medical specialists and hospital boards which have final responsibility for the quality of care and are accountable for it. This has been demonstrated in recent scandals. For example, the case of neurologist Jansen-Steur in the Netherlands, who had been using unorthodox practices since 1992 prescribing non-indicated medication, making diagnoses that could not be substantiated and causing serious harm to patients (Commissie Lemstra, 2009). This case proved to be an example of more widespread malpractice on the part of medical specialists in the Netherlands, for which the hospital boards were held accountable. In addition to generalized recommendations on governance, the position of individual medical specialists in hospital governance became the subject of particular attention. Incidents and reports reinforced public concern about medical specialists who provide care in an irresponsible manner.

The Dutch government subsequently developed new initiatives in the field of hospital governance. The aim was to improve the hospital board’s ability to monitor, control and improve the performance of individual medical specialists. A system to assess the individual performance of physicians was also introduced in the wake of the incidents, known as the ‘individual functioning of medical specialist system’ (IFMS). According to the Dutch order of medical specialists (OMS), the thinking behind this system was that it would improve the quality of care in Dutch hospitals by enabling individual medical specialists to see where they need to make improvements. Because hospital boards are held accountable for the quality of care, the IFMS system was supposed to support hospital governance directly. An important remark on IFMS is its focus on performance assessment for individual physicians and not for all the different types of other stakeholders.

This leads us to our central question: Does the system of IFMS contribute to hospital governance? This question is closely related to the discussion about governance in Dutch hospitals: the relationship between the hospital board and medical specialists. Many authors have already emphasized that this relationship – also from an international perspective – is crucial to hospital management and very complex at the same time (e.g. Van der Pennen and Putters, 2013; Burns, Nash and Wholey, 2007; Kaissi, 2005; Rundall, Davies and Hodges, 2004). Given this crucial relationship for hospital governance, this study primarily focuses on both hospital board and medical specialists. The opinion of other stakeholders about IFMS, e.g. healthcare inspectorate, patients, OMS, healthcare insurance companies, comes forward on a less prominent level. This demarcation also comes forward from the aforementioned focus that the IFMS system has only on individual physicians.

To answer the central question, we studied six hospitals and conducted interviews with medical specialists about the extent to which they are aware of their responsibility with regard to IFMS and hospital governance. Consequently, this article fits with current discussions in the international field of health on hospital governance.

This study is relevant to the wider international debate on hospital governance (Rundall, Davies and Hodges, 2004; Degeling et al, 2006; Martinussen and Magnussen, 2011; Koelewijn et al, 2012). We add empirical findings to existing theory on hospital governance and lessons learned from the Netherlands that may be more universally applicable.

The Netherlands' homogenous healthcare system excludes other variables when comparing the results of IFMS between hospitals. In countries with a more heterogeneous healthcare system – such as the US – these other variables may blur outcomes. The homogeneous Dutch system also means that it is relatively easy to compare the implementation of IFMS between hospitals. Hospitals in the Netherlands all have a similar product portfolio and business model, operate on the same market, have the same system of governance and operate in the same healthcare regime. The introduction of IFMS and its effects on governance were also equal across all hospitals.

A final remark is about the accreditation processes in Dutch hospitals. These are executed on behalf of the hospital organizations and include elements of governance. This, however, does not involve the quality of individual medical practice. Characteristic for Dutch hospitals is that both systems – hospital organization and medical practice (individual and collective) – are separated from one another. This leaves a situation in which the hospital organization is accredited on governance elements, while IFMS focuses on the medical practice and does not include governance. This separation emphasises the importance of both board and medical specialists with regard to hospital governance.

Because of the importance of the relationship between medical specialists and the hospital board to hospital governance in Dutch hospitals, and its significance in this study, we will outline this relationship and its place within the context of Dutch healthcare in the next section. In section 3, the IFMS system is explained in greater detail and placed in the context of international experiences of individual performance assessment. Our methods are described in section 4, while sections 5 and 6 contain our results and conclusions, and we conclude with a discussion section.

6.2 **The Dutch hospital system**

6.2.1 **Overview of parties involved in hospital governance**

Dutch hospitals are considered to be extraordinarily complicated organizations. There are different ways to describe and analyse this complexity. We present two different ways. First, Brandsen et al. (2005) make use of the concept of hybridity. They argue that hybrid organizations incorporate different and opposing values, logics and coordination mechanisms. With regard to hospitals, Putters (2009) mentioned four different rationalities or domains that together constellate Dutch hospitals: government and politics, the market, civil society and the medical profession. Second, Glouberman & Mintzberg (2001a, 2001b) consider the hospital to be a constellation out of four "worlds": community, control, cure and care. Each of them has its own set of activities, its own way of organizing and its own unreconciled mind set. "The hospital ends up being not one organization but four, as each part structures itself in an independent way" (Glouberman & Mintzberg, 2001a).

Knowing the complexity of Dutch hospitals, an overview is given in figure 1 to present relevant parties for hospital governance in the Netherlands and to define their involvement with the IFMS system. This overview will explicitly focus on the crucial relationship between the hospital board and medical specialists with regard to governance and the meaning of IFMS within this context.

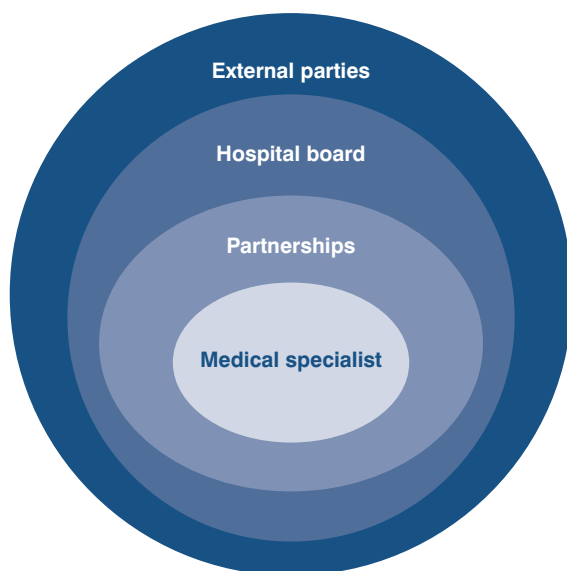


Figure 1: Overview of levels of hospital governance

External parties

The government is responsible to monitor the healthcare sector's policy goals: 1) to provide high-quality healthcare services; 2) to ensure that healthcare services are provided efficiently; and 3) to ensure that healthcare services are accessible to those that need them. The influence of government on governance is ubiquitous. The government has a range of instruments to push local organizations to monitor the quality, accessibility and affordability of healthcare. The most common instruments are new legislation, audits, data collection (for example on infection prevention) and scrutiny of annual financial results.

The Dutch Healthcare Inspectorate (HCI) – a body closely affiliated to the Ministry of Health – has a major role in investigating cases of malpractice on the part of physicians when this is found to have occurred. “The Healthcare Inspectorate promotes public health by effectively enforcing the quality of health services, prevention measures and medical products” (www.igz.nl). As will be described later, since 2009 has a formal role in the hospital's implementation of the IFMS-system.

Dutch healthcare insurance companies play a vital role in the funding of Dutch hospitals. Both parties conduct annual negotiations on volume and prices for the hospital's total expected production in order to set an annual budget. Increasingly these negotiations also concern quality of care. The latter is relevant with regard to IFMS as will be explained later.

A fourth party involved are the patients or civil society. The involvement of civil society in the decision-making processes and accountability of hospitals is a formal one. As enshrined in national legislation, every hospital has a patient's representative body. The media plays an important – if less formal – role with regard to hospital organization. The involvement of civil society in recent incidents with regard to quality of care has been very high. Furthermore, with regard to performance assessment (IFMS), the civil society domain has shown that transparency and openness in the practices of individual physicians is still far from the norm. With regard to IFMS a fifth party needs to be mentioned: the Dutch order of medical specialists (OMS). This representative body started IFMS as will be further described in paragraph 3.

Hospital board

Hospital boards hold overall responsibility. Although individual physicians are responsible for the quality of the care they provide, final responsibility resides with the hospital board. This set-up is based on national legislation. Given recent developments in the hospital sector, such as technological innovations and liberalization, the Council for Public Health and Health Care (RVZ) (2010) states that the way in which hospital boards act in relation to their final responsibility for the quality of care is crucial. This is particularly true because they are increasingly being held accountable by supervisory boards, the Dutch Healthcare Inspectorate (HCI), parliament, the media, politics and civil society.

Partnerships

The medical profession has exclusive authority over the domain of health and this authority is exercised by the professional group itself. Cooperation among medical professionals is, in its ideal form, seen as collegiality and based on shared values and interests. Ideally, 'doing good' is considered a higher value than economic advantages of practice, and quality is valued more highly than economic efficiency. In Dutch hospitals doctors from the same medical profession group (e.g. orthopaedics) work together to form partnerships and form a separated level in governance. These partnerships are visited and inspected by their peers who are united at the national level. Peer-support and medical professional feedback are typical elements of this system that is limited to these partnerships and does not include the hospital organization.

Medical specialist

Medical specialists are primarily responsible for the quality of care. Their professional autonomy is an important basis on which they can exercise their judgment and act on it. This autonomous position is limited, however. Medical specialists are also obliged to work in accordance with patients' interests and current professional norms, guidelines and regulations. They are held accountable for their approach and results. This accountability is twofold: a) the quality and safety of their practice must be clearly reported in patient files; and b) medical specialists are

accountable to the hospital board for their practice. Although medical specialist are primarily responsible for the quality of care, the hospital board holds overall responsibility.

6.2.2 Relationship between the hospital board and medical specialists

Medical specialists hold a very strong position in Dutch hospitals, mainly because of their contribution to healthcare processes. This makes them an important factor in hospital organizations. In the Netherlands, certain elements increase this influence. Unlike in other countries, most physicians in the Netherlands work in only one hospital (less than 10% are affiliated to more than one hospital) and it is uncommon for physicians to switch hospitals during their career. This 'lifelong' relationship means that physicians are highly implicated and involved in their hospital's short-term and long-term choices and activities, and are closely involved with hospital's (management) activities. This produces a situation in which the hospital board and physicians are required to cooperate closely. This relationship therefore can be termed as 'co-makemanship' and is a key element in hospital governance.

The medical professional is also well-organized in hospitals and the physicians' representative body works closely with the hospital board on a daily basis. Daily practice also involves a high level of concordance between all physicians, meaning that physicians tend to have similar values and speak with one voice.

Although the formal position of the medical board is as an advisory board, in practice it has a more significant position in daily and strategic decision-making. Both parties are mutually dependent. This is evident in how the boards help to realize the physicians' goals, just as medical specialists help to realize the hospital's goals. However, their values are not automatically aligned, which can create issues with regard to governance. The importance of the relationship between board and physicians means that it is the central theme of this study.

With regard to IFMS this relationship is also crucial. One of the hospital's main characteristic elements is the separation between medical practice system (on an individual as well as on a collective level, e.g. partnerships) and the organization (represented by the hospital board). This leaves a situation in which IFMS only involves the medical practice. IFMS has no formal procedure or system to inform the hospital board about fining (either individual or collective). IFMS, thus is a closed system limited to the medical practice and without any formal ways of accountability towards the hospital organization.

6.3 Performance assessment for individual physicians

6.3.1 A description

The 'individual functioning of medical specialist system' (IFMS) was introduced in order to ensure that physicians continuously develop their medical professionalism and to give each individual an insight into his or her skills, competences and knowledge. The system has three goals: 1) to promote continuous professional learning, 2) to provide an insight into individual skills, competences and knowledge (and any gaps) and 3) to detect possible malpractice among medical specialists early. With regard to the latter, however, the Dutch Order of Medical Specialists (OMS) states explicitly that this is not the primary goal of the system (2008).

The IFMS system was developed in 2008 after 1) a period of literature research on methods and instruments that are used internationally and 2) a test period in 8 pilot hospitals involving three methods (which formed the empirical basis for IFMS). The OMS then advised the hospital sector to implement the system in each individual hospital, knowing that this would require significant effort on the part of medical staff (OMS, 2008). The OMS stated explicitly that medical staff should take the lead, underlining that the IFMS is a system rooted in the medical professional domain itself.

Parallel to its recommendation of implementing IFMS in all local situations, the OMS also outlined the potential pitfalls involved in implementation. The advice concerning potential hazards was based on the pilot schemes as well as on studies of the international literature. In order to avoid these pitfalls, the OMS argued that effectiveness could only be achieved if the IFMS system was continued for many years. The long-term element was considered crucial to the success of IFMS. The OMS (2008) argued that on the basis of the pilot schemes it would take 8 years to overcome cultural barriers. Secondly, the OMS argued medical specialists should participate on a voluntary basis. Success could only be achieved with motivated medical specialists, it argued; otherwise the system would not be effective. Thirdly, the OMS (2008) argued that IFMS was an iterative process: the planned changes should be reviewed after one year to ensure continuous learning. Accordingly, medical specialists themselves would be responsible for implementing the actions formulated.

Furthermore, the OMS (2008) made the following recommendations for the successful implementation of IFMS:

- responsibility for the IFMS system should reside with the medical staff;
- the individual responsible for IFMS should consult the hospital board periodically;
- IFMS data should remain at all times the property of the individual medical specialist;
- the medical staff should have its own IFMS secretariat;
- the implementation should imply additional costs; the medical staff should bare these.

In 2009, the Dutch Healthcare Inspectorate (HCI) announced that IFMS was to become one of its critical performance indicators used to monitor the quality level of hospitals. The consequences of this were twofold. Firstly, the participation of medical specialists became mandatory. Secondly, at the time when the HCI made IFMS into a performance indicator, it made the hospital board formally responsible for the participation of all medical specialists in the IFMS system. This is because the hospital board is the HCI's sparring partner. Despite the original intentions, the HCI's intervention meant that hospital boards were suddenly handed formal responsibility for IFMS.

6.3.2 International studies

The Dutch IFMS system has parallels with international systems in the US, the UK and Canada (Irvine, 2006; Ramsey et al, 1993). In short, we give an overview of international perspectives on changing doctors' practices through individual assessment.

Experiences with this type of instrument in the aforementioned countries are still highly disputed. In her overall analyses of international systems for doctor performance assessment, Overeem explicitly states that "the long-term impact and effectiveness of formative performance assessments on education and quality of care remains hardly known" (Overeem, 2011). In short, on an international basis the effectiveness of performance assessments in assuring changing a doctor's practice remains highly debated. Although there is a consensus that there may be a connection, a direct relationship has not been proven when it comes to individual performance assessment and an improved medical practice.

The assumption behind IFMS is that it is an appropriate means of changing a physician's medical performance, resulting into quality improvement. This assumption is based on a what Epstein argues: "Ideally, the assessment of competence...should provide insight into actual performance (what he or she does habitually when not observed), as well as the capacity to adapt to change, find and generate new knowledge, and improve overall performance" (Epstein, 2007). On this basis, it would appear to be true that individual performance assessment can provide an effective measure to change individual medical practice. Interestingly, many instruments have been developed to influence the actions taken by physicians to improve their medical practice. With regard to performance assessment in Canada, Overeem (2011) states that medical professionals did implement changes after receiving feedback, but only minor changes in performance occurred.

After a thorough international study on performance assessment, Overeem (2011) concludes that the effectiveness of formative assessments has not been studied adequately and that its long term effects are not known. Other studies have found that performance assessment may lead to improvements in doctor's practice. However, this conclusion was reached with some

degree of caution due to a lack of conclusive evidence (e.g. Ramsey et al, 1993; Landon et al, 2003; Miller and Archer, 2010). Miller and Archer note that “multisource feedback can lead to performance improvement, although individual factors, the context of the feedback, and the presence of facilitation have a profound effect on the response” (Miller and Archer, 2010). Landon concludes that even with the technological possibilities and the infrastructure to support performance assessment among individual physicians, it “appears to be unfeasible... [because it lacks] a sufficiently comprehensive set of measures that would be representative of the work done.” (Landon et al, 2003)

Finally, also context factors are important with regard other performance assessment. Kennedy et al. (2004) and Frankford et al. (2000) denote the importance of contributing factors in a hospital context to improving medical practice based on performance assessment. Explicit context factors are colleagues and the professional culture for continuous improvement.

To conclude, the scientific literature shows that the evidence for improving doctors' practices based on individual performance assessment is still sparse because this practice is in its infancy and evidence remains equivocal.

6.4 **Methods**

The method section of this study is structured into six stages. The 1st stage consists of a literature review on the theoretical analysis of the complexity of the hospital organization and its context, followed by a theoretical analysis of hospital governance and performance assessment. With regard to hospital governance, the analysis is based on international studies but was restricted to the typical Dutch situation in its application for this study. The analysis on performance assessment was based on broad international literature. We refer to this empirical data from other studies as secondary sources.

The 2nd stage is an analysis of public documents. In this study national reports were studied on IFMS from the OMS and the HCI. Further, from the hospitals involved, we studied their local figures about the implementation phase of IFMS. These figures consist out of 1) the hospitals local regulations on IFMS, such as guidelines for excluding medical specialists from IFMS (for instance because of upcoming retirement), the frequency a doctor should perform an IFMS assessment and 2) the number and percentages of medical specialists participating in IFMS. This analysis gave insight in local differences with regard to IFMS amongst participating hospitals, as well as a comparison between local policy and execution of IFMS with planned national goals by OMS.

In stage 3 the central research question was explained and illustrated. The result out of this stage was the explicit combination between IFMS and governance, and the complexity of it in the Dutch situation which is denoted as the separation of the medical practices and the hospital organization. Following the central question and central research theme, criteria were selected for this case study in stage 4. IFMS was selected because it was a new policy in the Netherlands, not performed in any other way before in a hospital setting. Further, IFMS was selected because its double function: 1) it would change individual medical practice and 2) it would have impact on hospital governance. The third criteria was that IFMS fits with current importance attached to continuous improvement of medical practice based on the influence of external hospitals parties, e.g. patient representative parties, healthcare insurance companies, etc.

Next, the research plan was set up. This plan consists of two main parts: a) a questionnaire to be filled out by the medical board of each hospital (or the medical board's policy advisor) followed by b) the interviews based on semi-structured questionnaire. The first consists out of five elements: 1) the number of medical specialists working in the hospital and the number of participating medical specialists in IFMS (in recent years); 2) In what year was IFMS started in the hospital by the medical board; 3) If, when did the hospital board get involved and why; 4) Were other internal parties involved in IFMS, for what reason and in which year; 5) Were other external parties involved in IFMS, for what reason and in which year. On each aforementioned element a short text was provided by the hospitals involved. Based on the results of this questionnaire interviews were held in 6 hospitals. 7 hospitals were asked to participate. One denied participation because it had other priorities. 15 interviews were held: 7 medical specialists concerned with IFMS, 3 members of hospital boards, 3 hospital board policy advisors concerned with IFMS on behalf of the board and 2 medical board policy advisors. The interviews mainly focused on the elements 2, 3, 4, 5 and 6 of the primary questionnaire and yielded further information about the way IFMS worked out in terms of governance in each hospital. Further, interviewees were asked whether or not IFMS contributed to improving individual medical practice. Our aim with the interviews was primarily to obtain more information and understanding about variation and experiences. This approach was also required to get insight in other contextual factors of influence. The written reports for all 15 interviews were analysed separately by two analysts. These written reports are qualitative good reports of the interviews. However, in retrospective, it would have been better to have used verbatim transcripts.

The data collection took place within 10 months, from December 2010 until September 2013. The questionnaires were sent and received within 2 months and the interviews and feedback moments took place in the following 8 months.

Following the questionnaires and interviews, the reports were sent back to each interviewee for feedback in stage 6. None of the interviewees provide further information or wanted changes in the reports.

A final remark about the time gap. A seven-year time gap, after IFMS implementation started, made a proper evaluation possible because since then, the IFMS should be implemented in all hospitals knowing the iterative process needed for implementation and the necessary cultural changes to overcome.

6.5 Results

The results shown in part 1 of this section are based on empirical data from other studies (secondary sources). These are added to the empirical data from this study in the second, third and fourth parts of this section.

6.5.1 Is IFMS appropriate?

Based on empirical data of other studies (secondary data) as presented in paragraph three, IFMS meets the requirements of a performance assessment. A complicating factor, however, is the question of whether contemporary medical practice can be analysed using a model like IFMS. According to Landon et al. (2003), physicians' work is too complex and dynamic to be able to measure it accurately.

Secondly, the success of IFMS with regard to improving medical practice is disputed and equivocal. Based on secondary data, this relates particularly to the relatively short period that IFMS has actually been in place in all hospitals in the Netherlands. This is in one with the international notion that performance assessment is in its infancy. And if improvements have occurred, it is also questionable whether, and to what extent, IFMS has contributed to them. If we accept that the contribution of IFMS to change of medical practice is equivocal, its contribution to hospital governance will be too. The latter is based on the notion that external parties demand improvement of individual medical practice. And if IFMS's contribution on this point is equivocal, the IFMS system neither contributes in making a 'fit' from the hospital towards demands of external parties. And especially this 'fit' is crucial in hospital governance (e.g. Eeckloo et al., 2004).

6.5.2 Implementation: upscaling

Since the introduction of IFMS in 2008, it is interesting that in all the hospitals studied a process of upscaling occurred through the years: from a) (the number of) medical specialists, to b) medical boards, to c) hospital boards and to d) external parties. This is interesting. When IFMS is conceived to aim on getting control over medical specialists – following that IFMS shows insights in individual performance – it figures that number of actors interested in this information increase through the years. However, the information available was solely the number (or percentage) of participating medicals specialists. The process of upscaling (the expansion of IFMS) can be divided into four parts – based on the empirical data following the elements 2, 3, 4, 5 and 6 of the questionnaire and interviews.

a) Individual medical specialist

All respondents mentioned that the IFMS system was implemented locally on behalf of the medical staff. All respondents agreed with the aim of the system: to improve the individual knowledge and skills of medical specialists. However, on the question of whether IFMS is an appropriate system for this goal, there was disagreement among all interviewees. This specifically holds true for medical specialists. Three denoted IFMS would contribute, supported by an existing culture of continuous improvement. The other four doctors focused on the element that IFMS would generate a new control-instrument for other parties than the medical staff, which according to them was the main reason IFMS was not appropriate. Board members and policy advisors had a more neutral point of view and argued that context factors are dominant in the appropriateness of IFMS, e.g. the culture amongst medical staff to aim for continuous improvement.

