



SAMENGESTELD

De kracht en kwetsbaarheid van duale besturing in algemene ziekenhuizen

BESTUREN

Linda Muijsers – Creemers

Samengesteld besturen

De kracht en kwetsbaarheid van duale besturing
in algemene ziekenhuizen

Linda Muijsers-Creemers

Muijsers-Creemers, L.

Samengesteld besturen: De kracht en kwetsbaarheid van duale besturing in algemene ziekenhuizen
Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, Nederland

ISBN: 978-94-6169-928-2

Dit proefschrift is mede gefinancierd door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, vijf Nederlandse algemene ziekenhuizen en het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Grafische verzorging en druk door Optima Grafische Communicatie, Rotterdam.

© 2016 Linda Muijsers-Creemers. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

© 2016 Linda Muijsers-Creemers. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior permission in writing of the author.

SAMENGESTELD BESTUREN

De kracht en kwetsbaarheid van duale besturing
in algemene ziekenhuizen

JOINT REGULATION

The strength and vulnerability of dual governance
in Dutch general hospitals

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de rector magnificus Prof.dr. H.A.P. Pols
en volgens besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op

7 oktober 2016 om 11.30 uur

door Linda Muijsers-Creemers

geboren te Venray

Promotiecommissie:

Promotoren: Prof.dr. J.J. van de Klundert
Prof.dr. J. Moen

Overige leden: Prof.dr. R.A. Bal
Prof.dr. J.L.A. Geurts
Prof.dr. K. Putters

Copromotor: Dr. G.R.M. Scholten

Voorwoord

Dit proefschrift gaat over het samenspel tussen management en medici in ziekenhuizen. Het is een fascinerend thema waar al veel over gezegd en geschreven is, maar waar ook nog altijd veel vragen over bestaan omdat het balanceren tussen conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden tussen management en medici uiterst complex en problematisch is. De afgelopen jaren heb ik veel geleerd over en energie gekregen van het onderzoek naar de wijze waarop in ziekenhuizen wordt omgegaan met het spanningsveld tussen management en medici en hoe zij zoeken naar een evenwichtige relatie. Tegelijkertijd heb ik zelf ook veel geleerd over mijn relatie met werk, anderen en mezelf en mijn eigen zoektocht naar een balans hierin.¹ Het promotietraject was daarmee in allerlei opzichten een spannende, enerverende, soms pittige maar vooral ook leuke ontdekkingsreis. Ik ben ‘het proefschrift’ dan ook zeer erkentelijk voor de opgedane inzichten en geleerde lessen. De reis in de wereld van ‘relaties’ had ik niet kunnen maken zonder de hulp, medewerking, steun, interesse en adviezen van anderen. Ik wil hier dan ook enkele mensen bedanken die het onderzoek naar omgangsvormen mogelijk hebben gemaakt!

Om te beginnen wil ik de ziekenhuizen en vooral de mensen die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek, bedanken. Ik waardeer het zeer dat jullie me hebben toegelaten tot en meegenomen in de wondere wereld van het ziekenhuis. Doordat ik een ‘kijkje in jullie keuken’ mocht nemen, heb ik veel geleerd van de besturing in Nederlandse algemene ziekenhuizen en de relatie tussen management en medici. Of ik nu ‘achter de kamerplant’ zat, een interview afnam of aanklopte voor een babbeltje, het was fijn dat ik in alle ziekenhuizen met open armen ben ontvangen. Ik heb een fijne tijd gehad gedurende mijn rondreis in de ziekenhuiswereld!

Niet alleen wil ik de mensen in de onderzochte ziekenhuizen bedanken voor het mogelijk maken van het onderzoek, maar ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Diverse NVZ collega's hebben me (vooral in de beginfase van mijn onderzoek) gewijst

¹ *Dichter en filosoof David Whyte (2010) stelt dat mensen in hun leven drie relaties moeten balanceren: de relatie – ook wel “huwelijk” – met het werk, de relatie met anderen en de relatie met jezelf.*

gemaakt in de ziekenhuiswereld en me daarmee geholpen de focus van mijn onderzoek te bepalen. In het bijzonder wil ik, de voormalig NVZ'er en BMG'er, Bert Hermans bedanken. Bert, bedankt voor je enthousiasme in de beginperiode van mijn promotieonderzoek. Je hebt me geïntroduceerd in de (juridische) wereld van het ziekenhuis. Ik kijk met plezier terug op onze samenwerking.

Ik ben ook dankbaar voor de ontmoetingen met vakgenoten binnen de bijeenkomsten van het Center for Organisation Development in Hospitals. Vooral in de beginfase van mijn onderzoek waren deze bijeenkomsten een bron van inspiratie en reflectie. Ik kijk ernaar uit om ook in de toekomst in gesprek te blijven met spelers uit het veld om ideeën uit te wisselen over bestuurlijke vraagstukken.