In all the hospitals, IFMS began when medical staff decided to implement the system. This took two years after the national introduction. In the first year, medical specialists participated on a voluntary basis, meaning that only motivated medical specialists participated. Those who did not believe in the advantages of IFMS did not participate. In all the hospitals, only a small number of medical specialists participated in the first year.

b) Individual medical specialist & medical board

The period 2008 – 2010 was used for further research on IFMS in individual hospitals – for instance to determine the best method to use. In all hospitals, a special committee of medical specialists oversaw IFMS during this period and in 2010 the medical board became formally involved. This was mainly due to the intervention of the HCI and the board's consequent need for information.

By 2010, five out of six hospitals were participating²⁵ in the IFMS system, because this was mandatory for their medical board. All respondents stated that the HCI's intervention accelerated this process, as well as the mandatory participation of a majority of medical staff. The latter also resulted in special programmes to increase participation levels, directed by the medical board. In 2010, participation levels ranged between 0% and 22%²⁶.

Most interesting in this is, that in none of the hospitals there was any debate on the requirement to implement IFMS. Overall, there was no real interest in this subject among medical staff, so they simply awaited the consequences. In this period, the hospital boards nor their policy advisors

²⁵ Participation is not used in this context as a binary interpretation: all or nothing. Participation in this context means that at least several medical specialists participated.

²⁶ The comparison of the participation percentages between hospitals needs a remark. Conclusions can only be drawn cautiously. It appears that all hospitals used their own methods to determine participation levels (%).

were not involved and as mentioned by them, did not feel the urge to be involved. As a board member said: "IFMS does not have added value. It is up to the individual medical specialist himself."

c) Individual medical specialist, medical board & hospital board

Both board members and medical specialists argued that the formal decision to participate in IFMS was made by medical staff, although this was informally discussed with the hospital board in advance. In this informal debate, both actors agreed that the board would not play an active role in IFMS.

When the HCI decided to incorporate IFMS as a performance indicator, this – for the first time – had implications for hospital governance: the HCI's intervention brought together both separated systems of medical practice and hospital organization. Whereas previously the medical staff were dominant in IFMS and organized, monitored and controlled the system, this situation changed. Due to the intervention by the HCI, which is about the hospital organization and thus the hospital board, the latter had to 'take the lead' on IFMS. However, at the same time they did not want to assume ownership and responsibility from the medical staff. This situation applies at least to the formal structures and procedures with regard to the HCI. Informally, it seems that the medical board retained the leading role as stated by all respondents. They all argued that IFMS is truly a system for the medical profession and not for the hospital board.

From a governance perspective, it was highly remarkable that in all hospitals, the boards maintained a distance from IFMS. This was mentioned in all interviews and based upon the notion IFMS is solely a medical professional system. All hospital boards allowed the medical board to stay in the driver's seat, as one board member stated it literally. Hospital boards were interested in the participation percentages among medical specialists to hold a connection with IFMS and because the HCI would ask for these during their annual inspection. The only connection between both separated systems was about the percentage of participating staff members. No information about collective or individual changing medical practice was shared.

The hospital board keeps a distance when it comes to IFMS, because the medical staff – knowing the condition that the hospital board would maintain this distance – accepted IFMS. In addition, relations between the hospital board and medical board are good in this area. Information about medical practices, such as suspected malpractice among medical specialists, inappropriate behaviour, near-miss incidents – referred to as 'soft signs' – are exchanged informally. Hospital board members referred to this and argued that the information they need for governance can mainly be derived from other sources than IFMS, such as informal communications.

d) Individual medical specialist, medical board & external supervisory parties

After their announcement in 2009, the HCI actually began monitoring hospitals' performance on IFMS in 2013. Participation levels in five hospitals showed an increase, with participation levels between 50% and 75%²⁷ in 2013. The level did not increase and stayed low in only one hospital (28%²⁸). External pressure thus seems to have been effective in raising participation levels. We cannot be sure whether this also improved medical practices. As mentioned before, this perceived effect is highly disputed amongst interviewed medical specialists. Commonly heard argument was that other context factors are more dominant in changing individual medical practice.

From 2013 onwards, other external parties wanted to have access to the results of IFMS. In fact, Dutch healthcare insurance company inserted this in their purchasing requirements: in addition to access to participation percentages. Hospitals did not meet the request for individual reports. However, medical specialists argued to expect an increase in such demands from health insurance companies. Board members share this point of view.

6.5.3 IFMS and governance

Following element 3 of the questionnaire and further illustrations from the interviews, the following results were found with regard to IFMS and the crucial relationship between hospital boards and medical specialists for governance.

Based on the participation levels and information from the respondents, in five out of six hospitals, increasing participation in the IFMS system among medial staff was seen. Every year, participation rates increased, knowing the hospital board was not actively involved.

In only one hospital was the participation level different from the others. In this solely case we found scepticism regarding the added value of IFMS and other issues were perceived as more important amongst interview medical specialist and board member. Interestingly, the hospital board did not respond to this situation (which they knew about). It was only after the HCI threatened the hospital board with disciplinary measurements that the hospital board and medical board prioritized IFMS.

At all the hospitals studied, medical staff took the lead in implementing IFMS. It is interesting to note that in these cases, the hospital board actively allowed medical staff to own and manage IFMS. The only interference from the hospital boards was when they were asked to play a facilitating role, mainly by contributing financially to ICT management or a temporary project manager. Accordingly, in all the hospitals the board only assumed a formal role with regard to

²⁷ ibid

²⁸ ibid

IFMS in the hospitals' dealings with the HCI. This is interesting given that IFMS is the responsibility of the hospital board from a legal point of view.

Derived from the empirical data followed clearly that the contribution of IFMS for hospital governance was disputed. Three main elements emerged addressed address in turn.

11 out of 15 respondents stated that participation is closely related to the intrinsic motivation of the individual medical specialist. They also argue that only those doctors who are motivated to learn and improve will actually do so. The majority will not respond properly and will not improve. When IFMS depends to a large extent on the individual motivation of medical specialists, a link with formal levels of governance is hardly possible.

The factor of culture was referred to as a relevant and contributing factor with regard to IFMS in all hospitals. However, at one hospital this was not being taken for granted; this hospital (board member and medical specialist) argued that the trend towards monitoring medical specialists only had just begun. Consequently IFMS was seen as a starting point in this process and the view was expressed that medical specialists should get used to this change.

The importance of the hospital board's relationship with medical staff and of soft signs for governance were mentioned explicitly by all board members and boards' policy advisors. Information critical to the individual medical practice is gained through existing information and communication lines and procedures. This does not mean that hospital boards are aware of everything, of course, but they seem to be aware of the most significant risks. Aforementioned respondents, as well as medical specialists emphasized that soft signs are crucial in identifying potential risks. These are usually gained through informal discussions (in the elevator, in hospital corridors, etc.) and take place at various organizational levels (board of the medical staff, managing physicians, individual physicians, etc.). The issues raised are – in general – issues that are difficult to discuss in formal settings. Accordingly, IFMS has limited added value because the information necessary for governance is already exchanged via other informal channels.

6.6 Discussion

IFMS lacks proper fit with governance demands

IFMS as a system is carried out at the individual level and is limited to the system of medical practice. Consequently, there is no opportunity to meet the requirements of governance (percentages of participating medical specialists are not sufficient). IFMS cannot bridge both separated systems of hospital organization and medical practice. Furthermore, this study has

shown that IFMS only refers to individual medical specialists. It lacks the necessary coordination with the partnerships that are active within hospitals. These partnerships are not involved in any way, we found, and neither are they addressed by IFMS.

Differing perspectives on IFMS

The contribution of IFMS towards improvement of medical practice depends largely on the culture amongst the partnership or the medical staff. This also influences medical specialists' perspective on IFMS. The common viewpoint amongst medical specialists was that IFMS is about 'being controlled', only in two hospitals IFMS was seen as an instrument of improving medical practices. Alongside this medical professional standpoint, the HCI had a different expectation of IFMS: by formalizing IFMS the HCI argued medical practice would improve. Common viewpoint of board members was that IFMS had no added value for them. These differing perspectives give rise to problems with regard to governance. How can a proper fit between 1) separated systems within the hospital and 2) between hospital and its context be organized, when the perspective on the instrument of parties involved differs?

Formal and informal governance

This case suggests a tension between formal procedures and systems and informal ways of sharing information about medical specialists and (the risks of) their practice.

Formal and informal methods of governance co-exist, both with their merits. Information exchanged through informal channels remains invisible for some parties. Consequently, the board is unaware of this information and unable to respond to it, despite its relevance. With regard to governance it is, therefore, impossible to bring everything into formal channels, and the high value of informal networks is undeniable.

We conclude that the informal circuits play a dominant role in hospital governance involving the hospital board and the medical staff. However, when it comes to accountability (internal and external) visible, formal procedures and governance systems have a more prominent position in the relationship between board and medical staff.

Involvement of external parties

External parties can only see formal systems of governance, although informal channels make an important contribution to internal hospital governance. This is reinforced when hospital boards embrace these informal channels to collect information in order to meet their responsibilities. These informal channels are valued more highly than the IFMS system.

This study has shown that neither the board nor the medical staff perceive any added value in the results of IFMS for governance, at least not without proper context factors. However, external parties such as the government and HCI, are convinced that IFMS must work because they perceive added value regarding the changing of medical practice. This leads to a situation in which both the board and medical staff comply with the formal system due to the HCI's instructions. The HCI's involvement thus creates a situation in which an external party is felt to be 'directing' the hospital. The result is tension between the formal and informal worlds, while the position of the board can be described as intermediary.

The conclusions might not be really novel. However, it is important to recall the above mentioned knowledge to both theorists and practitioners involved in improving the hospital governance. Despite the knowledge about the power and autonomy of the medical profession and the significance of informal structures, governments do devote substantial resources to implementation of systems doomed to failure.

What can be learned?

What can be learned from this study is that initially IFMS aims in contributing to a proper fit between the changing environmental context and the hospital organization. External parties demand transparency and control via formal, transparent systems and IFMS might be helpful. However, IFMS lacks in this aspect of governance, because the system is limited to the medical practices. It lacks proper alignment with formal procedures of accountability internal (towards the hospital board) as well as external (towards HCI, patients, etc.). On the other hand, the fact that medical staffs have adopted IFMS can be a sign towards external parties that the medical profession is taken its responsibility. However, since the HCI made the adoption of IFMS mandatory, the question arises of whether this has improved governance. If board and medical staff members have acted primarily due to the HCI's pressure, and are unconvinced about the possible effects of the IFMS system, no improvement in governance has in fact been made. Hospitals have simply acted to comply with their obligations and the new system does not fit in with their governance structures. This is an undesirable situation which could be denoted as a perverse incentive in hospital governance. IFMS would actually be a proper system for governance when it would bridge the gaps between 1) the medical practise and the hospital system and 2) the hospital and its external parties involved. A first step should be that all parties involved share their viewpoint on the use and added value of IFMS.

Another element why IFMS is problematic with regard to governance has to do with the aforementioned element of informal and formal aspects of decision making and accountability as parts of hospital governance. Although hospital boards and medical staff agree that informal systems have an important and effective position – e.g. on behalf of medical practice – the question raises how to monitor the information and how to measure its impact, especially with

regard to external accountability? The ability of hospital boards and medical staff to organize their own governance based upon their own shared beliefs should not be underestimated. Hospital governance ought to be a process of continuous development and cooperation between the board and medical staff, via both formal and informal systems and instruments. It should not be determined by external parties. And following the notion that both hospital board and medical staff share a point of view that informal systems are effective and efficient, we would argue – contrary to mainstream opinions about transparency and increased formal procedures – that when this invisible circuit proves effective, external parties such as government, patient representatives and insurance companies should be more open to this as a specific form of 'governance'.

We are aware of the limits of this study. The study is based on international literature but empirically are based only on the Dutch hospital sector. However, despite these limits, we believe that this study is useful outside the Netherlands. The Netherlands is a small country with a homogeneous hospital sector. All hospitals face an equal playing field in terms of hospital finance and national legislation, they all deal with the same health insurance companies and the same type of patients to treat, which produces the same supply and demand structure across the whole sector. This case thus provides an interesting example of how a new policy may lack proper alignment with existing governance structures.

References

- **Brandsen, T.**, W. van de Donk en K. Putters (2005) Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristic of the Third Sector. In: International Journal of Public Administration. Vol. 28, pp. 749 – 765
- **Burns, L.R.**, D.B. Nash, and D.R. Wholey (2007) The evolving role of third parties in the hospital physician relationships. In: American journal of Medical Quality. Vol. 22, issue 6, pp. 402 – 409
- **Commissie Health care governance** (commissie Meurs) (1999) Health care governance: aanbeveling voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg. Soesterberg: C3 Hospital Consultancy
- **Commissie Lemstra** (2009) En waar was de patiënt...?: Rapport over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving
- **Degeling, P.**, K. Zhang, B. Coyle, L. Xu, Q. Meng, J. Qu and M. Hill (2006) Clinicians and the governance in hospitals: across-cultural perspective on relations between professionals and management. In: Social Science & Medicine. Vol.63, issue 3, pp. 757 – 775
- **Eeckloo, K.**, G. van Herck, C. van Hulle and A. Vleugels (2004) From Corporate Governance To Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. In: Health policy. Vol. 68, issue 1, pp. 1 – 15
- **Epstein, R.M.** (2007) Medical education: Assessment in medical education. In: New England Journal of medicine. Vol, 356, issue 4, pp. 387 – 396
- **Frankford, D.M.**, M.A. Patterson and T.R. Konrad (2000) Transforming practice organisations to foster lifelong learning and commitment to medical professionalism. In: Academic medicine. Vol. 75, issue 7, pp. 708 –717
- **Glouberman, S** and H. Mintzberg (2001a) Managing the care of health and the cure of disease -- Part 1: Differentiation. In Health care management review. Vol 26, issue 1, pp. 56 – 69
- **Glouberman, S** and H. Mintzberg (2001b) Managing the care of health and the cure of disease -- Part 2: Integration. In Health care management review. Vol 26, issue 1, pp. 70 – 84
- **Irvine, D.** (2006) A short history of the General Medical Council. In: medical education. Vol. 40, issue 3, pp. 202 – 211
- **Kaissi, A.** (2005) Manager-Physician relationships. An organizational theory perspective. In: The health care manager. Vol. 24, issue 2, pp. 165 – 176
- **Kennedy T.**, G. Regehr, J. Rosenfield, S.W. Roberts and L. Lingard (2004) Exploring the gap between knowledge and behaviour: a qualitative study of clinician action following an educational intervention. In: Academic medicine. Vol. 79, issue 5, pp. 386 – 393
- **Koelewijn, W.T.**, M.L. Ehrenhard, A.J. Groen en W. van Harten (2012) Intra-organizational dynamics as drivers of entrepreneurship among physicians and managers in hospitals in western countries. In: Social Science & Medicine. Vol. 75, issue 5, pp. 795 – 800
- **Landon, B.E.**, T. S.L. Normand, D. Blumenthal and J. Daley (2003) Physician clinical performance assessment: prospects and barriers. In: JAMA. Vol. 290, issue 9, pp. 1183 – 1189
- **Martinussen, P.E.** and J. Magnussen (2011) resisting market-inspired reform in healthcare: the role of professional subcultures in medicine. In: Social Science & Medicine. Vol. 73, issue 2, pp. 193 – 200
- **Miller, A.** and J. Archer (2010) Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review. In: BMJ. British Medical Journal. BMJ 2010;341:c5064

- **OMS** (2008) *Individueel Functioneren van Medisch Specialisten: Persoonlijk beter*. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten
- **Overeem**, K. (2011) *Doctor performance assessment: development and impact of a new system*. [S.l.]: [s.n.] (dissertation) <http://repository.uhn.ru.nl/bitstream/handle/2066/91330/91330.pdf?sequence=1>
- **Pennen**, van der. R.M.A. and K. Putters (2013) Als de inspectie de operatiekamers sluit: een voorbeeld uit de praktijk. In: *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde*. Vol. 157, nr.35, pp. 1686 - 1689
- **Putters**, K. (2009) *Besturen met duivelselastiek*. Rotterdam: iBMG (inaugural lecture)
- **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg** (RVZ) (2010) *De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg*. Briefadvies. Den Haag: RVZ
- **Ramsey**, P.G., M.D. Wenrich, J.D. Carline, T.S. Inui, E.B. Larson and J.P. LoGerfo (1993) Use of peer ratings to evaluate physician performance. In: *JAMA*, Vol. 269, issue 13, pp. 1655 – 1660
- **Rundall**, T.G., H.T.O. Davies and C-L. Hodges (2004) Doctor-manager relationships in the United States and the United Kingdom. In: *Journal of healthcare management*. Vol. 49, issue 4, pp. 251 – 268

DEEL 3

Conclusies en discussie

HOOFDSTUK 7

Bevindingen en conclusies

7. Bevindingen en conclusies

7.1 Inleiding

7.1.1 Aanleiding

Binnen de Nederlandse ziekenhuissector is al enige tijd een debat gaande over de governance van ziekenhuizen. Dit debat gaat over recente incidenten, met uiteenlopende aanleidingen, die veelal betrekking hadden op ofwel ondermaatse kwaliteit van zorg ofwel financiële problemen in de bedrijfsvoering van de desbetreffende instelling. Vanuit deze aandacht voor governance bestaat er wetenschappelijk en maatschappelijk behoefte aan analyses en inzichten in de besluitvorming die plaats vindt binnen het ziekenhuis. Daarbij wordt in het bijzonder aandacht gevestigd op de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Na een analyse ervan, is deze relatie in het eerste hoofdstuk getypeerd als complex.

Het beter begrijpen van deze relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten is van belang voor de vraagstukken waar het ziekenhuis nu en in de toekomst mee te maken krijgt, waaronder ook het bestaansrecht van het ziekenhuis. Als aanvulling op bestaand onderzoek over besturing en besluitvorming tussen beiden (o.m. Meurs & Van der Grinten, 2005; Noordegraaf, 2008; Lange, Beijer & Abeln, 2013) wordt met dit onderzoek beoogd dichterbij de mechanismen te komen die achter besluitvorming schuil gaan. Om die reden heeft dit onderzoek zich op de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten toegespitst. Andere partijen komen alleen aan bod indien de specifieke casuïstiek hierom vraagt ('significant others', zie paragraaf 1.8). Overige in- en externe partijen vormen geen specifiek onderdeel van de studie.

Het onderzoek naar besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten wordt beschouwd vanuit de meervoudige context waarin het ziekenhuis opereert. Het concept 'hybriditeit' is hierbij behulpzaam. Het maakt de diverse waardeoriëntaties inzichtelijk die te duiden zijn als context waarin besluitvorming plaats vindt.

Van belang is de duiding van medisch specialisten in dit onderzoek. Het onderzoek richt zich nadrukkelijk op het collectief van medisch specialisten en niet op het individu. In de diverse cases komt het collectief in verschillende vormen naar voren. Het collectief van medisch specialisten wordt in dit onderzoek dan ook niet vanzelfsprekend gelijk gesteld aan een formeel collectief, zoals de Vereniging van Medisch Specialisten (VMS) of het collectief van de maatschap of – sinds 2015 – het collectief van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Binnen dit onderzoek geldt dan ook dat medisch specialisten het collectief of de groep van medisch specialisten betreffen in een ziekenhuis, zonder dat dit per se parallel loopt met een formeel collectief. Dit betekent ook dat medisch specialisten in dit onderzoek een collectief betreffen waarvan de samenstelling wisselt onder meer al naar gelang het voorliggende vraagstuk.

7.1.2 Het onderzoek

Vraagstelling

De aanleiding voor dit onderzoek resulteert in een onderzoeksvraag gericht op waarden die een rol spelen in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. De reden om specifiek naar waarden te kijken in besluitvorming komt voort uit de existentiële vraagstukken waarover besluitvorming plaats moet vinden. Bij deze vraagstukken spelen waarden een dominante rol en komen de waardeoriëntaties van respectievelijk raad van bestuur en medisch specialisten naar voor.

Vanuit deze aanleiding volgt als doelstelling van het onderzoek: het analyseren en inzichtelijk maken van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Daaruit is de volgende centrale vraag geformuleerd:

Op welke wijze gaan raad van bestuur en medisch specialisten om met waardenconfiguraties in besluitvorming?

Om tot beantwoording van de centrale vraag te komen, dienen de volgende deelvragen beantwoord te worden (zie paragraaf 1.4):

- a) Hoe verloopt het proces van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten?
- b) Welke waarden spelen er in de besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten?
- c) In hoeverre en op welke wijze is er sprake van legitimiteit van besluitvorming?