Ook wil ik de commissieleden – Roland Bal, Jac Geurts, Carina Hilders, Jaap Paauwe en Kim Putters – bedanken voor het lezen van mijn proefschrift en de gedachteswisseling hierover. Daarnaast gaat mijn dank uit naar de vakgenoten en 'vakidioten' die gedurende mijn onderzoek uitvoerig de tijd hebben genomen om kritisch te kijken naar de resultaten en analyses van mijn onderzoek. Roland Bal, Piet Hein Buiting, Jac Geurts, Aad de Roo en Annemiek Stoopendaal: jullie bevologenheid en scherpe (bestuurlijke en/of wetenschappelijke) blik gaven mij inspiratie om soms net weer even anders naar mijn onderzoek te kunnen kijken.

In het bijzonder wil ik mijn (co)promotoren bedanken. Dankjewel Joris van de Klundert – en het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg – voor het in mij gestelde vertrouwen om met het onderzoek te starten. Je kritische blik en vooral de ruimte en vrijheid die ik heb gekregen om te komen tot het proefschrift zoals dit er nu ligt, apprecieer ik zeer. Vooral wil ik mijn promotor Jan Moen en co-promotor Gerard Scholten bedanken voor de onvergetelijke rol die zij hebben gespeeld in het promotietraject. Tijdens mijn eerdere opleidingen (Communicatie, Fontys Hogescholen Eindhoven en Organization Studies, Universiteit van Tilburg) mocht ik al kennismaken met een ('ander' en) kritisch brillenapparaat om organisatiekundige vraagstukken te kunnen doorgronden, maar het is pas in de samenwerking met dit dynamische duo dat ik de betekenis hiervan heb kunnen doorleven. Jan en Gerard, ik wil jullie heel erg bedanken dat jullie mij de kans heb gegeven om mij te verdiepen in het spelconcept van ziekenhuizen. Jullie hebben me de afgelopen jaren – als ervaren rotten in het vak – veel geleerd. Ik vond het fantastisch om met jullie ideeën uit te wisselen over de besturing van het ziekenhuis. Ook wil ik mijn waardering uitspreken voor de ruimte die jullie mij hebben gegeven om mij als persoon te ontwikkelen. Jullie vertrouwen, inspiratie, enthousiasme, geduld, support, kritische blik, kennis en wijze raad hebben mij geholpen om met veel plezier het promotietraject te doorlopen. Ik heb genoten van onze bijeenkomsten die gingen over de inhoud van mijn onderzoek, ontwikkelingen in de ziekenhuiswereld én niet te vergeten de social talk. Ook nu ik gepromoveerd ben, hoop ik dat we die interessante meetings inclusief gesprekken over de laatste roddels, uitslagen over sportwedstrijden en verslagen over vakanties kunnen voortzetten!

Marie Louise, Willemijn en Monique: ook jullie wil ik graag bedanken voor de goede gesprekken, fijne treinreizen waarin we watertanden bij de gedachte aan loempia's, jullie luisterend oor in goede en minder goede dagen, het uitwisselen van de laatste muziektips, het bespreken van de laatste 'inzichten' opgedaan tijdens het kijken van totaal onzinnige maar vermakelijke tv-programma's, de momenten van bezinning, de gesprekken over zingeving en de fijne bijpraat etentjes. Met jullie werd het promoveren een feestje! Wat ben ik blij dat ik jullie heb leren kennen op kamer J6-53. Dat we elkaar nog maar vaak mogen zien.

Ook wil ik graag andere (oud)collega's van iBMG – vooral van de sectie Management & Organisatie van Zorgverlening – en het CMDz bedanken voor hun inspiratie, steun en gezelligheid: Alexia, Anna, Anne, Annemarie de V., Anne Marie W., Annemiek, Antoinette, Benjamin, Birgitha, Carien, Carina, Connie, Elly, Femke, Guus, Hanna, Henk, Hester, Honorine, Isabelle, Jaap, Jacqueline, Jan K., Jan V., Jane, Jeroen van O., Jeroen van W., Joost, Judith, Julia, Karlijn, Kees (†), Kim, Kirti, Lieke, Liza, Lonneke, Maarten, Mahdi, Maite, Marcello, Marleen de M., Marleen F., Marlies, Marten, Martin, Martina, Mathilde S, Mathilde B., Matthijs O., Matthijs V., Norman, Peter, Relinde, Renkse van der G., Renske H., Rian, Rik, Robbert, Roland, Sandra, Sarah, Suzanne, Sylvia, Tineke, Terese, Teun, Tim, Trea, Wendy en Wilma. Het J-gebouw was een fijne thuishaven gedurende mijn reis in de ziekenhuiswereld.

Bovendien wil ik mijn collega's bij de Open Universiteit en de Hotelschool in Den Haag bedanken voor hun warm onthaal. Doordat ik bij hen als docent en scriptiebegeleider aan de slag mocht, werd het voor mij mogelijk om mijn proefschrift af te ronden en tegelijkertijd in het onderwijs actief bezig te zijn met mooie vakgebieden als verandermanagement, organisatieontwikkeling, organisatiedynamiek, zorg en kwalitatief onderzoek. Het leren en werken met studenten binnen de vakgebieden waar ik energie van krijg, ervaar ik als een cadeautje! Mijn dank is dan ook groot aan de studenten met wie ik de afgelopen jaren heb gewerkt bij het iBMG, de OU en de Hotelschool in Den Haag.

Lieve (schoon)familie en vrienden: altijd bleven jullie geïnteresseerd vragen naar de status van mijn promotieonderzoek en hoe het met mij ging. Graag had ik jullie gezelligheid de afgelopen jaren vaker willen opzoeken, maar ook op afstand voelde ik me verbonden. Merci voor jullie steun en begrip maar ook het fijne samenzijn – tijdens etentjes, verjaardagen, bruiloften, carnavalsfeestjes, goede gesprekken, feestjes met de familie (Vermazeren, Muijsers, Klaps en de Creemerskes), 'goei' feestjes in het Antwerpse Sportpaleis, uitjes en vakanties – dat de afgelopen jaren een leuke afleiding was bij het schrijven van mijn proefschrift!

Mijn lieve ouders en zus Rian: dank voor jullie steun en betrokkenheid bij het promotieonderzoek! Zeker gezien de pittige tijden die we de afgelopen jaren hebben beleefd. Lieve zus, dank voor je niet aflatende interesse voor het proefschrift en mij en voor de gezelligheid, humor en ontspanning de afgelopen jaren. Bedankt pap en mam dat jullie mij de kans hebben gegeven om me te ontwikkelen van de kleine Linda tot de Linda

die ik nu ben! Dank voor de basis die jullie gelegd hebben en het vertrouwen dat jullie me hebben gegeven. Altijd hebben jullie me gesteund en gestimuleerd om mijzelf te ontwikkelen. Ik hâld ván jullie allemaol!

En ten slotte, maar zeker niet op de laatste plaats, Peter. Jij hebt de afgelopen jaren mogen meegenieten van het promotietraject. Van begin tot het einde. Ik wil je bedanken voor het geven (en afbakenen) van ruimte voor het schrijven van dit proefschrift. Door jouw humor en je wijze, kritische en reflectieve kijk op het leven kon ik het promotietraject in perspectief plaatsen en heb je me ondersteund in de zoektocht naar mezelf. Merci! Ik heb je lief!

Linda

Inhoud

DEEL I	OPZET ONDERZOEK EN CONCEPTUEEL KADER	17
I	Context en probleemstelling: besturing ziekenhuis	19
1.1	Besturing en bestuurbaarheid van het ziekenhuis	19
1.2	Achtergrond besturing Nederlandse algemene ziekenhuizen	21
1.2.1	Hardnekkig conflict management en medici	21
1.2.2	Extern krachtenveld complicerend voor bestuurbaarheid	25
1.3	Onderzoeksvraag en doelstelling	28
1.4	Relevantie onderzoek	29
1.4.1	Wetenschappelijke relevantie	29
1.4.2	Maatschappelijke relevantie	31
1.5	Onderzoeksopzet en leeswijzer	31
1.5.1	Waar gaat dit onderzoeksverslag over en voor wie is het bedoeld?	31
1.5.2	Leeswijzer	32
2	Onderzoeksaanpak en proces	35
2.1	Karakter van het onderzoek	36
2.1.1	Meervoudig casuonderzoek	36
2.1.2	Wisselwerking theorie en empirie	36
2.1.3	Rol onderzoeker in dit onderzoek	37
2.1.4	Iteratief onderzoeksproces	38
2.2	Verkenkende fase onderzoek	38
2.2.1	Verkenning besturingspraktijk en literatuur	38
2.2.2	Focus onderzoek	39
2.2.3	Casuselectie	41
2.3	Dataverzameling	44
2.3.1	Toegang tot data in ziekenhuizen	44
2.3.2	Methoden dataverzameling	45
2.3.3	Follow-up empirisch onderzoek en peer debriefing	49
2.4	Analyse en rapportage	49
2.4.1	Dikke casusbeschrijvingen	50
2.4.2	Van casusbeschrijvingen naar analyse elementen besturingsarrangement	52
2.5	Kwaliteitsaspecten onderzoek	52
2.5.1	Geloofwaardigheid	53
2.5.2	Betrouwbaarheid	53
2.5.3	Overdraagbaarheid	54