Case-selectie

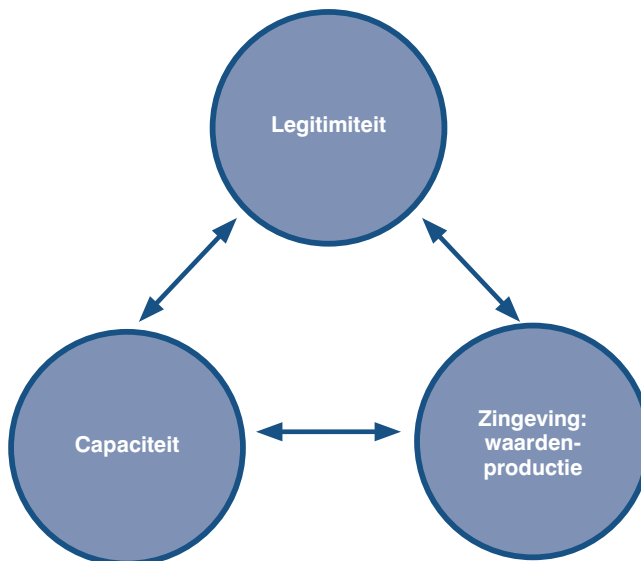
Het onderzoek naar besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten is vorm gegeven aan de hand van drie cases. De drie cases corresponderen ieder nadrukkelijk met één van de vier domeinen van de hybride ziekenhuiscontext (Putters, 2009). Als gevolg daarvan komen de verschillende waardeoriëntaties in de omgeving van het ziekenhuis expliciet aan bod: markt, overheid & politiek en medisch professioneel domein. Het domein van de gemeenschap komt in ieder van de drie cases aan de orde.

De drie geselecteerde cases betreffen: prestatiebeloning voor medisch specialisten, ingrijpen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het systeem van Individueel Functioneren Medisch Specialisten (kortweg IFMS). De drie cases corresponderen respectievelijk met het domein van de markt, van overheid & politiek en met het domein van de medische professie. Omdat het domein van de gemeenschap, waarin de persoonlijke omgeving van de patiënt en zijn naaste valt, in iedere case aan bod komt, is hiervoor geen separate case bestudeerd.

Kortom, de cases zijn zodanig geselecteerd dat zij gezamenlijk een goed beeld geven van de hybride context van het ziekenhuis en dus van de dominante waarden die een rol spelen in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten.

Analyse

Ieder van de drie cases is geanalyseerd. Als kader voor deze analyse is gebruik gemaakt van de 'strategic triangle' van Moore (1995). De 'strategic triangle' is toegepast op besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten in de drie cases.



Figuur 1: Strategic triangle (Moore, 1995)

De 'strategic triangle' handelt over de onderling samenhangende onderdelen 1) legitimiteit, 2) zingeving en 3) capaciteit. In dit onderzoek zijn deze ingevuld en benaderd als 1) legitimiteit van besluitvorming en 2) waardenproductie. De invulling van 3) capaciteit wisselt al naar gelang het voorliggende vraagstuk. Parallel aan de geselecteerde cases betreft capaciteit in dit onderzoek navolgend: honorarium van medisch specialisten, een systematiek om functioneren van medisch specialisten te beoordelen, (kwaliteit van) de productie-infrastructuur (i.c. een operatiekamercomplex).

7.1.3 Onderzoekskoncepten

Alvorens de deelvragen van dit onderzoek te beantwoorden, worden onderstaand de centrale concepten uit het onderzoek toegelicht, zodat deze in de navolgende paragrafen duidelijk afgebakend zijn en geen onnodig diffuus beeld geven (zie ook paragraaf 1.7.1).

Besluitvorming: In navolging van de commissie Meurs (1999) geldt dat besturing van het ziekenhuis een essentieel onderdeel van de ziekenhuisgovernance is. Meest kenmerkende element van besturing is vanzelfsprekend het nemen van besluiten.

Waardenproductie: Waardenproductie is binnen het model van Moore (1995) een beschrijving van de waarden die de organisatie levert aan haar omgeving. Het is als zodanig een uiting van waar de organisatie voor staat.

Waarden zijn daarbij opvattingen of concepten over het wenselijke die richting geven aan gedrag. Waarden zijn abstract en hebben een algemeen karakter. Zij dienen daarom altijd gezien te worden in het licht van een bepaalde context, i.c. de besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Omdat waarden een sterke invloed hebben op het gedrag, kunnen deze waarden afgeleid worden uit gedrag van een actor. Waarden onderscheiden zich daarnaast van belangen en normen, omdat waarden niet gaan over 'eigen belang' respectievelijk het goed of fout van gedrag bepalen.

Legitimiteit: Legitimiteit (in navolging van Suchman, 1995) is "de algemene perceptie dat de acties van een organisatie gewenst, juist en passend zijn binnen een bepaald (sociaal gevormd) systeem van normen, waarden, opvattingen en definities." Met betrekking tot besluitvorming betekent dit dat legitimiteit als volgt benaderd wordt: is het vanuit waarden gewenst dat het besluitvormingsproces zo is verlopen en is het gedrag van actoren te rechtvaardigen?

Capaciteit: Moore (1995) beschouwt de capaciteit van een organisatie als het vermogen om waarden te leveren. Volgend op de brede invulling door Moore zelf (hij benoemt o.m. systemen, innovaties, menskracht, competenties, etc.) betreft capaciteit in dit onderzoek de onderwerpen waarover besluitvorming plaats vindt tussen raad van bestuur en medisch specialisten.

Hybriditeit: Hybriditeit is in dit onderzoek de beschrijving van de ziekenhuisomgeving en een wordt als een gegeven beschouwd. Het betreft specifiek de samenballing van vier domeinen – markt, overheid & politiek, gemeenschap en medische professie – met ieder ideaaltypisch corresponderende waarden. Cruciaal daarbij is dat het gaat om de langdurige verbinding van elementen uit deze vier domeinen die tegenstrijdig en zelfs conflicterend zijn, of als zodanig worden ervaren (vrij naar: Brandsen, Van de Donk & Kenis, 2006 en Putters, 2009).

Ter afsluiting van deze inleidende paragraaf, die tevens te zien is als een wrap-up van het onderzoek, volgt een toelichting op de komende paragrafen. In paragraaf 7.2 worden de drie deelvragen van het onderzoek geanalyseerd: het proces van besluitvorming, de waardenconfiguraties en de legitimiteit van besluitvorming. In paragraaf 7.3 wordt de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord en daaropvolgend is de discussie weergegeven in paragraaf 7.4. Afgesloten wordt met een reflectie op het onderzoek in paragraaf 7.5 en een perspectief op toekomstige ontwikkelingen in paragraaf 7.6.

7.2 Analyse

7.2.1 Proces van besluitvorming

De eerste deelvraag van het onderzoek behandelt het proces van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. De vraag is hoe dit proces verloopt. In deze paragraaf wordt per case geanalyseerd hoe het proces van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten is verlopen. Daarnaast wordt een verklaring gegeven over de wijze waarop het proces is verlopen.

Prestatiebeloning

De case van prestatiebeloning laat zich kenmerken als een proces dat bepaald werd door onderhandeling, spanning en competitie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Dit leidde, zoals bleek uit de beschrijving van de case in hoofdstuk 3, tot een afname van het vertrouwen tussen beide partijen. De besluitvormingsprocessen verliepen stroef en kenden uitkomsten die het beste te typeren zijn als compromissen. Voor elke partij voelde het besluit alsof er op het gewenste besluit fors was ingeboet.

Waar raad van bestuur en medische staf wederzijds afhankelijk zijn en gebaat zijn bij goede samenwerking, laat deze case zien dat beide partijen recht tegenover elkaar kwamen te staan. In deze ontstane situatie bleek beperkt ruimte voor beide partijen om met open vizier het debat met

elkaar aan te gaan. De tegenstelling tussen beide partijen stond dit in de weg, wat vooral werd gevoed door het toegenomen wantrouwen als gevolg van dit dossier. In één van de onderzochte ziekenhuizen werd hierover gesteld dat dit dossier van prestatiebeloning zijn schaduw wierp over andere dossiers. De posities waren dermate tegenovergesteld aan elkaar, dat partijen op andere dossiers de kaarten voor de borst hielden uit angst dat het effect zou hebben op de uitkomst van de discussie over het uurtarief. Er was sprake van een sfeer van competitie tussen beide partijen waarin geen van beiden wilde verliezen. Het gevolg was dat er geen ruimte voor open vizier was.

De invloed van de overheid op de ontstane gespannen situatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten in dit dossier, verdient in dit licht ook aandacht. Noch raad van bestuur noch medisch specialisten hebben te kennen gegeven dat zij geloof hadden in het door de overheid vervaardigde beleid van prestatiebeloning. Om uiteenlopende redenen gaven zij beiden aan dat een financiële prikkel niet het effect van verbeterde kwaliteit op zou leveren. Het door de overheid geïntroduceerde beleid miste dus aansluiting bij de opvattingen van beide partijen binnen het ziekenhuis. Desalniettemin gaf het beleid ruimte voor medisch specialisten een verhoging van het uurtarief aan te kaarten en hebben zij dit ook gedaan. Hieruit volgt dat ondanks dat beide partijen geen fiducia hadden in het voorgestelde overheidsbeleid, dit beleid toch moesten implementeren. Dit had spanning en competitie in de besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten tot gevolg.

Binnen de context waarin prestatiebeloning opgedrongen werd door de overheid en waarin raad van bestuur en medisch specialisten tegengestelde waarden en opvattingen voorstonden, blijkt tevens dat delen van het proces niet voor allen even zichtbaar zijn geweest. Mede daardoor is er sprake geweest van onzichtbaarheid in het proces of in delen ervan. Zo is door medisch specialisten veel discussie gevoerd, buiten het zicht van de ziekenhuisbesturen, over de te hanteren onderhandelstrategie: welke eisen van de raad van bestuur konden zij wel of niet accepteren in ruil voor de verhoging van het uurtarief, etcetera. Ook de raad van bestuur heeft buiten het zicht van de medisch specialisten om positie bepaald om de stijging van het uurtarief te beperken en – indien stijging aan de orde was – te bepalen onder welke voorwaarden dit dan plaats zou vinden. Uit een van de onderzochte ziekenhuizen is bekend dat, achter de rug van de voorzitter raad van bestuur om, zijn functioneren en positie werden bediscussieerd onder de medisch specialisten als direct gevolg van het proces rondom prestatiebeloning.

Ingrijpen door Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het besluitvormingsproces binnen de case van de OK-sluiting bestaat uit drie verschillende delen: de dreigende sluiting na het bezoek door de IGZ, het bezoek aan en de interactie met de IGZ en de plannen rondom de bouw van een tijdelijk OK-complex.

In eerste instantie, nadat de IGZ haar bericht heeft afgegeven, is duidelijk dat raad van bestuur en medisch specialisten toenadering tot elkaar zoeken en als één partij optrekken. Er is sprake van een gemeenschappelijk probleem. Beiden deelden de opvatting dat sluiting van de operatiekamers een groot probleem zou zijn, vanwege de consequenties ervan voor de toegankelijkheid voor patiënten, de financiële gevolgen voor het ziekenhuis en de financiële consequenties voor het honorarium van de medisch specialisten. Ondanks dat deze consequenties inhoudelijk anders waren voor beide partijen, was er sprake van eensgezindheid om sluiting te voorkomen.

Vervolgens ontstaat er een welhaast vanzelfsprekende scheiding in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen raad van bestuur en enerzijds en medisch specialisten anderzijds. De raad van bestuur onderneemt stappen om sluiting van het OK-complex te voorkomen richting IGZ, terwijl de medische staf haar verantwoordelijkheid neemt om het gedrag op de operatiekamers in korte tijd bij te sturen in de gewenste richting. Daarbij wordt opgemerkt dat ieder van hen natuurlijk op de hoogte is van de uitgangspunten waarmee de andere partij aan de slag gaat. Deze verdeling oogt plausibel, maar roept ook vragen op. Want is het zo vanzelfsprekend dat juist de medische staf niet mee gaat naar de IGZ, terwijl de medisch specialisten grote moeite hebben met de gehanteerde normen van de IGZ en handhaving daarop? De verklaring waarom dit niet gezamenlijk heeft plaats gevonden, ligt in de positie die de medische staf in kan nemen als de raad van bestuur bakzeil zou halen bij de IGZ. In deze situatie zou de medische staf zich achter de raad van bestuur kunnen verschuilen – voor hen is onzichtbaar geweest wat zich heeft afgespeeld tussen raad van bestuur en IGZ – en de verantwoordelijkheid voor wat er speelt volledig bij deze bestuurders laten. Anders gezegd, de medische staf hield zich afzijdig in de gesprekken met de IGZ vanuit een strategisch standpunt. Het handelen van de medische staf in deze situatie is te duiden als opportunistisch. Indien de situatie verkeerd uit zou pakken voor het ziekenhuis en een volledige sluiting van het OK-complex resteerde, had de medische staf de handen vrij om opnieuw positie te bepalen in de nieuw ontstane situatie. Eenzelfde vorm van opportunisme is ook van toepassing op de raad van bestuur. Waarom heeft deze niet aangedrongen op participatie van een afvaardiging van de medisch speldiensten in het gesprek met de IGZ? Juist in de context van de problemen waar het ziekenhuis zich voor gesteld zag, zou participatie van de medisch specialisten een stevig signaal hebben afgegeven. Daarmee is de beschrijving van dit (deel)proces van besluitvorming te kenschetsen als berekend handelen door de medisch specialisten én de raad van bestuur.

Een soortgelijke situatie is te herkennen in de discussie die enige maanden later volgt over de te herbouwen OK-capaciteit. Nadat een formeel besluit is genomen tussen raad van bestuur en medische staf, op gronden die beide partijen onderschrijven, wordt dit besluit een aantal maanden later door een aantal maatschappen ter discussie gesteld. Tevens blijkt achteraf dat onder de medische staf en buiten het zicht van de raad van bestuur al enige tijd discussie is

over dit besluit. Het zijn met name de snijdende specialismen die tegen het besluit ageren. Zij baseren zich daarbij op gegevens die in het oorspronkelijke besluit niet zouden kloppen. De facto komt dit over alsof ieder besluit het startpunt vormt voor nieuwe onderhandelingen.

Individueel functioneren medisch specialist

De invoering van het systeem voor Individueel Functioneren Medisch Specialististen (IFMS) lag voor een zeer groot deel bij de medische staf van het ziekenhuis, zoals in hoofdstuk 6 is beschreven. In de zichtbare processen met de raad van bestuur is hier niet of nauwelijks over gesproken. Veel gesprekken over IFMS (zoals de methode die in het ziekenhuis gehanteerd zou worden) vonden plaats binnen de medische staf en daarmee buiten het zicht van de raad van bestuur.

Uit het onderzoek blijkt dat in het proces rondom IFMS tussen raad van bestuur en medisch specialisten vrijwel geen issues naar voren zijn gekomen. Het onderzoek liet zien dat het systeem voor de raad van bestuur niet per se noodzakelijk was, omdat deze de noodzakelijke signalen over kwaliteit van zorg en (mogelijk dis-)functioneren van medici veelal via andere kanalen verkreeg. Het betrof hier met name onzichtbare processen, zoals gesprekken op de gang of in de lift, of kort telefonisch contact tussen bestuurders en medisch specialisten.

Slechts in één van de onderzochte ziekenhuizen moest de raad van bestuur zichtbaar en direct ingrijpen om IFMS te implementeren. De reden hiervoor was dat de IGZ dreigde met handhaving en daarmee kwam het belang van het instituut ziekenhuis in het geding.

Waar IFMS een beperkt onderwerp van gesprek was in de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten, bleek dat er onder de medisch specialisten geen eensluidend oordeel over IFMS bestond. De verklaring hiervoor ligt in de tegengestelde waarden binnen het medisch professioneel domein. Op basis van theoretische beschouwingen was te verwachten dat de medische staf IFMS zou omarmen. Het systeem geeft namelijk uiting aan de waarden die professionals zoals medisch specialisten belangrijk vinden: 'open en toetsbare opstelling' en 'continu verbeteren', zoals in hoofdstuk 6 beschreven is. Wat echter gebeurde, was dat medisch specialisten IFMS beschouwden als een inbreuk op de professionele autonomie van de medisch specialisten. Het systeem was aan de beroepsgroep zelf en geen andere partij zou zich daarmee moeten bemoeien. Dit gevoel van inbreuk – controle – werd bevestigd door het zwaardere gewicht dat IFMS kreeg doordat de IGZ het toevoegde als indicator aan haar formele toezichtskader.

De voornaamste reden dat de raad van bestuur op afstand bleef, is gelegen in de wijze waarop raden van bestuur noodzakelijke informatie verkrijgen over het (dis-) functioneren van medisch specialisten of andere aspecten die wijzen op mogelijk gevaarlijke situaties of omstandigheden voor kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg. Dit gebeurt veelal onzichtbaar en wordt buiten

formele bijeenkomsten gehouden. Dat deze informatievoorziening succesvol is, is een duidelijke verklaring voor de procesgang rondom IFMS en de rust waarmee de invoering ervan verliep tussen raden van bestuur en medisch specialisten.

In het eerste hoofdstuk van het onderzoek is benoemd dat dit onderzoek beschouwd kan worden als een perspectief op de besturing van het ziekenhuis. Dit heeft als gevolg dat de raad van bestuur meer nadruk krijgt. Dit geldt specifiek voor de volgende analyse inzake de case IFMS. Het is voor raden van bestuur gewenst wanneer medisch specialisten zich verantwoordelijk voelen voor een dossier én daarnaar handelen. Dit betekent dat de raad van bestuur minder zichtbaar en meer op afstand kan acteren. De case rondom IFMS liet dit zien. Dit betekent overigens niet dat de raad van bestuur een afhankelijke en afwachtende houding aan kan nemen. De situatie of het proces kan bijvoorbeeld in korte tijd een ander dynamiek krijgen, waardoor het bestuur wél kort op de bal moet spelen. En ook wanneer de medische staf zich verantwoordelijk voelt en als zodanig acteert, zal het bestuur geen passieve houding aannemen. Achter de schermen – en voor grote delen van de medische staf onzichtbaar – stuurt hij op actieve wijze om de medisch specialisten in de ‘drivers seat’ te houden. Dit vereist een goed gevoel voor het politiek-bestuurlijke spel in de relatie die het bestuur heeft met de medisch specialisten. Er is daarmee wel degelijks sprake van een interveniërend bestuur, alhoewel beperkt zichtbaar en merkbaar.

Analyse

Uit de analyse van de drie cases blijkt een hoge mate van dynamiek in de processen van besluitvorming (zie tabel 1).

	<i>Duiding procesverloop</i>	<i>Verklaringen</i>
Prestatiebeloning:	Partijen tegenover elkaar; stroef proces; compromissen.	Tegengestelde uitgangspunten over het al dan niet verhogen van het uurtarief voor medisch specialisten, en als, op basis van welke voorwaarden; Overheidsingrijpen/- beleid leidde tot discussie over tarief en daardoor tot competitieve relatie; Over en weer (on)zichtbare processen en kaarten werden voor de andere partij tegen de borst gehouden ten aanzien van positionering en onderhandelingspositie.
Ingrijpen door IGZ:	Afwisselend samen en gescheiden opererend; afwisselend gelijkgericht en tegengesteld handelen; meerdere deelprocessen.	Eensgezind optrekken direct na inspectiebezoek; Verdeeldheid in medische staf over de nieuwe te bouwen OK-capaciteit; Deelprocessen met eigen problematiek: dreigende sluiting, interactie met IGZ en de herbouw van tijdelijke OK-capaciteit; Berekenend handelen door ieder van beide partijen ten aanzien van handelen richting IGZ en herbouw OK-capaciteit.
IFMS:	Veel onzichtbaarheid in proces; Actieve sturing door bestuur achter de schermen; Vrijwel geen issues in relatie.	Raad van bestuur op achtergrond actief om medische staf in 'lead' te houden, hetgeen leidt tot minder zichtbaarheid (minder zichtbaar handelen) van de raad van bestuur; IFMS voor partijen nauwelijks van belang, omdat andere systemen van informatie-inwinning over het functioneren van medisch specialisten voldoende zijn.

Tabel 1: Analyse besluitvormingsprocessen

Het proces van besluitvorming tussen raden van bestuur en medisch specialisten verloopt in de drie cases niet voorspelbaar en uniform. Het verloop van een proces is afhankelijk van de specifieke situatie en de context waarbinnen de casuïstiek speelt. De duiding van de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten als een 'negotiated order' (zie paragraaf 1.2.5) is hierin te herkennen. Als antwoord op de eerste deelvraag van het onderzoek geldt dan ook dat besluitvormingsprocessen tussen raad van bestuur en medisch specialisten gekenmerkt worden door een hoge mate van dynamiek tussen beide partijen als gevolg van wisselende onderwerpen en de specifieke tijd en context waarin een onderwerp aan de orde is. Deze conclusie wordt navolgend toegelicht.

Een belangrijk beeld dat uit de cases naar voren komt is het bestaan van uiteenlopende perspectieven op het probleem/vraagstuk en ook op (mogelijke) oplossingen tussen beide partijen, als ook binnen het collectief van medisch specialisten. Zowel vanuit waardenpatronen,

maar ook vanuit rollen en posities bestaan er uiteenlopende beelden op een vraagstuk en/of op een oplossing. Daarbij geldt dat de uiteenlopende perspectieven niet per se tot tegengesteld gedrag hoeven te leiden. Ook vanuit uiteenlopende perspectieven kan gedrag voortkomen dat bijdraagt aan een gemeenschappelijk doel. Zo willen, als voorbeeld, medisch specialisten graag een OK-complex heropenen na sluiting, omdat zij daarmee de patiëntenzorg kunnen garanderen en tegelijkertijd het eigen inkomen beperkt schade ondervindt. Beide perspectieven sluiten aan op de ambitie van de raad van bestuur tot heropening van het OK-complex. Daarbij geldt overigens eveneens dat deze meerdere perspectieven kan hebben op heropening. Niet alleen is daarmee toegankelijkheid van patiëntenzorg geborgd, ook komt dit ten goede aan de financiële situatie van het ziekenhuis.

Het bestaan van verschillende perspectieven en tegengestelde uitgangspunten tussen de beide partijen blijkt in de onderzochte cases een voedingsbodem voor een stroef procesverloop, waarin partijen snel tegenover elkaar komen te staan. En naarmate er sprake is van tegengestelde posities in het proces, neemt de mate van zichtbaarheid van (onderdelen van) het proces af. Partijen acteren meer buiten elkaars gezichtsveld. Het meest duidelijk was dit in de case over prestatiebeloning. De tegengestelde uitgangspunten sorteerden het effect dat partijen kaarten tegen de borst hielden en het wantrouwen toenam tussen beiden.

Een volgend aspect van besluitvorming waaruit de dynamiek van het proces blijkt, is de mate waarin het 'samen optrekken' van raad van bestuur en medisch specialisten wisselt. In het geval van uiteenlopende perspectieven is het voorstelbaar dat eensgezind handelen bemoedigd wordt. Maar waar beiden een gezamenlijke belang (lijken te) hebben, blijkt het evenmin vanzelfsprekend dat zij samen optrekken. Daarbij valt op dat de verklaring hiervoor kan berusten op toeval en/of berekening. Daarmee ontstaat de indruk dat strategisch of opportunistisch handelen een glijdende schaal vormt. De case van de OK-sluiting liet dit duidelijk zien. Omdat de raad van bestuur en medisch specialisten eensgezind waren over de situatie en vanuit één perspectief intern handelden, was de verwachting dat raad van bestuur en medisch specialisten gezamenlijk op zouden trekken richting de IGZ. In de praktijk bleek dat enkel het bestuur het cruciale gesprek voerde bij en met de IGZ. (Nb: dit gesprek leidde uiteindelijk tot een afwending van volledige sluiting van het OK-complex). Als verklaring voor het feit dat partijen niet samen optrekken – waar dit wel verwacht mag worden – geldt dat er een bepaalde mate van berekenend handelen en risico-afweging plaats vindt. Dit gold in bovengenoemde voorbeeld over het handelen richting de IGZ zowel voor de raad van bestuur als voor de medisch specialisten.

Grote verschillen tussen de verschillende besluitvormingsprocessen zijn gelegen in de mate van openheid/transparantie van (deel)processen. Niet alle stappen van partijen zijn zichtbaar voor de ander. Deze onzichtbaarheid is een gegeven, omdat het onmogelijk is voor partijen om volledig

zicht te kunnen hebben. Buiten het eigen gezichtsveld om worden zaken besproken, afgestemd en worden posities bepaald. De waarde van deze onzichtbare processen is daarom groot. Om die reden kan het aspect van onzichtbaarheid in besluitvormingsprocessen niet gelijk gesteld worden aan een kwalificatie zoals 'achterkamer'. De onzichtbare processen zijn een gegeven en zijn van waarde voor besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Wanneer een besluitvormingsproces (of een deel ervan) onzichtbaar verloopt, is dit geenszins als negatief te beoordelen. Het kan, zoals blijkt uit de IFMS case, tot een proces leiden waarover tussen raad van bestuur en medisch specialisten eensgezindheid bestaat. De raad van bestuur was in deze case aanzienlijk minder zichtbaar actief. Wel stuurde de raad van bestuur buiten het gezichtsveld van velen om de medisch specialisten om de door beide partijen gewenste positie te houden. Andersom geldt ook dat onzichtbaarheid kan voortkomen uit toegenomen wantrouwen, zoals in de beide andere cases naar voren kwam. Daarin was het wantrouwen de oorzaak voor toegenomen onzichtbaarheid. Het gegroeide wantrouwen tussen partijen rondom de prestatiebeloning bijvoorbeeld, leidde ertoe dat ieder van de partijen zich minder open opstelde naar de ander.

Opgemerkt wordt dat wantrouwen en onzichtbaarheid elkaar verstreken. Minder zichtbaarheid leidt tot minder vertrouwen en minder vertrouwen tot minder zichtbaarheid. Hetzelfde geldt voor vertrouwen en zichtbaarheid. Meer zichtbaarheid leidt tot meer vertrouwen, hetgeen weer zorgt voor meer zichtbaarheid.

Ten slotte is er het effect dat voorkomt uit overheidsbeleid. De cases komen ieder voort uit een ander domein (binnen de hybride context) maar hebben als gemene deler dat het beleid of handelen (deels) zijn oorsprong vindt in het domein van de overheid: de prestatiebeloning was kabinetsbeleid, de IGZ greep in rondom het OK-complex en eveneens de IGZ ontwikkelde het IFMS systeem tot een formele indicator van haar toezichtskader. Een laatste element dat terugkomt uit de onderzochte procesgang bij de drie cases, is het verschil in focus tussen raad van bestuur en medisch specialisten. De eerste beschouwt een voorliggend vraagstuk in een bredere context van andere dossiers en hanteert naast het perspectief van de korte termijn ook een perspectief op de lange termijn. Daarentegen is het perspectief van de medisch specialisten veel meer gericht op het voorliggende vraagstuk als een geïsoleerd dossier en wordt het met name beschouwd in het heden. Vooral rondom het dossier van prestatiebeloning werd dit duidelijk. De uitstraling van negatieve effecten en spanningsvolle relatie op dit dossier werden door het bestuur, meer dan door de medisch specialisten, ook ervaren op andere dossiers.

7.2.2 Waardenconfiguraties in besluitvorming

Als tweede aspect van dit onderzoek is gekeken naar de waarden die in de besluitvormingsprocessen tussen raad van bestuur en medisch specialisten aan bod komen. Deze paragraaf behandelt de tweede deelvraag van dit onderzoek. In deze paragraaf wordt

geschetst welke waarden dominant aanwezig zijn binnen de drie cases en tot welke configuratie dat per case leidt. Het betreft hier een beschrijving van de waargenomen waarden.

Prestatiebeloning

Het beleid van prestatiebeloning is door de overheid formeel ingezet als instrument om tot een kwaliteitsverbetering te komen. Uit de interviews blijkt echter dat het twijfelachtig is of deze causaliteit daadwerkelijk opgaat. Noch raden van bestuur, noch medisch specialisten gaven aan dat dit instrument zou leiden tot een verbeterde kwaliteit. De verklaringen hiervoor liepen daarbij in de redeneringen van raad van bestuur en medisch specialisten uiteen.

Wel werd in het proces een toename in wrijving, spanning en competitie tussen raad van bestuur en medische staf merkbaar. Leidend was een gevoel onder medisch specialisten dat raden van bestuur door middel van prestatiebeloning inbreuk pleegden op de professionele autonomie. In plaats van erop te vertrouwen dat de medisch specialisten goede zorg verleenden en dus recht hadden op het hogere uurtarief, voelden zij zich gecontroleerd en gewantwoord door de raad van bestuur en daardoor beperkt in hun vrijheid van handelen. Het meest duidelijk werd dit in de aanvullende voorwaarden die bij eventuele verhoging gesteld werden. Deze voorwaarden maakten dat productiviteit (van individuen en/of een maatschap), kwaliteitsnormen, toegangs- en wachttijden gemeten en dus inzichtelijk zouden moeten worden. De medisch specialisten voelden zich gecontroleerd indien dit gerealiseerd zou worden.

Wat in deze case duidelijk naar voor komt, is dat het besluit rondom prestatiebeloning tussen raad van bestuur en medisch specialisten speelt rondom de waarden professionele autonomie en competitie, wat als waardenconfiguratie in deze case te bestempelen is. Daarbij worden de waarden kwaliteit en professionele autonomie aangewend als basis om het gedrag van respectievelijk raad van bestuur en medische staf te richten. Het (gerechtvaardigde) eigen belang van de medisch specialisten mag hierin niet onvermeld blijven. Anders gezegd, de waarden waar expliciet over wordt gesproken, zijn niet altijd de waarden die dominant blijken te zijn voor de daadwerkelijke intentie en motivatie voor het gedrag en handelen van partijen. De dominante waarden zijn impliciet aanwezig. Kwaliteit en professionele autonomie gelden als richtinggevend voor gedrag, terwijl het vergroten van eigen belang nadrukkelijk óók een rol speelt tussen beiden, maar niet expliciet wordt genoemd of zichtbaar wordt in het proces.

Ingrijpen door Inspectie voor de Gezondheidszorg

Evenals geldt voor de case rondom prestatiebeloning is binnen de case van de OK-sluiting, zoals beschreven in hoofdstuk 5, kwaliteit het leidende principe in de discussie. Het domein van de medisch professionals drong zich nadrukkelijk op als tegenwicht tegen het dominante domein van overheid en politiek in deze case. De vasthoudendheid van de IGZ stond daarbij tegenover

de opvatting van de medische beroepsgroep aangaande haar professionele autonomie: namelijk dat de IGZ een verkeerde norm hanteerde waarop zij de kwaliteit van het OK-complex afkeurde. De medici gaven aan dat zij vanuit hun professionele autonomie, pal stonden voor hoogwaardige uitkomsten van zorg en hanteerden daarbij andere normen dan de IGZ. Dit gold zowel voor normen ten aanzien van de waarden kwaliteit en veiligheid, maar ook voor de operationele normen rondom het proces van patiëntenzorg en de benodigde (OK-)faciliteiten daarbij. Naast de waarden kwaliteit en professionele autonomie, gaf deze case ook duidelijk uiting aan de waarde continuïteit van het bedrijf en daarmee het borgen van de toegankelijkheid van zorg voor patiënten. Interessant is dat deze waarden in de context van de onderzochte case ook direct het eigen belang van het ziekenhuis dienden. Het openhouden van het OK-complex kan gezien worden als een streven dat voortkomt uit het borgen van toegankelijkheid van het ziekenhuis voor patiënten. Tegelijkertijd kan het streven ook voortkomen uit de waarde continuïteit van de bedrijfsvoering niet (verder) in het geding te brengen. De waardenconfiguratie in dit stadium is daarmee met name een samenspel van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en professionele autonomie.

In het verloop van de casuïstiek rondom de OK-sluiting ontstaat een botsing van andere waarden. Dit is het geval wanneer de medisch specialisten betogen meer OK-capaciteit nodig te hebben dan de raad van bestuur voor de nieuwe situatie nodig acht. De waardenconfiguratie in deze fase van het proces bestaat uit de waarden professionele autonomie en efficiency omwille van een gezonde bedrijfsvoering. De vraag daarbij is of professionele autonomie in deze geen kleuring geeft aan het belang van medisch specialisten om meer OK-tijd mogelijk te maken in de toekomst en dus groei van het eigen vakgebied. Vanuit het bestuurdersperspectief geldt dit evenzo. De raad van bestuur wenst de huidige inefficiëntie niet voort te zetten. Uitbreiden van OK-capaciteit, zonder dat duidelijk is dat deze noodzakelijk is met het oog op toekomstige ontwikkelingen, wordt daarom niet door de raad van bestuur gesteund.

Individueel functioneren medisch specialist

Doordat IFMS dient ter verdere verbetering van de kwaliteit van het individueel functioneren van de medisch specialist (OMS, 2008) raakt het systeem de kern van de medische beroepsgroep. Zoals beschreven in hoofdstuk 6 was het primaire doel van IFMS het functioneren van individuele medisch specialisten te verbeteren. Dit sluit aan op de waarde continu leren en verbeteren welke ideaaltypisch correspondeert met het medisch professioneel domein. Ook draagt IFMS bij aan het behoud van de waarde professionele autonomie. Door het instrument als beroepsgroep zelf ter hand te nemen in de context van toenemende verantwoordingsdruk in de samenleving, geven medisch specialisten het signaal af dat zij voornemens zijn serieus om te gaan met hun functioneren en de ontwikkeling daarvan.

De waarde kwaliteit krijgt expliciet positie in deze case op het moment dat de IGZ het IFMS systeem benoemt tot prestatie-indicator in het toezichtskader voor de ziekenhuizen. Tegelijk met deze interventie van de IGZ geven medisch specialisten aan dat deze interventie haaks staat op een specifieke invulling van de door hen hooggeachte waarde professionele autonomie, te weten: vanuit de eigen professionaliteit te kunnen bepalen wat goede kwaliteit van zorg is en de ontwikkeling ervan zelf ter hand te nemen. Controle door de IGZ op voortgang/realisatie van IFMS in de ziekenhuizen werd beoordeeld door de medisch specialisten als een inperking van deze professionele autonomie.

Het samenstel van waarden in deze case bestaat daarmee uit kwaliteit van zorg, (toe- en afname van) professionele autonomie en continu leren. Vanuit het perspectief van de raden van bestuur is in deze case geen dominantie te herkennen van een bepaalde waarde.

Analyse

In dit onderzoek worden waarden geduid als opvattingen of concepten over het wenselijke, die richting geven aan gedrag, gegeven een bepaalde context. Waarden wijken af van belangen, omdat er bij belangen sprake is van concreet en tastbaar handelen dat bijdraagt aan het welzijn van een groep of individu (zie paragraaf 1.2.2). De drie cases zijn onderzocht op waarden in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. De onderstaande tabel geeft een schematisch overzicht van de waardenconfiguraties per case.

Waardenconfiguratie	
Prestatiebeloning:	<ul style="list-style-type: none"> - Professionele autonomie: medisch specialisten voelden zich gecontroleerd door de voorwaarden de door raden van bestuur werden gekoppeld aan een mogelijke verhoging van het uurtarief. - Competitie: het streven naar verhoging van het uurtarief door medisch specialisten enerzijds en het streven naar bedrijfscontinuïteit door een gezonde bedrijfsvoering vanuit de raden van bestuur anderzijds.
Ingrijpen door IGZ:	<ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteit van zorg: er was discussie tussen betrokken partijen over 'juiste' normen voor kwaliteit van zorg en daarmee over de oordeelsvorming over kwaliteit van zorg. - Toegankelijkheid van zorg: raad van bestuur en medisch specialisten gaven aan zo snel mogelijk het OK-complex weer operationeel te willen krijgen teneinde de toegankelijk van de zorg voor patiënten te kunnen waarborgen. - Professionele autonomie: zowel richting de IGZ als de raad van bestuur gaven medisch specialisten te kennen dat zij op basis van de professionele autonomie respectievelijk sluiting van het OK-complex als later ook de omvang van het te herbouwen OK-complex betwisten. - Efficiency: de raad van bestuur bracht deze waarde expliciet in met het oog op het aantal te herbouwen operatiekamers. Omwille van een gezonde bedrijfsvoering wilde de raad van bestuur overcapaciteit (naar de toekomst toe) voorkomen.
IFMS:	<ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteit van zorg: de medisch specialisten gaven aan door IFMS ter hand te nemen de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor hoogwaardige kwaliteit op te willen pakken. Raden van bestuur geven in deze case te kennen dat hen voldoende andere signalen ter beschikking staan om functioneren van medisch specialisten te kunnen wegen in het licht van kwaliteit van zorg. - Continu leren: IFMS is als systeem gericht op continu leren wat aansluit op het domein van de medisch professional. Opvallend is dat deze waarde in de praktijk nauwelijks wordt aangewend. - Professionele autonomie: IFMS wordt in de onderzochte situaties met name benaderd als inbreuk op de professionele autonomie. Een mogelijke (toename van) inzicht in functioneren van individuele medisch specialisten appelleert niet aan continu leren of aan een bijdrage aan professionele autonomie, maar wel aan controle en daarmee aan inperking van professionele autonomie.

Tabel 2: Waardenconfiguraties in besluitvormingsprocessen

In de eerste plaats zijn waarden meestal impliciet aanwezig in besluitvormingsprocessen. Zelden worden ze geëxpliciteerd tussen beide partijen, tenzij als positief gerichte motivatie en onderbouwing van gewenste besluitvorming, zoals kwaliteit van zorg. Consequentie is dat waarden ook niet bediscussieerd worden tussen beide partijen. Daarmee blijft de daadwerkelijke drijfveer voor het getoonde gedrag en handelen ook impliciet, hetgeen leidt tot (mogelijke) uiteenlopende veronderstellingen over de richtinggevende waarden van de andere partij.

En, in de tweede plaats, volgt uit dit onderzoek dat wanneer er wel expliciet over waarden wordt gesproken tussen beide partijen, dit met name niet de waarden blijken te zijn die impliciet dominant zijn voor het gedrag van partijen. In situaties van onderhandeling en onenigheid speelt dit vooral.

Dit betekent ook dat wanneer partijen expliciet over waarden spreken, dit niet de richtinggevende factor voor het getoonde gedrag blijkt te zijn. Het meest duidelijk is dit bij de waarde kwaliteit van zorg. Deze waarde komt in iedere case aan bod en vormt voornamelijk een belangrijke waarde ter onderbouwing van het instrument of besluit. Het is als het ware in alle cases een startpunt. Echter, het is zelden de waarde die bepalend is voor het gedrag van (een van beide) partijen.

In de analyse van het proces van besluitvorming is al gerefereerd aan de diversiteit aan perspectieven tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Deze conclusie volgt, als derde, ook uit de analyse naar waarden in besluitvorming. Doordat perspectieven van beide partijen wisselen, is gedrag niet zomaar terug te leiden naar één duidelijke waarde of samenstel van waarden. Andersom geldt dit eveneens. Hetzelfde vertoonde gedrag van partijen kan uitgelegd worden naar diverse, en mogelijk tegengestelde, waarden of waardenconfiguraties. Anders gezegd, wanneer partijen gedrag vertonen dat in elkaars verlengde ligt, betekent dit niet dat zij automatisch handelen vanuit dezelfde waarden. Een specifiek voorbeeld van deze wisselende percepties op waarden betreft de waarde kwaliteit van zorg. Er wordt door beide partijen weliswaar over kwaliteit gesproken, maar de invulling daarvan in die specifieke context, blijft achterwege. Voornaam verschil hierbij is de focus van de raad van bestuur die kwaliteit beschouwd voor alle patiënten ($n = \text{veel}$) – die volgt uit de wet Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI) – versus het perspectief van de medisch specialisten. Laatstgenoemde zien kwaliteit meer als kwaliteit voor de unieke patiënt ($n = 1$) wat onder meer te herleiden is uit de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst, WGBO.

Als vierde punt wordt geconcludeerd dat het onderscheid tussen waarden en belangen niet eenvoudig te maken is. Hoewel beiden theoretisch duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn, blijkt uit de analyse van besluitvorming dat beide concepten empirisch dermate verbonden zijn, dat een onderscheid tussen beiden nauwelijks te maken is. Zo blijkt dat de waarde voor de ene partij, een belang kan zijn voor de andere partij en vice versa.

Deze verbondenheid tussen belangen en waarden springt in het oog wanneer er in de casuïstiek sprake is van het vergroten van het eigen belang. Dit eigen belang staat niet per definitie haaks op bepaalde waarden. Het kan zelfs (deels) een basis hebben in een waarde of meerdere waarden. Berden en Baart (2011) stellen daarover bijvoorbeeld dat “de toenemende oriëntatie op marktwerking en geldelijke beloning veel invloed heeft op de opstelling van het individu, onder wie de professional.” Met andere woorden, de waarden efficiency en competitie (zie ook New Public Management in paragraaf 1.5.1) geven voeding aan het vergroten van eigen belang.

Daardoor lopen waarden en belangen door elkaar heen en is eigen belang op voorhand niet zomaar als negatief te waarderen.

Samengevat kan de deelvraag naar waarden in besluitvormingsprocessen tussen raad van bestuur en medisch specialisten in drie delen beantwoord worden. In de eerste plaats geldt dat waarden vrijwel altijd impliciet aanwezig zijn. Ten tweede blijkt dat professionele autonomie en kwaliteit van zorg waarden zijn die in ieder besluitvormingsproces aan de orde zijn. En, ten derde, blijken de zichtbare of expliciete waarden niet altijd de bepalende, richtinggevende factoren voor het handelen van partijen te zijn. Als complicerend element geldt daarbij dat waarden en belangen in de processen met regelmaat door elkaar heen lopen en wisselen naar gelang het perspectief van de desbetreffende actoren.

7.2.3 Legitimiteit van besluitvorming

In dit onderzoek wordt legitimiteit beschouwd als “de algemene perceptie dat de acties van een organisatie gewenst, juist en passend zijn binnen een bepaald (sociaal gevormd) systeem van normen, waarden, opvattingen en definities” (Suchman, 1995). Toegepast op dit onderzoek gaat het om de vraag of het vanuit waarden gewenst is dat het besluitvormingsproces zo is verlopen en of het gedrag van actoren te rechtvaardigen is. In deze paragraaf wordt per case toegelicht of en in welke mate er sprake is van legitimiteit van besluitvorming.

Prestatiebeloning

Geconcludeerd kan worden dat de legitimiteit van de besluitvorming in deze case meer gezocht (en gevonden) werd in het proces dan in de inhoud van de besluiten. Dit hing onder andere samen met het belang dat beide partijen hechtten aan een toekomstige stabiele en werkbare relatie én door het feit dat beide partijen het beleid vanuit de externe omgeving opgedrongen kregen. Gevoed door deze beide factoren, werden uiteindelijk compromissen bereikt en geaccepteerd.

Bezien vanuit de waarden die dominant waren voor raad van bestuur en medisch specialisten in deze case, is de mate van legitimiteit niet duidelijk af te bakenen aan de hand van de inhoud. De medisch specialisten stellen het eigen belang – om voor hen moverende redenen – boven die van de organisatie. De vraag is of dit gedrag te rechtvaardigen is. Anders gezegd, kan het voorop stellen van eigen belang een grond zijn voor legitimiteit van besluitvorming? In de wetenschap dat medisch specialisten deel uit maken van het ziekenhuis, hetzij in een bijzondere constructie, geeft het te denken dat zij de ‘status aparte’ als grondslag aanwenden voor eenzijdige verhoging van het inkomen zonder dat hier een wederprestatie tegenover staat. Juist in dit laatstgenoemde schuilt de moeilijkheid van dit vraagstuk. Een dergelijke situatie is verklaarbaar, maar stuit op problemen rondom rechtvaardiging ervan intern in het ziekenhuis en zal extern op veel weerstand

en onbegrip kunnen rekenen. Daar staat tegenover dat de medisch specialisten het streven naar een hoger uurtarief wel als legitiem beschouwen. Legitimiteit van een eventuele tariefsverhoging is tevens lastig vanuit de organisatiebrede doelstellingen van het ziekenhuis. Of de kwaliteit en/of toegankelijk van zorg daadwerkelijk verbeterden door dit beleid is twijfelachtig. De efficiency van het ziekenhuis zou afnemen wanneer de volledige verhoging doorgevoerd zou worden.

De inhoud van de besluiten is in deze case te bestempelen als een compromis en onderhandelingsresultaat. Voor geen van de partijen levert het besluit daadwerkelijk tevredenheid op. Dit is anders voor de rechtvaardiging van het proces. Beredeneerd vanuit het belang van het ziekenhuis en de positie van de raad van bestuur is het proces wel degelijk te legitimeren door te wijzen op de waarden die hij voorstond. De raden van bestuur konden niet zomaar ingaan op de wensen en eisen van de medisch specialisten. Gevolg hiervan is dat het vanuit het perspectief van de raad van bestuur te rechtvaardigen is dat het proces leidde tot competitie en spanning. Anders gezegd, dat er in veel ziekenhuizen sprake is geweest van een (marginale) stijging van het uurtarief, betekent dat het eigen belang van de medisch professionele beroepsgroep deels wordt gehonoreerd door de raad van bestuur. Op het eerste oog is dit compromis dus lastig verdedigbaar. Daar staat tegenover dat dit dossier procesmatig beslecht moest worden, omdat het de sfeer in de ziekenhuizen en op andere dossiers nadelig beïnvloedde. Dit werd bevestigd door de onzichtbare processen die onder de medische staven speelden waarin motieven en drijfveren van bestuurders in een negatief daglicht werden gesteld (zie paragraaf 7.2.1). Dit bleef – vanzelfsprekend – niet beperkt tot één dossier, maar was op alle lopende dossiers van invloed. Vanuit een procesoptiek is het compromis te rechtvaardigen en is er daarmee sprake van een zekere vorm van legitimiteit.

Ingrijpen door Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het handelen van IGZ, ziekenhuis en andere partijen in de case rondom de OK-sluiting is te rechtvaardigen, ieder vanuit andere perspectieven en op andere gronden. Daaruit volgt de conclusie dat legitimiteit van het gedrag van actoren in een besluitvormingsproces vanuit verschillende perspectieven beoordeeld moet worden. Er bestaat niet één perspectief op legitimiteit waarop het gedrag van alle actoren te beoordelen is. Legitimiteit is daarmee dynamisch: het perspectief op legitimiteit waarmee een actor naar proces en inhoud van een besluit kijkt, is hierin een belangrijk gegeven.

Wat de legitimiteit van het proces betreft valt in het bijzonder op dat de raad van bestuur en de medisch specialisten gescheiden trajecten liepen richting de IGZ. In de wetenschap dat de samenwerking tussen medisch specialisten en raad van bestuur cruciaal is voor de toekomst van het ziekenhuis, is het twijfelachtig dat de medici niet actief deelnamen aan het gesprek met de IGZ. Onwetend wat de uitkomst van dit gesprek zou worden, konden de medisch specialisten

achteraf hun standpunt bepalen. Ofwel konden zij de raad van bestuur een verwijt maken en als schuldige aanwijzen, ofwel beiden konden samen het (relatieve) succes vieren. In termen van draagvlak, beeldvorming naar de buitenwacht en het uiten van vertrouwen in de raad van bestuur, had het voor de hand gelegen wanneer de medische staf deel zou nemen aan het overleg met de IGZ. Anderzijds geldt dat de raad van bestuur participatie van een vertegenwoordiging van de medische staf had kunnen afdwingen. Uit het onderzoek blijkt dat dit laatste niet het geval is geweest. De raad van bestuur wist zich enkel gesteund door toegezegd vertrouwen van de medische staf. Juist in processen waar onzichtbaarheid van processen een dominante rol heeft, lijkt dit niet voldoende. Op dit punt is het proces waarin enkel de raad van bestuur de IGZ bezoekt voor onderhandeling gelegitimeerd, omdat de uitkomst achteraf inhoudelijk goed was (volledige sluiting werd voorkomen). Mocht de uitkomst anders zijn geweest, zou de legitimiteit van het proces anders beoordeeld worden.

Ten aanzien van de discussie die ontstond over de herbouw van nieuwe OK-capaciteit, geldt dat een deel van de medische staf de eigen waarde boven het organisatiebrede belang van efficiency stelde. Tevens blijkt dat de medische staf als entiteit niet in staat bleek één standpunt in te nemen. Als gevolg van deze verdeeldheid werd het probleem doorgeschoven naar de raad van bestuur. Het eigen belang van een (deel van) de medische staf wordt daarmee tot ziekenhuisbrede problematiek gemaakt, waarover de raad van bestuur moet beslissen. In termen van legitimiteit is dit voor raden van bestuur een lastige situatie. De medische staf kan in een dergelijke situatie altijd de raad van bestuur aanspreken op een verkeerd genomen besluit.

Individueel functioneren medisch specialist

In tegenstelling tot de voorgaand beschreven situatie waarin de raad van bestuur geacht werd een probleem voor de medische staf op te lossen, liep de samenwerking binnen het IFMS dossier zonder issues. Zowel de verantwoordelijkheid van de medische staf voor IFMS intern als de verantwoording over IFMS extern (naar IGZ) door de raad van bestuur kregen adequate invulling. De medische staf bleef 'in the lead' in dit dossier, terwijl achter de schermen de raad van bestuur probeerde dit proces te faciliteren en te stimuleren. Er was een duidelijke rolverdeling die langs helder verdeelde, danwel gegroeide, verantwoordelijkheden te legitimeren is: de raad van bestuur maakt zijn eindverantwoordelijkheid waar en de medische staf neemt de verantwoordelijkheid dit systeem te implementeren.

De inhoudelijke legitimiteit van IFMS systeem staat niet ter discussie, ten minste niet vanuit regelgevend perspectief: de IGZ verplicht ieder ziekenhuis tot implementatie van IFMS. Vanuit de optiek van raden van bestuur en ook van medische staven is het echter de vraag of dit instrument daadwerkelijk bijdraagt aan een verbeterde kwaliteit van zorg en ziekenhuisgovernance. In de wetenschap dat IFMS een verplichting is, is het proces tussen raad van bestuur en medisch

specialisten te rechtvaardigen. Met behoud van de waarden en belangen van beide partijen en in goede harmonie in rolverdeling, wordt het systeem geïmplementeerd en daarmee wordt voldaan aan de wettelijke opdracht.

Analyse

Legitimiteit is in de onderzochte cases niet in absolute mate aan- of afwezig. In aanvulling hierop moet opgemerkt worden dat het sociaal gevormde systeem wisselt in ieder van de drie onderzochte cases. Dit betekent dat de mate van legitimiteit per afzonderlijk besluit beoordeeld moet worden. Vooropgesteld, en in de volgende paragraaf wordt dit nader toegelicht, geldt dat legitimiteit niet enkel bepaald wordt door de partijen die in dit onderzoek centraal staan: raad van bestuur en medisch specialisten. Legitimiteit van een besluit wordt ook bepaald en gewogen door andere partijen, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. De mate waarvan er vervolgens sprake is van legitimiteit wordt mede beïnvloed door het perspectief van betrokken partijen op het besluit en de specifieke context waarin besluitvorming heeft plaats gevonden.

De wisselende sociaal gevormde systemen maken ook dat de rechtvaardiging van gedrag en handelen van partijen hiervan niet los gezien kan worden. De specifieke invulling van het sociaal systeem is van invloed op de mate van legitimiteit van gedrag en handelen van betrokken actoren. Daarmee is legitimiteit eveneens dynamisch: de mate van legitimiteit is telkens opnieuw afhankelijk van betrokken partijen, de focus van ieder van de partijen op enkel het vraagstuk en/of de context ervan, de focus op het hier en nu versus de focus op de toekomst, etcetera. Wat daarbij een essentieel punt lijkt, is dat de nadruk veelal gelegd wordt op de inhoud van een besluit en dit dient ter rechtvaardiging ervan. Uit de analyse van de cases blijkt evenwel dat er meer nadruk op het proces van besluitvorming gelegd moet worden. Juist afwegingen die spelen om het proces zijn beloop te geven kunnen bepalend zijn voor de legitimiteit ervan. Bijvoorbeeld de keuze om een stroef en competitief proces snel te beslechten zodat negatieve effecten ervan op anders dossiers beperkt blijven.

De nadruk die gehecht moet worden aan het proces van besluitvorming wordt versterkt doordat rechtvaardiging van een besluit tussen raad van bestuur en medisch specialisten niet alleen beoordeeld kan worden op waarden die met de inhoud van het besluit gepaard gaan. De waarde kwaliteit van zorg is bijvoorbeeld veelal dominant in besluitvorming, maar blijkt niet altijd de échte waarde te zijn waarop op basis waarvan gedrag verklaard kan worden. Uit de analyse van de cases werd eveneens duidelijk dat indien een besluit tegen waarden of belangen van een partij ingaat, het besluit door de desbetreffende partij als niet gelegitimeerd bestempeld kan worden. Zo werd het in crisistijd genomen besluit tussen raad van bestuur en medische staf over de omvang van een nieuw te bouwen OK-complex enige maanden later door (een deel van) de medisch specialisten als niet gelegitimeerd bestempeld. Zij wensten in de nieuwe situatie,

zonder de druk van de crisis, een groter OK-complex.

Ter beantwoording van de deelvraag in welke mate er sprake is van legitimiteit van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten, geldt dat dit per case beoordeeld moet worden. Er is geen vastomlijnd kader voor handen en legitimiteit is daarmee een dynamisch begrip gebleken. Daarnaast betreffen uitspraken over de mate van legitimiteit voornamelijk de inhoud van het besluit. De onderzochte cases laten evenwel zien dat het proces waarin een besluit tot stand komt ook van invloed is op legitimiteit. Gevolg hiervan is het proces van besluitvorming – het gedrag van actoren daarin – meer aandacht verdient als het gaat over uitspraken over de mate van legitimiteit van besluitvorming.

7.3 **Conclusie: besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten**

7.3.1 **Inleiding**

In de voorgaande paragraaf zijn analyses opgesteld over het besluitvormingsproces tussen raad van bestuur en medisch specialisten, de waarden die in die processen speelden en de mate van legitimiteit die hieruit volgde. De beantwoording van de deelvragen in de voorgaande paragraaf wordt in dit deel gevolgd door de algemene conclusies van het onderzoek. Daartoe wordt in paragraaf 7.3.2 allereerst een algemene beschrijving gegeven van de hoofdconclusies. Dit wordt gevolgd door een verdieping in een aantal elementen achter besluitvormingsprocessen die volgen uit dit onderzoek (paragraaf 7.3.3).

7.3.2 **Algemeen**

Beschrijvingen van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten schetsen een complexe en dynamische omgeving: een arena waarin waarden vooral impliciet aan de orde zijn, veranderlijke coalities gesloten worden, dossiers elkaar beïnvloeden en belangrijke onzichtbare (deel)processen aan de orde zijn. Eén patroon voor besluitvorming komt daarmee niet voort uit de analyse van de cases, wat ook geldt voor de wijze waarop partijen met waardenconfiguraties omgaan. Iedere case staat op zich en moet beoordeeld worden in de context van dat moment. Ook wordt geconcludeerd – en dat is van belang voor het denken over legitimiteit – dat het niet altijd mogelijk is voor de raad van bestuur, voor medisch specialisten of voor hen beiden boven deze arena te staan, als een soort regisseur van het proces. De raad van bestuur en ook de medisch specialisten zijn speler in de arena en kunnen zich niet (altijd) boven het speelveld plaatsen.

De legitimiteit van een besluit, op inhoud en proces, is altijd een product van de interactie tussen beiden. Het aanspreken van de raad van bestuur op legitimiteit (of het ontbreken ervan) door externe partijen is begrijpelijk vanuit de wettelijke, eindverantwoordelijke positie die de raad van bestuur in de governance heeft als het aankomt op kwaliteit en veiligheid. Echter, omdat (de mate van) legitimiteit bepaald wordt door het besluit dat voortkomt uit de interactie tussen raad van bestuur en medisch specialisten én gezien de wetenschap dat geen van hen (noch samen) zich boven de arena van de besluitvorming kan (kunnen) verheffen, maakt dat de invloed die de raad van bestuur formeel wordt toegeschreven niet volledig waargemaakt kan worden.

Wanneer besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten meer in detail bekeken wordt, valt de hoge mate van veranderlijkheid op. In het licht van besluitvorming – en de specifieke aandacht daarbinnen voor waarden en legitimiteit – geldt dat dit proces, als ook het sociaal gevormde systeem, dermate dynamisch is dat dit per case om een aparte analyse vraagt. Elementen die deze veranderlijkheid bepalen zijn de betrokken actoren, de gehele context en bij voorkeur ook het proces over een langere termijn. Kortom, de conclusie luidt dat de mate van legitimiteit van besluitvorming voor een groot deel bepaald wordt door de context waarin besluitvorming plaats vindt en de wijze waarop het proces zich heeft ontwikkeld.

De voornaamste conclusie van dit onderzoek sluit aan op het voorgaande en luidt dat meer nadruk en aandacht uit zou moeten gaan naar het proces van besluitvorming. In de praktijk staat veelal de inhoud van een besluit centraal wanneer naar de legitimiteit van besluitvorming gevraagd wordt. Legitimiteit wordt in de praktijk beperkt in verband gebracht met het proces van besluitvorming. Als voorbeeld geldt de keuze van raden van bestuur om het dossier over prestatiebeloning – na een periode van strijd en wantrouwen – snel te beslechten. Op de inhoud van dit besluit is mogelijk wat af dingen, zeker als sec de uitkomst als norm voor legitimiteit gehandhaafd wordt. Een analyse van het proces plaatst de uitkomst in een ander daglicht. De discussie is beslecht, andere dossiers kunnen doorgang vinden zonder verdere strijd en in het ergste geval wordt een bestuurlijke crisis afgewend.

Het tegendeel geldt evenzo, als het proces anders is verlopen dan op voorhand aangenomen mag worden (bijvoorbeeld doordat een van de cruciale partijen wegblijft van het proces), zijn eveneens vraagtekens te plaatsen bij de uitkomst. Zo gold in de case van de OK-sluiting dat een doemscenario voorkomen werd, nadat de raad van bestuur en de IGZ met elkaar spraken. Echter, het wegblijven van de medisch specialisten in dit gesprek roept vraagtekens op, hetgeen afbreuk doet aan de uitkomst. Wellicht had de uitkomst nog positiever kunnen zijn? Is de medische staf wel echt betrokken bij wat er speelde? Zitten medisch specialisten en raad van bestuur wel op één lijn?

Voortbordurend op het voorgaande is er verschil in de hoedanigheid waarin medisch specialisten en raad van bestuur zich in de relatie presenteren in ieder van de cases. Zeker voor medisch specialisten geldt dat zij, voornamelijk afhankelijk van het onderwerp, door andere koplopers gerepresenteerd worden, waardoor de mogelijkheid bestaat dat er wisselende waarden en oriëntaties opgehangen worden aan het construct 'medisch specialisten'. Omdat hiermee de inhoudelijke oriëntatie van de relatie tussen medisch specialisten en raad van bestuur nogal kan variëren, is het van belang om aandacht te besteden aan de vorm van de relatie. Dit betekent dat de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten, met name het goed houden ervan, een doel op zich is. Anders gezegd, omdat de medisch specialisten in meerdere vormen, uitingen en/of groeperingen betrokken zijn in besluitvorming en daarbij wisselende oriëntaties naar voren brengen, is het goed houden van de relatie tussen beiden essentieel. Dit 'goed houden' moet op een ander niveau liggen dan de inhoud alleen. Denkbaar is dat de continuïteit in leiderschap (zowel aan de kant van de raad van bestuur als aan de zijde van de medisch specialisten) hiervoor een aangrijpingspunt zou kunnen zijn. En hoewel het goed houden van de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten een doel op zich is, is het realiseren ervan complexer geworden. In dit kader kan bijvoorbeeld gewezen worden op de Medisch Specialistische Bedrijven die per 1 januari 2015 ontstaan zijn, waarmee nieuwe relaties ontstaan om aandacht aan te besteden.

Dit onderzoek brengt een aantal zaken naar voren – benoemd als aspecten van besluitvorming – die een rol spelen in besluitvormingsprocessen tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Deze aspecten geven een concrete invulling aan de voornaamste conclusie van dit onderzoek dat het proces van besluitvorming meer aandacht zou moeten krijgen. De aspecten die een concrete invulling geven aan de (zwaardere) nadruk die op het proces van besluitvorming gelegd zou moeten worden, komen in de volgende paragraaf aan bod.

Tot slot is het van belang te stellen dat de oproep om meer nadruk te leggen op het proces van besluitvorming dan momenteel gebeurt in de praktijk, geen oproep is voor meer controle of vormen van procesmanagement. Juist wanneer de legitimiteit van de inhoud van een besluit ter discussie staat, is het raadzaam meer nadruk te leggen op het proces.

7.3.3 Aspecten van besluitvorming

Uit de analyse van besluitvorming in de drie onderzochte cases volgen vier aspecten die van invloed zijn op besluitvorming tussen raden van bestuur en medisch specialisten. Het betreft aspecten die uit verschillende onderdelen of perspectieven bestaan, waarbij de vraag is of er sprake is van balancerende onderdelen of juist van tegengestelde of confronterende onderdelen. In de beschrijving is gekozen voor het beeld van balancerende onderdelen of perspectieven. Het gaat namelijk om onderdelen die naast elkaar kunnen bestaan en elkaar niet per se uitsluiten.

Waar confronteren te veel nadruk legt dat het ene het ander uitsluit, laat balanceren ruimte dat onderdelen samen kunnen gaan. Daarom zijn de onderstaande vier aspecten van besluitvorming geduid als 'balanceren tussen'.

- 1) Balanceren tussen zichtbare en onzichtbare (deel)processen.
- 2) Balanceren tussen waarden en belangen.
- 3) Balanceren tussen perspectieven.
- 4) Balanceren tussen strategisch en opportunistisch handelen.

De vier benoemde elementen beschrijven allen een zekere spanning, vandaar dat het woord balanceren aan deze aspecten is toegevoegd. Deze spanning is te herleiden tot de resultaten van de cases. Daarbij is het niet de opzet dat er absolute keuzes gemaakt moeten worden op ieder van de vier aspecten. De positie op ieder van de aspecten is niet het een of het ander, maar is een positie waaruit een mate van (tijdelijke) balans spreekt. Deze balans is wisselend, per onderwerp en in de tijd. De kern achter deze vier aspecten schuilt erin dat in besluitvormingsprocessen ieder van deze vier kan differentiëren. Dit geldt zowel binnen een dossier als tussen dossiers en tussen bepaalde momenten (factor tijd). Een tijdelijke positie binnen een zeker aspect kan bepaald worden (bijvoorbeeld door druk uit de externe omgeving), maar partijen hebben hier ook zelf invloed op, individueel én gezamenlijk.

De wetenschap dat deze vier aspecten spelen in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten doet ertoe. Dit geldt niet alleen voor een wetenschappelijke analyse van besluitvorming (achteraf), maar ook voor de praktijk. De aspecten bieden een handreiking en een kader waarbinnen partijen zich bewust zijn of kunnen worden van hun positie ten opzichte van de ander in de arena waarin besluiten tot stand komen. Deze inzichten gaan verder dan alleen inhoudelijke standpunten. Het bewustzijn draagt met name bij aan toenemend inzicht in inhoudelijk keuzes, overwegingen en afwegingen die een rol spelen in de wederzijds afhankelijke relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten.

De vier aspecten van besluitvorming zijn bedoeld als verklarende factoren voor het verloop van besluitvorming. Ieder van de vier aspecten geeft een ander inzicht in de positie die ieder van de partijen inneemt, de onderlinge relatie tussen beide partijen en het vertoonde gedrag. De verklaring die ieder van de vier biedt voor het verloop van besluitvorming, levert op haar beurt een nader te maken afweging op. De keuze of nadruk op één onderdeel van het aspect betekent dat de voordelen van het andere onderdeel verloren gaan en vice versa. Een voorbeeld verduidelijkt dit. Waar de buitenwereld (met name de media) toenemend hecht aan transparantie van besluiten en dus aan volledige zichtbaarheid, betekent het dat de waarde die gepaard gaat met onzichtbare (deel)processen verloren gaat. Bij ieder van de vier aspecten is sprake van een dergelijke afweging.

Ad 1: Balanceren tussen zichtbare en onzichtbare (deel)processen

De analyse van de besluitvormingsprocessen laat zien dat een aanzienlijk deel van het proces te duiden is als 'het onzichtbare'. Het belang hiervan is groot. In de case over IFMS was het belang van de onzichtbare sturing door raad van bestuur mede bepalend voor de implementatie van het systeem in de ziekenhuizen. Als voorbeeld wordt verwezen naar het dossier over prestatiebeloning, waarin de medische specialisten achter de rug van de ziekenhuisbestuurders om kwaad spraken over hen, wat het besluitvormingsproces danig beïnvloedde.

Onzichtbare (deel)processen blijken altijd aanwezig te zijn. Het is onmogelijk voor een der partijen om het proces volledig zichtbaar te hebben of te krijgen. Denk bijvoorbeeld aan de informele contacten en de terloopse discussies aan de lunchtafel. In dit soort onzichtbare situaties worden standpunten bepaald, strategieën fijn geslepen en gedrag bepaald. Dit geldt zowel voor de raden van bestuur als voor de medisch specialisten. Op het moment dat het proces weer zichtbaar wordt voor alle partijen, komen deze voorbereidingen tot uiting.

In de cases zijn zichtbare en onzichtbare (deel)processen in wisselende mate naar voor gekomen. Het evenwicht tussen zichtbaar en onzichtbaar lag daarbij niet vast. De ene keer was er meer zichtbaarheid, de andere keer minder. Beiden hebben voor- en nadelen. In de zichtbare processen kunnen partijen onderling bijvoorbeeld afstemmen, ideeën en uitgangspunten uitwisselen en in het onzichtbare kunnen zij ieder voor zich bijvoorbeeld strategie bepalen. Eerstgenoemde was aanwezig in de fase van dreigende OK-sluiting. De case IFMS werd gedomineerd door de onzichtbaarheid van het handelen van de raad van bestuur.

De drie cases laten zien dat onzichtbare (deel) processen nauwelijks te vermijden zijn. Dit geldt zowel voor raden van bestuur als voor medisch specialisten. De vraag die opkomt is hoe dit gegeven past in legitimiteit? Hoe kunnen partijen het besluitvormingsproces zorgvuldig en adequaat beoordelen als delen ervan onzichtbaar zijn geweest? Anders gezegd, kan een besluitvormingsproces waarvan delen niet voor iedereen zichtbaar zijn geweest als rechtvaardig worden beoordeeld? In de situatie waarin dit niet kan, is het een logisch gevolg dat er nog meer druk op de inhoud van een besluit komt te staan. Dit is niet gewenst, zoals aangegeven, omdat eerder gebleken is dat juist het gevolgde proces en/of verwachtingen ten aanzien van nog te komen processen mede bepalende factoren zijn waarmee het besluit staat of valt.

De wetenschap dat de onzichtbare (deel)processen een belangrijke rol spelen in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten is van belang voor de onderlinge vertrouwensrelatie. Naarmate meer procesonderdelen onzichtbaar worden gehouden, speelt het vermoeden van een verborgen (oftewel onzichtbare) agenda sterker. Hierin lijkt ook een gelaagdheid en een fasering aanwezig. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de ene partij het

onzichtbare benoemt naar de andere partij. Dit draagt bij aan legitimering van het onzichtbare. De vraag is daardoor hoe om te gaan met het onzichtbare? Het onzichtbaar houden draagt bij aan wantrouwen jegens de ander, het zichtbaar maken is niet altijd een optie, het benoemen van het onzichtbare is een middenweg en kan ook beide kanten op uitwerken, ofwel wantrouwen aanwakken ofwel bijdragen aan legitimiteit van het proces.

Er gaat complexiteit verscholen achter de balans tussen zichtbaar en onzichtbaar waar het de legitimiteit van een besluit en van besluitvorming betreft. De ambitie om alles zichtbaar te maken, is niet realistisch. Daaraan toegevoegd geldt dat er wel een zekere balans moet zijn. Waar die ligt, is niet voor te schrijven of te voorspellen, hetgeen consequenties heeft voor besluitvorming. Enerzijds geldt dat bij volledige zichtbaarheid de waarde van het onzichtbare verloren gaat. Anderzijds geldt dat bij volledige onzichtbaarheid (kaarten worden voor de borst gehouden) de kans aanwezig is dat over en weer wantrouwen groeit.

Een laatste opmerking hierbij is dat onzichtbaarheid niet gelijk gesteld mag worden aan een situatie waarin enkel "peers" samen komen. Het is veelvoorkomend maar niet uitsluitend zo dat bestuurders onzichtbaar voor medisch specialisten met elkaar praten en andersom. De case van het IFMS systeem laat zien dat ook onzichtbare processen plaats vinden tussen medisch specialisten en bestuurders. Dit proces is dan onzichtbaar voor andere (groepen) medisch specialisten en/of bestuurders. Als gerefereerd wordt aan onzichtbare processen zegt dit dus niets over de samenstelling van partijen in dit proces. Het zegt enkel dat deze delen van het proces niet voor alle partijen zichtbaar zijn.

Ad 2: Balanceren tussen waarden en belangen

Een belangrijke conclusie uit dit onderzoek is dat in besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten waarden altijd centraal staan: het gaat in besluitvormingsprocessen tussen raad van bestuur en medisch specialisten continu over waarden. Waarden zijn daarbij veelal impliciet aan de orde. Het bieden van hoogwaardige kwaliteit van zorg aan patiënten, het belang van de patiënt voorop plaatsen, professionele autonomie borgen, het behouden van de continuïteit van het bedrijf zijn enkele voorbeelden van waarden die continu spelen en die uit de onderzochte cases direct te herleiden zijn. Desondanks komen deze waarden in besluitvorming beperkt als zodanig naar voren; ze spelen impliciet en onbewust.

Een uitzondering hierop is een situatie waarbij er sprake is van een ethisch probleem. De kans is groter dat waarden dan explicieter aan de orde komen. Denk hierbij aan privacybescherming van patiënten bij het maken van filmbeelden op een SEH²⁹, of hoe het ziekenhuis om moet gaan met orgaandonatie in relatie tot een euthanasiewens³⁰.

Naast de conclusie dat waarden impliciet spelen, worden waarden die in besluitvorming spelen door de raad van bestuur en medisch specialisten anders beoordeeld. Kwaliteit van zorg wordt door beide partijen hoog geacht, maar de invulling ervan en het gedrag wat daarop aansluit wisselt.

Een element dat daaraan gekoppeld is, is dat waarden voor de ene partij, door de andere partij gezien of geïnterpreteerd wordt als belangen en er als zodanig op geanticipeerd wordt. Ook hierin bestaat de kans dat er verschil van opvatting tussen partijen bestaat, hetgeen van invloed kan zijn op het (verwachte) gedrag dat de ander zal laten zien. Een belangrijk element van de definitie van het concept waarde, zoals in dit onderzoek gehanteerd, is dat een waarde richting geeft aan gedrag. Indien de andere partij een veronderstelde waarde als belang ziet, is een gevolg dat dit gedrag gepercipieerd wordt als het opvolgen van eigen belang (zie ook de definitie van het concept waarde in paragraaf 1.2.2). Uit het onderzoek blijkt dat wat als waarde wordt aangehaald in een discussie, door de ander niet altijd als waarde gezien wordt. Ook is de vraag of de waarde die wordt aangehaald, niet geldt als instrument om een belang te representeren. Deze verbondenheid tussen en vermenging van waarden en belangen blijkt met name wanneer het eigen belang van een van beide actoren in het geding is. Als voorbeeld kan de case van de OK-sluiting aangehaald worden. De ambitie van de medisch specialisten tot de herbouw van meerdere operatiekamers dan waartoe eerder besloten is, werd door henzelf geschaard onder het verbeteren van de toegankelijk van zorg. De raad van bestuur legde dit daarentegen uit als gedrag gericht op het vergroting van de eigen inkomsten door meer productiecapaciteit.

Kortom, uit de onderzochte cases komt naar voren dat waarden en belangen door elkaar heen lopen. Het onderscheid tussen beiden lijkt in eerste instantie slechts semantisch, maar het effect dat beiden door elkaar heen lopen is van belang voor besluitvorming. Het gedrag dat volgt uit hetzij een waarde, hetzij een belang is namelijk anders. Of ten minste, dit gedrag wordt anders beoordeeld door de andere partij. De wetenschap dat raden van bestuur en medisch specialisten tegelijk en door elkaar heen bezig zijn met waarden en belangen is vitaal, omdat dit het proces van besluitvorming kan helpen.

De complexiteit die aldus ontstaat uit het mechanisme van waarden en belangen in besluitvorming, hangt vooral samen met het getoonde gedrag. Dit wordt ofwel beschouwd door de ander als oprecht en dienend aan een waarde, ofwel beschouwd als het realiseren van eigen belang. Daarmee is het onderscheid van belang om te kunnen spreken over gerechtvaardigd

²⁹ In 2012 deed een soortgelijk voorval zich voor in het VUmc waar tv-producent Eyeworks opnames maakte voor een tv-programma.

³⁰ Begin 2015 deed zich een vergelijkbare casuïstiek voor in Nijmegen. Het Radboudumc en het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis waren betrokken rondom de vraag orgaan donatie uit te voeren bij een patiënt die korte tijd later euthanasie krijgt.

gedrag of opportunistisch gedrag. Dat waarden altijd centraal staan en dat deze meestal impliciet blijven, geeft voeding aan de ambivalente balans tussen waarden en belangen in besluitvormingsprocessen tussen raad van bestuur en medisch specialisten.

Ad 3: Balanceren tussen perspectieven

Het derde aspect waarvan sprake is binnen besluitvormingsprocessen tussen raad van bestuur en medisch specialisten, is te duiden als balanceren tussen perspectieven. Een tweetal dimensies die volgen uit de onderzochte casuïstiek maken het verschil in perspectief tussen raad van bestuur en medisch specialisten concreter.

In de eerste plaats verschilt de focus van de raden van bestuur en medisch specialisten op de dimensie tijd. Uit het onderzoek blijkt dat medisch specialisten een voorliggend dossier voornamelijk beoordelen in het heden. Daar staat de focus op de (nabije) toekomst van de raad van bestuur tegenover. De medisch specialisten in de case van de OK-sluiting waren primair gericht op heropening. De discussie over de omvang van het te herbouwen complex werd later opnieuw gestart omdat pas op dat moment het 'probleem' als actueel werd gezien. Het besluit over de omvang van het complex werd door de raad van bestuur in eerste instantie genomen met perspectief op de lange(re) termijn.

Een tweede dimensie hangt samen met de breedte van en de context waarbinnen een dossier beoordeeld wordt. Op hoofdlijnen kan geconcludeerd worden dat de raad van bestuur een besluit beschouwt in de context van andere dossiers en vraagstukken. Over het algemeen beschouwen medisch specialisten een vraagstuk meer geïsoleerd van de omgeving. Dit punt is direct herleidbaar tot de case over prestatiebeloning. Daarin waren medisch specialisten gericht op de uitkomst van het dossier, terwijl de raad van bestuur vanuit een breder perspectief het proces beoogde af te ronden om negatieve effecten op andere dossiers te voorkomen.

Vanuit deze twee dimensies is er dus sprake van een uiteenlopende perspectieven tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Dit komt tot uiting in besluitvormingsprocessen en ook op de beoordeling van legitimiteit van een besluit. Hierin schuilt ook de complexiteit die achter dit aspect schuil gaat. Want een verschil in perspectief tussen beiden op de legitimiteit van een besluit, kan ertoe leiden dat menig besluit zowel te bestempelen is als goed en als niet goed. Kortom, de wisselende perspectieven spelen in het proces van besluitvorming en hebben effect op de waardering van de uitkomst. Samen met het aspect 'waarden en belangen' (ad 2.) verhoogt dit de complexiteit van besluitvorming tussen beiden.

Ad 4: Balanceren tussen strategisch en opportunistisch handelen

Onder de noemer 'balanceren tussen waarden en belangen' is het woord opportunisme genoemd. Opportunistisch gedrag wordt hierbij gezien als handelen zonder met bepaalde principes rekening

te houden, maar enkel de omstandigheden als uitgangspunt voor het handelen te nemen. Strategisch gedrag en opportunistisch gedrag hebben als overeenkomst dat het handelen gericht is op eigen belang of het behalen van de eigen doelen. Onderscheid tussen beiden is dat strategisch handelen een zekere mate van openheid en kwetsbaarheid veronderstelt. Bij opportunisme gaat het om de verborgenheid van dit handelen. In zekere zin vertoont het onderscheid tussen beiden overeenkomsten met het zichtbare en het onzichtbare (ad 1.).

Uit dit onderzoek blijkt dat beide handelingsvormen voorkomen. Het onderscheid is daarbij niet altijd evident en er is sprake van een glijdende schaal: het een gaat soepel over in het ander. Als kern voor beiden geldt dat het handelen voort komt uit het streven net iets meer uit een discussie te halen. Het gedrag gaat zelden over wezenlijke basisonderdelen of basisvoorwaarden. Veel meer gaat het erom iets extra te realiseren. De case rondom de OK-sluiting waarin een eerder genomen besluit over de omvang van het nieuw te bouwen OK-complex heroverwogen werd door de medisch specialisten, was hiervan een duidelijk voorbeeld. Het laat zich aanzien dat opportunistisch gedrag zich met name voor doet als instrument om genomen besluiten aan te grijpen als startpunt voor nieuwe onderhandelingen. De verklaring daarvoor is dat met het eerste besluit een bepaalde ondergrens vastligt en er wellicht meer uit de discussie te halen is door die opnieuw te starten. De case over prestatiebeloning bevestigt dit. Het uurtarief werd door medisch specialisten niet ter discussie gesteld, tot aan het moment dat de overheid het nieuwe beleid introduceerde en daarmee de optie opende voor medisch specialisten om over het uurtarief te onderhandelen met de raad van bestuur.

Opportunistisch en strategisch gedrag doen zich beiden voor in besluitvormingsprocessen en vinden over en weer plaats tussen medisch specialisten en raden van bestuur. Zoals eerder aangegeven, geldt ook binnen dit aspect dat er geen sprake is van het een of het ander. Er moet een zeker evenwicht zijn. Wanneer opportunisme de overhand heeft, voedt dit het wantrouwen van de ander. Als strategisch gedrag te veel de overhand krijgt leidt dit tot een situatie waarin de ander zich geen serieuze deelnemer voelt aan het proces (we doen in alle openheid wat voor goed is voor onszelf).

Dit aspect, als toevoeging, verdient een expliciete koppeling met het voornoemde aspect 'balanceren tussen perspectieven' (ad 3.). Want het duiden van gedrag als opportunistisch of strategisch kan (en zal) wisselen tussen raad van bestuur enerzijds en medisch specialisten anderzijds. Niet alleen is de balans tussen beiden een glijdende schaal, ook het perspectief of gedrag opportunistisch of strategisch is, wisselt. Kortom, in de balans tussen opportunistisch en strategisch gedrag moet een evenwicht bestaan. Daarbij is sprake van een glijdende schaal tussen het een en het ander, zodat veel ruimte bestaat voor partij A tot interpretatie van het gedrag van partij B. Van belang is de wetenschap dat opportunistisch en strategisch gedrag aan de orde zijn.

7.4 **Discussie**

7.4.1 **Inleiding**

In deze discussieparagraaf komt een aantal punten aan bod dat voortkomt uit de gesprekken die voor het onderzoek gevoerd zijn en uit de empirie en de literatuur die bestudeerd zijn, maar niet specifiek aansluiten op de geformuleerde deelvragen. In eerste instantie betreft dit een aantal factoren die mogelijk van invloed zijn op besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Daarmee sluit deze paragraaf aan op de conclusie dat er in de praktijk meer aandacht zou moeten zijn voor het proces van besluitvorming.

7.4.2 **Drie factoren die bijdragen aan besluitvorming**

Het onderzoek heeft zich toegespitst op de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Daarbij is specifiek gekeken naar het proces van besluitvorming, de inhoud ervan en de mate van legitimiteit ervan. Toch zijn – vooral in de gevoerde gesprekken voor dit onderzoek met bestuurders en medisch specialisten – andere elementen aan bod gekomen, die mogelijk invloed hebben op de vraag hoe beide partijen omgaan met waardenconfiguraties in besluitvormingsprocessen. Onderstaand worden de volgende drie toegelicht:

- 1) De persoonlijke verhoudingen.
- 2) Het expliciteren van waarden.
- 3) Het belang van framing.

Ad 1: De persoonlijke verhoudingen

De relatie tussen raden van bestuur en medisch specialisten blijft in dit onderzoek op het niveau van het collectief. In de werkelijkheid vindt besluitvorming vanzelfsprekend plaats tussen personen en juist daarin lijkt een belangrijke factor verscholen voor besluitvorming. Indien de kernspelers goede persoonlijke verhoudingen hebben, is het denkbaar dat er in de basis meer vertrouwen is/kan ontstaan, er meer wederzijds begrip is en er meer openheid is in besluitvormingsprocessen. Vanzelfsprekend zijn individuele factoren hierin van belang, zoals vertrouwen, de mate van consequent en consistent handelen, persoonlijkheid en individuele mores. In de professionele, positionele verhoudingen zijn factoren aan de orde zoals stijl van besturen, collegialiteit, complementariteit en competenties.

Ad 2: Het expliciteren van waarden

Naast goede persoonlijke en vertrouwensvolle verhoudingen kan het expliciteren van waarden een bijdrage leveren aan (de kwaliteit van) besluitvorming. De koppeling tussen beiden is gelegen in de aanname dat wanneer mensen elkaar echt kennen het eenvoudiger is de waarden die ieder van de partijen hoog acht openhartig met elkaar te delen en te bespreken. Het leidt tot duidelijke verhoudingen en meer voorspelbaarheid in het geval er inhoudelijke oneindigheid

is. Het gedrag van de ene partij kan door de andere partij sneller begrepen worden. Het expliciteren van waarden en de persoonlijke verhoudingen hangen nauw samen. Derhalve zou het expliciteren van waarden in goede tijden plaats moeten vinden en bij voorkeur op het moment dat partijen in een beginfase van samenwerking verkeren. Het investeren in elkaars waarden en het doorgronden van drijfveren geven een sterke basis voor de toekomst (zie ook: Peters & Waterman, 1982) en kunnen een voedingsbodem zijn voor de 'license to operate' van raad van bestuur en medisch specialisten.

Ad 3: Het belang van framing

Framing is een factor in het besluitvormingsproces tussen raad van bestuur en medisch specialisten die er toe doet. Tversky & Kahneman (1981) definiëren framing als volgt: "the decision-maker's conception of the act, outcomes and contingencies associated with a particular choice." Alle partijen, zowel in het ziekenhuis als in de context van het ziekenhuis, proberen hun standpunt, opinie of oordeel zo tot uitdrukking te brengen dat het er sprake is van gerechtvaardigd gedrag en dus van legitimiteit van dit gedrag. Daarbij moeten met name de media genoemd worden. Het kan bijdragen aan de legitimiteit van een besluit wanneer raad van bestuur en medisch specialisten dit besluit uitdragen in gezamenlijkheid, bewust voorzien van een adequaat frame, zodat het besluit door partijen uit de omgeving van het ziekenhuis als legitiem bestempeld wordt.

7.4.3 Samen of alleen?

In de inleiding van dit onderzoek is geschetst dat de raad van bestuur niet alleen in samenwerking met de medische staf besluiten neemt. Op dagdagelijkse basis neemt de raad van bestuur ook besluiten zonder de betrokkenheid van de medisch specialisten. Derhalve is een denkbaar vijfde aspect achter besluitvorming de balans tussen samen of alleen. In combinatie met de punten 1 en 2 uit de vorige paragraaf, lijkt de voorkeur te bestaan dat raad van bestuur en medisch specialisten zo veel als mogelijk samen optrekken. Zeker wanneer het dossier waarover besloten moet worden een grote impact kan hebben/heeft. Hoewel dit als een vanzelfsprekendheid klinkt, is dit het niet. Om uiteenlopende redenen en op uiteenlopende momenten gebeurt het dat een raad van bestuur alleen opereert. Zonder dit op voorhand af te keuren, lijkt een situatie de voorkeur te genieten waarin de samenwerking gezocht wordt. Andersom geldt dat samenwerking over het algemeen als effect kan hebben dat een proces vertraagt en/of in zeker mate van de eigen inhoudelijke koers afgeweken moet worden. Evenals geldt voor de andere aspecten van besluitvorming (paragraaf 7.3.3), geldt dat de balans in samen of alleen opereren niet vast is. Wel lijkt het erop dat de balans meer uit zou moeten slaan naar de kant van samenwerking.

7.5 Reflectie op het onderzoek

Ter afsluiting van dit onderzoek, komen drie reflecties op het onderzoek aan bod, te weten:

- 1) Reflectie op de case-studies.
- 2) Reflectie op legitimiteit.
- 3) Reflectie op de inhoud van besluitvorming.

Ad 1: Reflectie op de case-studies

De drie cases in dit onderzoek zijn geselecteerd aan de hand van het dominante domein waarop ze betrekking hadden (zie paragraaf 1.7.2). Dit betreft een vereenvoudiging van de realiteit. Geen van de cases blijft beperkt tot dit dominante domein. Ieder van de cases heeft raakvlakken met meerdere domeinen.

De case over prestatiebeloning heeft inhoudelijk een dominantie in het domein van de markt als de inhoud van het beleid leidend is in de wegging. Het beleid is daarnaast afkomstig van het ministerie van VWS en behoort vanuit dat perspectief toe aan het domein van overheid & politiek. Het beoogde doel van dit beleid was de verbetering van de kwaliteit van zorg, hetgeen raakt aan het domein van de gemeenschap. En dat het beleid ook kenmerken heeft van het medisch professioneel domein wordt veroorzaakt doordat het appelleert aan het presteren van de individuele arts.

Eenzelfde redenering geldt voor de IFMS-case. Het beleid komt oorspronkelijk voort uit het medisch professioneel domein, werd overgenomen door de IGZ en dus het domein van overheid & politiek. De gemeenschap raakt betrokken omdat IFMS appelleert aan de geleverde kwaliteit en het verbeteren van prestaties van medisch specialisten. Ook de maatschappelijke verantwoordelijkheid die de beroepsgroep neemt met IFMS straalt af op het domein van de gemeenschap. Het domein van de markt komt minder expliciet aan bod in deze case, al is het door de medisch specialisten gepercipieerde gevoel van controle toe te schrijven aan dit domein.

De IGZ case over het ingrijpen op een OK-complex is direct te herleiden tot het domein van overheid & politiek. Echter, de domeinen gemeenschap, markt en medische professie komen respectievelijk terug als het gaat om de toegankelijkheid, de continuïteit van de bedrijfsvoering en de gestelde normen voor kwaliteit.

Ad 2: Reflectie op legitimiteit

Het onderzoek heeft zich met name gericht op twee partijen die, zo bleek, niet vanzelfsprekend hetzelfde legitimiteitsperspectief hebben. Dit leidt ertoe dat er twee opmerkingen op zijn plaats zijn inzake de legitimiteit.

In de eerste plaats is het kijken naar legitimiteit vanuit twee partijen, i.c. raad van bestuur en medisch specialisten, niet voldoende om een generieke conclusie te kunnen en te mogen trekken over legitimiteit van besluitvorming. Daarvoor zou het noodzakelijk zijn om alle partijen uit de omvangrijke context van het ziekenhuis actief te betrekken in dit onderzoek. De keuze om dit onderzoek in te richten rondom raad van bestuur en medisch specialisten maakte dat het onderzoek – in praktische termen – uitvoerbaar was.

Daaruit volgt het tweede punt. Bezien vanuit de perspectieven op legitimiteit en de uiteenlopende visies hierop tussen alle betrokken partijen in en om het ziekenhuis, komt de vraag op of het zinvol is om besluitvorming in het ziekenhuis te onderzoeken met als doel uitspaken te kunnen doen over legitimiteit. De variatie in standpunten, meningen, opvattingen en perspectieven is dermate groot tussen de veelheid aan partijen, dat een generieke conclusie over de mate van legitimiteit welhaast onmogelijk lijkt. Of zoals Piet Heijn Donner het ooit verwoordde: “U wilt niet weten hoe de worst gemaakt wordt” (NRC Handelsblad, 9 mei 2011).³¹ Toch is het inzicht in besluitvorming in samenhang met legitimiteit interessant. Dit geldt ook voor een breder onderzoek naar legitimiteit. Het verkrijgen van inzicht in mechanismen die van invloed zijn, draagt bij aan een wederzijds (toename van) begrip van standpunten.

Het begrip legitimiteit binnen de ‘strategic triangle’ betreft de algemene opvatting dat een besluit door het ziekenhuis gewenst, juist en passend is. Dit vereist dat het ziekenhuis bekend is met waarden en opvattingen van partijen in zijn omgeving. Gekoppeld aan de conclusie uit dit onderzoek – legitimiteit kan verbeteren door meer nadruk te leggen op het proces van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten – geldt dit andersom evenzo. De omgeving van het ziekenhuis moet op de hoogte zijn van de specifieke context waarbinnen besluitvorming plaats vindt tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Pas dan kan ook de omgeving het proces op waarde schatten en in de inhoud in het perspectief plaatsen dat aansluit op dat van het ziekenhuis. Specifiek gaat het hierbij om de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten van het desbetreffende ziekenhuis. Is deze relatie goed of zijn er problemen? Hebben beiden al een langdurige relatie of is de samenwerking in een beginnend stadium? Delen zij opvattingen of hebben zij uiteenlopende belangen? Dergelijke variabelen (zie ook paragraaf 7.4) zijn van belang voor stakeholders om besluiten adequaat te kunnen duiden en dragen aldus bij aan legitimiteit van besluitvorming.

³¹ In 2011 citeerde minister Piet Hein Donner (destijds minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties in het kabinet Rutte I) Otto von Bismarck. Hij deed dit tijdens een toespraak op de Dag van de Persvrijheid die ging over zijn voornemen het gebruik van de wet Openbaarheid van Bestuur (WOB) in te perken. Met de vergelijking met het maken van worsten doelde Donner erop dat het niet altijd nodig is een verklaring te krijgen of te hebben voor hoe zaken tot stand zijn gekomen (zie NRC Handelsblad, 9 mei 2011).

Tot slot geldt dat in de conclusieparagraaf een aantal uitspraken gedaan is over de mate van legitimiteit van besluiten die door raad van bestuur en medisch specialisten genomen zijn. Deze conclusies zijn gebaseerd op de empirie, de onderzochte cases in dit onderzoek. De algemene uitspraken over legitimiteit moeten in het licht van deze drie cases gezien worden en in het licht van de bovengenoemde beperkingen daarbij.

Ad 3: Reflectie op de inhoud van besluitvorming

De conclusies van dit onderzoek zijn wellicht niet onverwacht. Desondanks is het zinvol dat de conclusies opnieuw getrokken zijn op basis van nieuw empirisch onderzoek. Dit onderzoek draagt met behulp van de conclusies bij aan het verbeteren van de zorgpraktijk.

In het bijzonder dragen de conclusies bij aan de positie van het domein van overheid & politiek in de ziekenhuissector. Uit alle drie de cases blijkt duidelijk dat de positie van overheid & politiek zeer dominant is binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Het lijkt indicatief voor veel besluitvorming in het ziekenhuis dat autonoom door of in het ziekenhuis zelf geïnitieerde besluitvorming beperkt is als gevolg van de dominantie van het domein overheid & politiek. Samen met de autonomie van de medisch specialisten, die ook extern gereguleerd en gelegitimeerd wordt, is de inhoud van besluitvorming in het ziekenhuis opvallend veel van extern afkomstig. Dit beperkt voor het ziekenhuis de mogelijkheden om tot autonoom geïnitieerde besluitvorming te komen.

De dominante positie van overheid & politiek op besluitvorming én de (toenemende) extern geregeerde autonomie van medisch specialisten, betekenen voor raden van bestuur dat zij tussen twee tegengestelde bewegingen inzitten en zij bedreven moeten zijn in de 'evenwichtskunsten' om effectief te kunnen blijven.

7.6 Toekomstige ontwikkelingen

Zoals in het eerste hoofdstuk van dit onderzoek geschetst, doen zich de komende jaren tal van ontwikkelingen voor binnen de ziekenhuissector. Aan de hand van een aantal ontwikkelingen wordt onderstaand gespeculeerd over mogelijke consequenties ervan voor de raad van bestuur en medisch specialisten.

Het ziekenhuislandschap verandert. De verwachting is onder meer dat de scheiding tussen de zogenaamde 1e, 2e en 3e lijns instellingen verdwijnt (en ook naar de 0^e lijn) en organisatiegrenzen vervagen. Ook de toenemende invloed van patiënten en andere partijen in ziekenhuisbeleid en de mogelijkheden van technologische vernieuwingen zorgen ervoor dat het ziekenhuislandschap er de komende jaren anders uit gaat zien. Vanuit al deze ontwikkelingen en het effect ervan op het ziekenhuis, zou het kunnen zijn dat er andere zaken belangrijker worden voor de toekomst

van het ziekenhuis dan de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Hoewel deze relatie momenteel cruciaal is voor het ziekenhuis, is het voorstelbaar dat ontwikkelingen zoals bovenstaand geschetst dit belang gaan overstijgen en daarmee dominantier worden in de besturing van het ziekenhuis. Denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheid dat een nieuwe technologische innovatie dermate dwingend is voor het voortbestaan van het ziekenhuis dat daarmee deze innovatie dominantier is dan de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten voor de toekomst van het ziekenhuis.

Ook roepen de bovenstaande ontwikkelingen de vraag op of het ziekenhuis in zijn huidige vorm nog wel zo'n belangrijke en prominente rol inneemt in het zorglandschap. Wanneer bijvoorbeeld de scheiding tussen de somatische en psychische zorg (instellingen) vervaagt, ontwikkelen daaruit nieuwe zorgconcepten en daarmee ook nieuwe organisatievormen. Welke vorm dit dan krijgt, is de vraag. Denkbaar is dat meer in netwerken georganiseerd gaat worden, waarbij duidelijke grenzen ontbreken en/of veranderlijk zijn.

Uit dit onderzoek blijkt eveneens dat de grenzen tussen de organisatie ziekenhuis en zijn omgeving troebeler worden. Niet altijd is duidelijk waar keuzes en besluiten door de organisatie worden genomen en waar besluiten volgen uit de dominantie van partijen in de omgeving. De case van het (voormalige) Ruwaard van Putten ziekenhuis waarmee dit onderzoek startte, geeft hierin een inkijk. Uit de case bleek bijvoorbeeld dat de IGZ het bevel gaf dat vier cardiologen van het Ruwaard van Putten ziekenhuis tot nader orde geen zorg meer mochten verlenen. De dominante positie van de IGZ is een duiding van verwaterende grenzen tussen organisatie en omgeving.

Dat 1) het zorglandschap verandert en 2) het ziekenhuis in zijn huidige vorm onzeker is en 3) de grenzen tussen ziekenhuis en omgeving verwateren, betekent dat besluitvorming niet langer het dominante domein van raad van bestuur en medisch specialisten zal blijven of noodzakelijk tot deze twee partijen beperkt blijft. Besluitvorming zal zich (moeten) verbreden naar andere partijen. Dit betekent automatisch dat besluitvorming breder bekeken en beoordeeld moet worden. De case van het (voormalige) Ruwaard van Putten ziekenhuis gaf al een eerste inzicht in besluitvorming waarin meerdere partijen betrokken zijn, "iets" vinden en mee besluiten.

In termen van legitimiteit van besluitvorming én vooruitlopend op de genoemde ontwikkelingen, is het raden van bestuur en medisch specialisten (i.c. Verenigingen Medische Specialisten (VMS) en/of Medisch Specialistische Bedrijven (MSB)) aan te bevelen om te stoppen met enkel naar elkaar te kijken. Beiden zouden meer naar buiten moeten kijken, naar de partijen in de omgeving. Daar zijn de waarden aanwezig die het ziekenhuis (in welke vorm dan ook) geacht wordt te leveren en dus ligt daar ook de legitimiteit.

Kortom, de oproep aan medisch specialisten en raden van bestuur is om te anticiperen op toekomstige ontwikkelingen en veranderingen in besluitvorming. Zij zouden daartoe moeten stoppen de focus vooral op elkaar te houden en zich in sterkere mate open moeten stellen voor partijen uit de externe omgeving. Alleen dit vergroot de legitimiteit van besluitvorming.

Daarin ligt ook de opmaat naar vervolgonderzoek. De uitdagingen waarvoor ziekenhuizen zich de komende jaren gesteld zien, zijn talrijk met de nodige consequenties voor de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Het vraagstuk hoe besluitvorming hierop adequaat ingericht kan worden en partijen hierop anticiperen – met behoud en/of verbetering van legitimiteit – is wetenschappelijk relevant. Daar waar het legitimiteit van besluiten betreft, verdient het dan in het bijzonder de voorkeur om in vervolgonderzoek specifieke aandacht te besteden aan de partijen in de omgeving van het ziekenhuis en de wijze waarop zij deze ontwikkelingen benaderen.

Literatuur

- **Berden**, H.J.J.M. en A.J. Baart (2010) De bittere vergelding: over perverse financiële prikkels in de zorg. In: Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. Vol. 154 (A:2172), nr. 51/52, pp. 2370 – 2373
- **Branden**, T., W. van de Donk en P. Kenis (2006) Meervoudig bestuur: publieke dienstverlening door hybride organisaties. Den Haag: Lemma
- **Lange**, H., H. Beijer en H. Abeln (2013) Bestuurskracht : Vuistregels voor de inrichting van het ziekenhuisbestuur. Den Haag: Sdu uitgevers
- **Meurs**, P.L. en T.E.D. van der Grinten (2005) Gemengd besturen. Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg. Den Haag: Academic Service
- **Moore** M.H. (1995) Creating Public Value: Strategic Management in Government. Cambridge, Mass: Harvard University Press:
- **Noordegraaf**, M. (2008) Professioneel bestuur: de tegenstelling tussen de publieke manager en professionals als 'strijd om professionaliteit'. Den Haag: Lemma (oratie)
- **Orde van medisch specialisten** (OMS) (2008) Individueel Functioneren van Medisch Specialisten: Persoonlijk beter. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten
- **Peters**, T. and R.H. Waterman (1982) In search of excellence: lessons from America's best-run companies. New York: Harper and Row
- **Putters**, K. (2009) Besturen met duivselastiek. Rotterdam: iBMG (inaugurele rede)
- **Suchman**, M.C. (1995) Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. In: The academy of management review. Vol. 20, issue 3, pp. 751 – 610
- **Tversky**, A. and D. Kahneman (1981) The framing of decisions and the psychology of choice. In: Science. Vol. 211, no. 4481, pp. 453 – 458
- **Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid** (WRR) (1994) Besluiten over grote projecten. Den Haag:

Sdu Uitgevers

Samenvatting

Hoofdstuk 1 beschrijft dat de Nederlandse ziekenhuizen de komende jaren tal van ontwikkelingen en uitdagingen wachten en dat de existentiële opdrachten die daarbij aan de orde komen, vragen om besluitvorming. Besluitvorming dient daarbij zodanig te zijn dat alle betrokken partijen deze als legitiem bestempelen. Uit een brede verkenning blijkt dat binnen een ziekenhuis twee partijen cruciaal zijn waar het besluitvorming betreft: de raad van bestuur en de medisch specialisten. De relatie tussen hen bestaat in meerdere en verschillende verschijningsvormen en is in dit onderzoek daarom geduid als problematisch complex. Besluitvorming tussen deze twee partijen is complex en kan bijvoorbeeld leiden tot een patstelling zoals in het voormalige Ruwaard van Putten ziekenhuis gebeurde. Doel van dit proefschrift is daarom te onderzoeken wat zich afspeelt onder deze complexiteit. Om drie redenen is dat interessant. In de eerste plaats draagt het onderzoek bij aan de governance van het ziekenhuis, omdat besluitvorming een belangrijk onderdeel is van de “adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert” (commissie Meurs, 1999). Ook is het interessant om ‘governance in actie’ te onderzoeken: het verkrijgen van nadere maatschappelijke en wetenschappelijke inzichten in de relatie tussen raad van bestuur en medische staf en het effect hiervan op de legitimiteit van het (handelen van het) ziekenhuis. De existentiële vragen waarover besluitvorming plaats moet vinden, gaan over dominante waarden in besluitvorming. Deze waarden zijn niet automatisch gelijk tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Het belang van analyse van waardenconfiguraties die daadwerkelijk een rol spelen in besluitvorming vormt de derde reden voor dit onderzoek.

De vraagstelling van dit onderzoek volgt uit het voorgaande: op welke wijze gaan raad van bestuur en medisch specialisten om met waardenconfiguraties in besluitvorming. Ter beantwoording ervan staan twee concepten centraal: hybriditeit en de ‘strategic triangle’. Hybriditeit behelst de langdurige tegenstelling van ideaaltypisch tegengestelde waarden/waardepatronen binnen de kernprocessen van een organisatie. Binnen dit onderzoek betreft hybriditeit de samenballing van waarden uit een viertal domeinen: markt, overheid & politiek, gemeenschap en de medisch professie. Het ziekenhuis opereert in deze hybride context wat een belangrijke vector is voor het gedrag van zowel raad van bestuur als medisch specialisten binnen besluitvorming. De ‘strategic triangle’ verbindt drie elementen: capaciteit, legitimiteit en zingeving. Kern van dit model is dat een organisatie de waarden moet voortbrengen (zingeving) die de omgeving van haar verlangt (legitimiteit) en daarvoor de noodzakelijke capaciteiten in moet zetten. Binnen dit onderzoek zijn de waarden die het ziekenhuis moet leveren in besluitvorming gerelateerd aan de waarden uit de hybride ziekenhuiscontext. Legitimiteit is gericht op besluitvorming; is het vanuit de omgeving gewenst dat een besluitvormingsproces is verlopen zoals het is verlopen?

Capaciteit – het vermogen de gevraagde waarden te leveren – betreft de onderwerpen waarover besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten plaats vindt.

Het onderzoek is vorm gegeven aan de hand van drie casestudies. Ieder van de drie is geselecteerd aan de hand van de hybride ziekenhuiscontext. Per case ligt de nadruk op één van de volgende domeinen: markt, overheid & politiek en medische professie. Het domein gemeenschap komt in alle cases voor, doordat waarden uit de persoonlijke omgeving van de patiënt in de drie cases aan de orde komen. De eerste case betreffende prestatiebeloning is onderzocht met het accent op het marktdomein. De case behandelt de mogelijkheid voor raden van bestuur te variëren in het uurtarief van medisch specialisten. Het domein van overheid & politiek is dominant in de tweede case, waarin de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onaangekondigd inspectiebezoek uitvoert in het operatiecomplex van een topklinisch ziekenhuis en aansluitend voornemens is tot sluiting van de operatiekamers over te gaan. De derde case, over het systeem van Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS), legt het accent op het domein van de medische professie. In deze case is de implementatie van het systeem binnen een aantal Nederlandse ziekenhuizen onderzocht.

Wetenschappelijk is het onderzoek relevant op een viertal gebieden. Governance binnen de Nederlandse gezondheidszorg wordt al jaren wetenschappelijk onderzocht. Daarbij gaat veel aandacht uit naar de bijbehorende verantwoordingsaspecten. Dit onderzoek richt zich met nadruk op de 'voorkant' van het governanceproces. Dat dit onderzoek bijdraagt aan theorievorming rondom de besturing van professionele organisaties, geldt als tweede relevant gebied. Besluitvorming tussen bestuurders en medisch specialisten en hoe de waarden van beiden zich daarin tot elkaar verhouden, dragen bij aan dit wetenschappelijke thema. Volgend op het concept hybriditeit, draagt dit onderzoek bij aan de ontwikkeling van dit concept. De noodzakelijke (verdere) empirische lading van dit concept is hierbij het voornaamste. Als laatste geldt dat analyse van het gedrag van raad van bestuur en medisch specialisten in besluitvorming bijdraagt aan onderzoek naar waarden, vanuit de wetenschap dat waarden sturend zijn voor gedrag.

Hoofdstuk 1 bevat tenslotte de leeswijzer. Het proefschrift is ingedeeld in drie delen: Het eerste deel 'context en theoretische concepten van het onderzoek' bestaat naast de voorgaande inleiding in hoofdstuk 1 uit twee hoofdstukken. Het tweede hoofdstuk behelst een bredere analyse van de ziekenhuisgovernance. In het derde hoofdstuk gaat het over een specifiek model dat bijdraagt aan de systematische analyse van problemen binnen het ziekenhuis. Het tweede deel van dit proefschrift omvat het empirische onderzoek, waarin achtereenvolgens de bestudeerde cases aan bod komen: de case prestatiebeloning in hoofdstuk 4, de case over het ingrijpen van de IGZ in hoofdstuk 5, gevolgd door de studie naar IFMS in hoofdstuk 6. Het derde deel, hoofdstuk 7, omvat de conclusies en discussie van het onderzoek, dat met reflectie en een

duiding van toekomstige ontwikkelingen wordt afgesloten.

Hoofdstuk 2 karakteriseert de Nederlandse ziekenhuizen als organisationele netwerken. Ze opereren in een complexe en onduidelijke context als gevolg van samenvallende principes en sturingsmechanismen vanuit de markt en vanuit de hiërarchie. De vraag luidt hoe governance van de ziekenhuizen het beste georganiseerd zou kunnen worden. Daarbij wordt de context langs twee lijnen beschreven. In de eerste plaats zijn kenmerken van het Nederlandse ziekenhuissysteem geschetst als ook dominante trends daarbinnen. Als tweede is de typische positie van de Nederlandse medisch specialisten binnen de ziekenhuisgovernance toegelicht en de uitdagingen die dit geeft op het vlak van governance. Tot slot is aangegeven dat er twee manieren zijn om governance binnen het ziekenhuis te beschouwen: controle en leren. Als antwoord op de vraag hoe governance het best is te organiseren, volgt dat ieder risico 'gecounterd' zou moeten worden door het best passende instrument. Dit betekent dat noch controle noch leren het enige passende instrument kan zijn voor goede ziekenhuisgovernance. De keuze van de raad van bestuur voor het inzetten van een instrument kan daarmee altijd ter discussie gesteld worden. Wel luidt de conclusie dat de vooraanstaande rol van controle binnen governance en de (hieraan) ondergeschoven rol van leren, geen recht doet aan de mogelijkheden en effectiviteit van de laatste. Daarom luidt de aanbeveling meer aandacht te besteden aan het perspectief van leren binnen de ziekenhuisgovernance. Voorwaardelijk daarbij is een context waarin op vertrouwen gebaseerde relaties bestaan. Partijen in het netwerk van een Nederlands ziekenhuis zouden zich in termen van governance meer open en kwetsbaar op moeten stellen. Voor raden van bestuur en medisch specialisten betekent dit dat beiden ten minste over kwaliteiten moeten beschikken als empathie en sensitiviteit.

Hoofdstuk 3 beschrijft de governance van het ziekenhuis vanuit de complexe en ambivalente problematiek die er zich voordoet, wat ook leidt tot discussie in besluitvormingsprocessen. Met die achtergrond beschrijft dit hoofdstuk een diagnosemodel dat bijdraagt aan een adequate analyse van problemen en de oorzaken daarvan. Het doel ervan is meer consensus te bereiken tussen betrokken partijen over oorzaak en oplossing. De gedachte is dat besluitvorming tussen partijen hierdoor effectiever wordt. Het beschreven model is toegepast op casuïstiek rondom een dreigende OK-sluiting en richt zich op de relatie tussen raad van bestuur en medische staf. Geconcludeerd wordt dat medische professionals het belang van patiëntveiligheid onderschrijven, maar dat meningen over de relatie tussen professionele autonomie, verantwoording over handelen en de waarde van richtlijnen en protocollen wisselen per situatie. Ook bestaan uiteenlopende beelden onder betrokken partijen over de geconstateerde problemen en oorzaken op het OK-

²⁸ Op 24 juni 2013 is het Ruwaard van Putten ziekenhuis failliet verklaard en is daarop – in afgeslankte vorm – verder gegaan onder de naam Spijkenisse Medisch Centrum.

complex. Gegeven deze conclusies, biedt het model toegevoegde waarde voor de governance van het ziekenhuis. Het draagt bij aan een adequate analyse van problemen en voorkomt te snelle reactie erop die tot onvoldoende duurzame oplossingen leidt.

Hoofdstuk 4 is het eerste hoofdstuk van het empirische deel van het onderzoek. Dit hoofdstuk behandelt het effect op en in de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten van nieuw beleid door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In 2008 introduceerde het ministerie beleid dat duidelijke overeenkomsten heeft met pay-for-performance (P4P) met als gevolg dat het domein van de markt dominant is in deze case. Het beleid voorzag raden van bestuur van de mogelijkheid om te differentiëren in het uurtarief tussen individuele medisch specialisten met 6 euro, positief en negatief. De studie beantwoordt de vraag welke effecten het instrument voor prestatiebeloning heeft gehad op de relatie tussen raden van bestuur en medisch specialisten. Hiervoor is een kwalitatieve studie verricht onder 14 ziekenhuizen. De conclusie van het onderzoek luidt dat er uit dit beleid geen positieve effecten voort kwamen op de relatie tussen beide partijen. Wel is geconstateerd dat het beleid leidde tot extra en verhoogde druk tussen beide partijen. Verder bleek het instrument te veel geïsoleerd geïmplementeerd te zijn. Het miste voldoende flankerend of ondersteunend beleid en hield onvoldoende rekening met de andere domeinen uit de hybride context dan dat van de markt. Dit is beschreven als een 'value gap'. Ten slotte luidt de conclusie dat het beleid van prestatiebeloning leidt tot ongepast gedrag en enkel geïmplementeerd zou moeten worden als er adequate verbindingen worden gemaakt met waarden uit de andere domeinen. Tevens zou voorwaardelijk moeten zijn dat er een periode van voldoende testen en risico-onderzoek voorafgaat aan de implementatie van een dergelijk beleidsvoorstel.

Hoofdstuk 5 beschrijft de interventie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) met een zeer grote impact op het ziekenhuis, de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten in het bijzonder. Door het ingrijpen van de IGZ is het domein van overheid & politiek dominant in deze case. Na een onaangekondigd inspectiebezoek besloot de IGZ tot onmiddellijke sluiting van het OK-complex. De IGZ baseerde het besluit op geconstateerde tekortkomingen ten aanzien van de kwaliteit van de geleverde zorg. De effecten van het sluiten van een OK-complex zijn veelomvattend voor het ziekenhuis; meer dan enkel de kwaliteit van zorg. Uit het retrospectieve en kwalitatieve onderzoek bleek de relatie tussen raden van bestuur en medisch specialisten te wisselen per fase na het besluit van de IGZ. Verder bleek dat de crisis momentum geeft voor hiërarchische sturing en besluitvorming door de raad van bestuur, geaccepteerd door de medisch specialisten. Verder viel een hoge mate van padafhankelijkheid op: er zijn geen structurele veranderingen in gedrag en houding gerealiseerd onder medewerkers en medisch specialisten op het OK-complex die volgen uit het ingrijpen van de IGZ. Ook binnen deze case werd – evenals in hoofdstuk 4 – een 'value gap' geconstateerd.

Hoofdstuk 6 behandelt het systeem van Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS). Het doel van deze exploratieve en kwalitatieve studie was om te ontdekken of, en zo ja in welke mate, dit systeem een bijdrage levert aan de governance van de Nederlandse ziekenhuizen, de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten in het bijzonder. De studie laat twee belangrijke resultaten zien. De eerste luidt dat IFMS niet bijdraagt aan de governance van het ziekenhuis als gevolg van de hoog complexe hybride ziekenhuiscontext. Zowel de raad van bestuur als de medisch specialisten geven daarbij aan dat zij beiden andere instrumenten van groter belang achten om informatie te achterhalen over het functioneren van medisch specialisten. Het tweede resultaat betreft de spanning in de governance van het ziekenhuis tussen enerzijds de zichtbare procedures en systemen en anderzijds het onzichtbare circuit van procedures en gewoonten. Beide vormen bestaan naast elkaar, waarbij de 'onzichtbare wereld' invloedrijker lijkt in governance van het ziekenhuis. Bevestigd werd dat het 'onzichtbare circuit' dominant is en dat het door partijen wordt gezien als waardevoller dan de zichtbare systemen. Het gevolg ervan is dat laatstgenoemden onterecht veel aandacht trekken, wat leidt tot een verspilling van energie op de inzet van deze als inefficiënt gepercipieerde instrumenten.

Hoofdstuk 7 beschrijft de bevindingen en conclusies van dit onderzoek. In de eerste plaats heeft een analyse plaats gevonden over de wijze waarop het proces van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten is verlopen in de drie cases. Deze processen worden gekenmerkt door een hoge mate van dynamiek. Processen verlopen niet voorspelbaar en uniform. Ook is er sprake van een afhankelijkheid van besluitvormingsprocessen van de specifieke situatie, context van het onderwerp waarover besluitvorming plaats vindt en de tijd die het proces vraagt. Meer in het bijzonder komt de geschetste dynamiek voort uit uiteenlopende perspectieven op het voorliggende vraagstuk tussen raad van bestuur en medisch specialisten. De uiteenlopende perspectieven vormen ook de voedingsbodem voor een stroef procesverloop tussen beide partijen in besluitvorming. En naarmate er sprake is van tegengestelde posities neemt de mate van zichtbaarheid van onderdelen van het besluitvormingsproces af. Een belangrijk punt waarin besluitvormingsprocessen van elkaar verschillen, is de mate van openheid. Niet alle stappen van de ene partij zijn zichtbaar voor de ander. Deze onzichtbare processen zijn van waarde voor besluitvorming. Een laatste punt van deze analyse over de procesgang is het verschil in focus tussen raad van bestuur en medisch specialisten, respectievelijk focus op het vraagstuk vanuit een bredere context versus de focus vanuit het voorliggende vraagstuk als een geïsoleerd dossier.

Het tweede deel van analyse betreft de waarden die dominant waren in de bestudeerde besluitvormingsprocessen tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Waarden zijn impliciet aanwezig. Dit heeft als consequentie dat waarden zelden bediscussieerd worden tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Als waarden expliciet aan de orde komen, zijn dit veelal niet de waarden die impliciet dominant zijn voor het getoonde gedrag van

partijen. En in aansluiting op de conclusie inzake de wisselende perspectieven tussen raad van bestuur en medisch specialisten, volgt dat gedrag niet zomaar te herleiden is naar een samenstel van waarden. Andersom geldt dit eveneens. Dit betekent ook dat wanneer partijen in besluitvormingsprocessen gedrag vertonen dat in elkaars verlengde ligt, dit niet dat automatisch betekent dat zij handelen vanuit overeenkomstige waarden.

De derde analyse betreft die van de legitimiteit van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten. De eerste conclusie daaruit luidt dat legitimiteit niet alom aan- of afwezig is. Daarnaast geldt dat andere partijen binnen en buiten het ziekenhuis de legitimiteit van een besluit mede bepalen. Daarmee is de specifieke invulling van het sociaal systeem van invloed op de mate van legitimiteit van gedrag en handelen van betrokken actoren en is legitimiteit eveneens dynamisch.

In het algemeen geldt dat legitimiteit van besluitvorming tussen raad van bestuur en medisch specialisten beoordeeld moet worden per case en er hierbij geen vastomlijnd kader voor handen is. Wat wel duidelijk is, is dat het proces waarin een besluit tot stand komt van invloed is op legitimiteit met als gevolg dat het proces van besluitvorming – het gedrag van actoren daarin – meer aandacht verdient als het gaat over uitspraken over de mate van legitimiteit van besluitvorming.

De voornaamste conclusie van dit onderzoek volgt op de voorgaande drie analysepunten en sluit aan op het laatstgenoemde punt. Deze luidt dat het proces van besluitvorming meer aandacht verdient in het licht van de legitimiteit van het besluit. Legitimiteit wordt in de praktijk in beperkte mate in verband gebracht met het proces van besluitvorming, terwijl een analyse van het proces de inhoudelijke uitkomst in een ander daglicht kan plaatsten. Dit is interessant omdat uit dit onderzoek blijkt dat op de inhoud van een besluit mogelijk een en ander is af te dingen. Een analyse van het proces plaatst de uitkomst in een ander daglicht en is daarmee cruciaal voor legitimiteit, meer dan de waarde die het vooralsnog krijgt.

Vanuit het belang van het proces van besluitvorming voor legitimiteit, geldt te meer het belang van de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. Zeker voor medisch specialisten geldt dat zij, voornamelijk afhankelijk van het onderwerp, door andere koplopers gerepresenteerd worden, waardoor de inhoudelijke oriëntatie van de relatie tussen medisch specialisten en raad van bestuur nogal kan variëren. En juist daardoor is het goed houden van de relatie tussen beiden essentieel.

Verder brengt dit onderzoek een aantal aspecten naar voren die van invloed zijn op besluitvormingsprocessen tussen raad van bestuur en medisch specialisten. In de eerste

plaats betreft dit het aspect van 'balanceren tussen zichtbare en onzichtbare (deel)processen'. Onzichtbare processen doen ertoe in besluitvorming. Een bepalende vraag daarbij is hoe onzichtbaar gedrag beoordeeld kan worden in het kader van legitimiteit. Ook is de vraag wat onzichtbaarheid betekent voor de mate van vertrouwen (of wantrouwen) tussen raad van bestuur en medisch specialisten.

Daarnaast is een balans geconstateerd tussen waarden en belangen. Uit het onderzoek volgt dat waarden en belangen door elkaar heen lopen. Of gedrag van de ene partij door de andere partij wordt gezien als volgend op waarden of belangen doet ertoe in besluitvormingsprocessen. Voorts bestaan er uiteenlopende perspectieven op besluitvorming tussen raden van bestuur en medisch specialisten. Het verschil betreft onder meer de dimensie tijd en de breedte van de context. Raden van bestuur beschouwen een voorliggend dossier in een bredere context en hanteren daarbij eerder de langere termijn. Medisch specialisten beoordelen dossiers meer geïsoleerd en benaderen het vraagstuk met een perspectief van de korte termijn.

De vierde balans bestaat tussen strategisch en opportunistisch handelen. Beiden hebben als overeenkomst dat het handelen gericht is op eigen belang of het behalen van de eigen doelen. Het onderscheid is dat strategisch handelen een zekere mate van openheid en kwetsbaarheid veronderstelt. Bij opportunistische gaat het om de verborgenheid van dit handelen. Uit dit onderzoek blijkt dat beide handelingsvormen voorkomen. Het onderscheid is daarbij niet altijd evident en er is sprake van een glijdende schaal: het een gaat soepel over in het ander.

Ter afsluiting wordt een aantal ontwikkelingen benoemd die van invloed kunnen zijn op de relatie tussen raad van bestuur en medisch specialisten. De vraag daarbij is of ziekenhuizen op termijn bestaan in de vorm zoals we die tegenwoordig kennen. Bekend is het ontstaan van de Medisch Specialistische Bedrijven in 2015. Denkbaar is dat grenzen van organisaties langzaam troebeler worden, waardoor onduidelijker wordt waar en door wie besluiten worden genomen en wat dit betekent voor de legitimiteit van deze besluiten. Van daaruit wordt afgesloten met de oproep aan raden van bestuur en medisch specialisten om te anticiperen op toekomstige ontwikkelingen en veranderingen in besluitvorming. Concreet luidt de oproep aan beide partijen om te stoppen de focus voornamelijk op elkaar te houden en zich in plaats daarvan in sterkere mate open te stellen voor partijen uit de externe omgeving.

Dankwoord

Is het proces belangrijker dan het doel? Niet alleen een interessant vraagstuk in het licht van besluitvormingsprocessen tussen raden van bestuur en medisch specialisten. Het proces van promotieonderzoek – het doen – is van groot belang en is tot een zeker moment ook als doel te bestempelen. Maar ergens vindt een omslag plaats waarin het proces ondergeschikt raakt aan het doel. Wanneer dat omslagpunt zich aandient, is niet te voorspellen en is afhankelijk van vele factoren: noem het een 'negotiated order'. Nog niet zo lang geleden stelde Mark van Twist dat het enige goede proefschrift een proefschrift is dat af is. Ik kan het op het moment dat ik dit dankwoord schrijf, alleen maar met hem eens zijn.

De ambivalentie tussen proces en doel zit als een rode draad verweven door de afgelopen acht jaar. Zonder diepgravend vooronderzoek over wat promoveren nu eigenlijk behelst, gewoon in het diepe gesprongen. Drijvend op bergen motivatie, grenzeloze ambitie en volop tijd: een set fijne ingrediënten voor een prima maaltijd. De vele interviews en gesprekken, het schrijven over en verdiepen in wat bestuurders en medisch specialisten beweegt, waren geweldig. Ik genoot volop van het proces. Maar keuzes op andere terreinen, privé en werk in het bijzonder, maken dat de focus als vanzelf afbuigt van het proces naar het doel. En als dat eenmaal tussen je oren zit, gaat het er niet makkelijk meer uit...

In de zomer van 2008 en op een steenworp afstand van het helikopterplatform van het Elisabeth Ziekenhuis stelde Bart Berden enigszins terloops de vraag of ik mijn gedachte wel eens had laten gaan over het schrijven van een proefschrift. Om daaropvolgend en zonder mijn antwoord af te wachten, te vragen waarover dat dan zou gaan. Mijn eerste promotor had zich zojuist aangediend. In reactie op mijn verzoek gaf Kim Putters aan ook graag aan te sluiten als promotor. Dit kostte één week en één telefoontje, waarin Kim in duizelingwekkend tempo al een (soort van) onderzoeksvraag formuleerde. Nog steeds ben ik er trots op dat jullie beiden de promotoren van mijn onderzoek zijn. Jullie bevologenheid, scherpzinnigheid, snelheid van denken en humor hebben mij de inspiratie gegeven om het onderzoek uit te kunnen voeren.

In de eerste periode van het onderzoek heb ik vele gesprekken gevoerd met zowel bestuurders als medisch specialisten over hun vak. Eén van deze gesprekken was aan de keukentafel bij Karen Kruijthof. Zij nodigde me enige tijd later uit voor een wedstrijd van Sparta op 'Het Kasteel', waarna zij – in de rol van copromotor – al snel aansloot als missing link bij mijn promotieteam. Het is geweldig samenwerken met Karen. Passie, accuratesse en vastberadenheid op de inhoud. Geduld, relativering en humor in het proces, aangevuld met de support die je als promovendus op momenten nodig hebt.

Hoewel ik ervan overtuigd ben dat je een proefschrift schrijft voor jezelf, het onderwerp van jezelf is en je de energie haalt uit intrinsieke motivatie, helpt het zeker dat anderen deze motivatie steunen.

In de eerste plaats, en wellicht mijn grootste dank, ben ik daarom verschuldigd aan al die medisch specialisten en leden van raden van bestuur van de ziekenhuizen die ik het kader van mijn onderzoek heb mogen spreken. Allen, niemand uitgezonderd, hebben mijn motivatie gevoed dit onderzoek te volbrengen. En dat zijn er veel meer dan enkel uit de cases van dit onderzoek blijkt.

Daarnaast is een woord van dank op zijn plaats voor alle (oud-) collega's die me door de jaren heen hebben bevestigd, uitgedaagd en hebben gesteund. In het bijzonder denk ik daarbij aan Pieter de Kort, Susanne Petra en Angela Vermeulen van de Rivas Zorggroep in Gorinchem. Zij hadden het vertrouwen in me en boden me de kans om mijn promotieonderzoek te starten.

Ook de oud-collega's van het Amphia Ziekenhuis wil ik bedanken. Naast de raad van bestuur en het stafbestuur wil ik daarbij in het bijzonder Frank de Haan, Judith Jansen, Remco Djamin en Hans van Lieshout bedanken voor de inspirerende discussies die we met elkaar voerden over de praktijk van alle dag. Deze vielen, meer dan jullie wellicht bevroeden, samen met mijn onderzoek.

Natuurlijk ben ik veel dank verschuldigd aan al mijn collega's van de afdeling Medische Psychologie van het Radboudumc. Jullie oprechte interesse voor wat mij bezig hield, jullie kritische reflectie en bijdrage aan mijn onderzoek waardeer ik enorm. Meer in het bijzonder geldt dat voor Brenda en Judith. Brenda, jouw collegialiteit en bijdrage aan alles waardeer ik enorm. Judith, dank voor het in mij gestelde vertrouwen, je oprechtheid en de prettige samenwerking.

De TIAS Business School in Tilburg was voor mij een prettige omgeving voor mijn onderzoek. Hoewel de piek van mijn fysieke aanwezigheid vooral lag in de eerste drie jaar van mijn onderzoek, was de manier waarop ik was ingebed binnen de Business School voor mij zeer prettig en bovenal passend. In het bijzonder wil ik Jo Caris danken voor zijn reflectie en alomtegenwoordige optimisme.

Met Kim Putters als promotor opende zich ook de deur naar het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) wat het meest tot uiting kwam tijdens de zogenaamde AIO-weekenden. Van al deze weekenden als ook de barbecues in Hardinxveld, kijk ik met bijzonder veel plezier terug op ons weekend in Rolduc (Kerkrade). Niet alleen het scherpe inhoudelijk commentaar, maar ook de gemoedelijke sfeer en aandacht voor elkaar, hebben veel voor me betekend. Dank daarvoor ben ik verschuldigd aan Lieke, Jeroen, Maarten, Femke, Eelko, Arjo en Joyce.

De barbecues van Kim en de lunches van Bart: je kan het als promovendus treffen. Met Roos, Marc, Leo en Windi heb ik mogen delen in het zelfgebakken brood, de versgemalen koffie en de altijd tip-top wijn van Bart. Onze dagdelen samen in Ravenstein en Wijchen werden gekenmerkt door wederzijds positief kritische teksten binnen een gezellige en op samenwerking gerichte sfeer. Met name de praktische invalshoek van ons allen voelde als een prettige gemene deler. Ik heb het nagezocht en wij samen kunnen putten uit ervaringen uit het Amphia Ziekenhuis, het St. Antonius Ziekenhuis, het Elisabeth Ziekenhuis, het Haga Ziekenhuis, het Radboudumc, de Reinier de Graaf Groep, de Rivas Zorggroep en het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis. Me dunkt een aardige empirische basis.

Wat het schrijven van een proefschrift precies betekent, kan ik niet anders onder woorden brengen dan dat het acht jaar lang continu aanwezig was in mijn leven. Ik stond er mee op en ging ermee naar bed. Ondanks deze intense beleving, realiseer ik me zeer goed dat er (veel) meer is dan het onderzoek. De mensen die ik dicht om me heen heb. Zij waren er voor mij om te lachen, te praten en te huilen. Ook om te relativeren, te genieten en te ondersteunen. Ik sla velen over, maar noem Mark, Cynthia, Jasper, Pauline, Pleun, Bart, Mareille, Eric, Merel, Arie, Saskia, Remco en Yvonne.

Lieve schoonouders, Sanne, Ronald, Mirte en Bart. Het gaat al zo vaak over “die ziekenhuizen” en dan ook nog een schoonschoon/-broer die daar niet over uitgesproken raakt. Dank voor jullie steun en oprechte vragen en zeker ook voor de gezelligheid. Sanne, wat fijn dat jij mijn paranimf bent.

Lieve ouders, Hetty en Bram. Dank voor jullie alom gevoelde support. En hoewel mijn onderzoek slechts minimaal aansluit op jullie werkachtergronden, waren het ook jullie vragen die mij tot de kern brachten. Wat fijn te weten dat jullie als familie altijd achter me staan. Hetty, ik ben er trots op dat jij mijn paranimf bent.

Liefste Lieke! Op geen enkele manier kan ik uitdrukken wat jij hebt betekend voor dit proefschrift. Ik zie uit naar onze toekomst samen.

Lieve Olivier en Valentijn! Wat een heerlijkheid dat jullie er zijn. Onvoorwaardelijk hou ik van jullie. Hoezo onderzoek? Wanneer gaan we samen voetballen?

Curriculum Vitae

R.M.A. (Ron) van der Pennen was born in 's-Hertogenbosch on the 13th of august 1980. He studied Business Administration at the Radboud University in Nijmegen (1999 – 2003) and Public Administration at Tilburg University (2003 – 2007). For the first he obtained a Master of Science in business administration and for the latter a Master of Arts in public administration. During his study in Tilburg, he got attracted to the specific field of organization studies and hybrid organizations.

From 2005 onwards he could develop and practice his knowledge on both these fields having started his professional career as a consultant at Berenschot. He specialized into the field of organizational development, governance and strategy particular with regard to organizations in the public and semi-public sector. In 2007 he moved to the Rivas Zorggroep in Gorinchem, where he accepted a position as strategic advisor of the board. During this period he developed a special preference for and interest in the hospital organization and its nearby and future challenges, especially those in which cooperation with the medical staff was crucial. Between 2011 and 2015 he worked in the Amphia Hospital in Breda as 'manager strategic affairs'. From this position he advised the hospital board on themes such as strategic planning and the cooperation with other hospitals. Further, he was assigned as the key-player in the relationship with the medical staff in which he was directly involved in the development and emergence of the 'Medisch Specialistisch Bedrijf Amphia' (MSB-A). Since April 2015 he is managing director of the Department of Medical Psychology at the Radboud university medical center. He is appointed with a specific task to redesign and implement the strategic direction towards a more external orientated and future proof department.

Since 2008 he has combined his professional career with being a PhD candidate at TIAS school for Business and Society (Tilburg University), where he studied the relationship between hospital boards and physicians in Dutch hospitals in decision making. This combination of being a PhD candidate and having a professional career, consequently gave two responsibilities, which was no sinecure. In addition he taught several courses in the 'Master class Strategic Management (non-profit)' for TIAS.

Ron van der Pennen *rvanderpennen@outlook.com*

TIAS School for Business and Society
Tilburg University, the Netherlands



ISBN/EAN: 978-94-028-0222-1