3	Theoretisch raamwerk besturing ziekenhuis	55
3.1	Geledingen in het ziekenhuis	55
3.2	Conflicterende logica's management en medici	56
3.3	Uiteenlopende besturingsprincipes management en medici	57
3.4	Conflict tussen management en medici	59
3.5	Wederzijdse afhankelijkheid tussen management en medici	61
3.6	Hanteren conflict management en medici	62
3.7	Focus onderzoek	64
DEEL II	EMPIRISCH ONDERZOEK	67
4	Besturen onder de radar	69
4.1	Raad van Bestuur in besturing ziekenhuis	70
4.1.1	Discontinuïteit in de Raad van Bestuur	70
4.1.2	Aanstelling nieuwe Raad van Bestuur	72
4.1.3	“Centralistisch geleide organisatie”	73
4.2	Besturen met behulp van “dominante” staven en consultants	75
4.2.1	“Dominante staven”	75
4.2.2	Consultants en programmamanagers geven advies	77
4.3	Interactie Raad van Bestuur en management	79
4.3.1	Tussenlaag Management Team	79
4.3.2	Conflict in Management Team	81
4.3.3	Manager Bedrijfsvoering “afvoerputje” ziekenhuis	82
4.4	Besluitvorming in management van de eenheden	83
4.4.1	Medisch Manager heeft beslissende rol in besluitvorming	83
4.4.2	Gebrek aan mandaat Medisch Managers	84
4.4.3	Medici beperken manoeuvreerruimte Manager Bedrijfsvoering	85
4.4.4	“Loyaliteitsconflict” Manager Bedrijfsvoering	86
4.4.5	(Her)inrichting besturingsstructuur oplossing ervaren “onduidelijkheid”	89
4.4.6	Verdeelde loyaliteit Afdelingshoofd	90
4.5	Werkgroepen en commissies in besturing	91
4.6	Interactie Stafbestuur en Raad van Bestuur	94
4.6.1	Discussie “nevenschikking” Stafbestuur	94
4.6.2	Stafbestuur adviseur Raad van Bestuur	95
4.6.3	Stafbestuur in ontwikkeling	97
4.7	Routes medische staf	99
4.7.1	Invloed via overleggen en partijen medische staf	99
4.7.2	Informele routes medisch specialisten	100
4.7.3	Sleutelpersonen in besturing ziekenhuis	103
5	Besturing via management eenheden	107
5.1	Beweging in Raad van Bestuur	108

5.1.1	Onrust in bestuur ziekenhuis	108
5.1.2	Aanstelling nieuwe Raad van Bestuur	109
5.2	Stafbestuur in ontwikkeling	109
5.2.1	'Vrijwillig vertrek' Stafbestuurder	109
5.2.2	Aanstelling nieuw Stafbestuur	110
5.2.3	Professionalisering Stafbestuur	111
5.3	Duaal management Stafbestuur en Raad van Bestuur	113
5.3.1	Stafbestuur "gelijkwaardige partner" Raad van Bestuur	113
5.3.2	Duaal management veeleisend voor samenwerking bestuur	116
5.4	Interactie Raad van Bestuur en management	118
5.4.1	Introductie decentrale structuur Resultaat Verantwoordelijke Eenheden	118
5.4.2	Manager Bedrijfsvoering "trekpoppetje" Raad van Bestuur	120
5.4.3	Conflict Managers Bedrijfsvoering	122
5.4.4	Managers Bedrijfsvoering organiseren zich als collectief	124
5.4.5	Dichten gat Raad van Bestuur en management eenheden	125
5.5	Interactie Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager	126
5.5.1	"Gezamenlijke verantwoordelijkheid" duaal management	126
5.5.2	Complexe besluitvorming management van eenheden	128
5.5.3	Beperkt mandaat Medisch Managers	130
5.5.4	Matching en scholing Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager	131
5.6	Commissies en werkgroepen in besturing	131
5.7	Routes medische staf	134
5.7.1	Besturingsstructuur medische staf	134
5.7.2	"Olifanten", "smaakmakers" en "beleidsbepalers"	136

6 Besturen door coalitie Raad van Bestuur en Stafbestuur 141

6.1	Raad van Bestuur brengt verandering	142
6.1.1	Instabiliteit in de Raad van Bestuur	142
6.1.2	Aanstelling nieuwe Raad van Bestuur	142
6.1.3	Keerpunt besturing door komst nieuwe Raad van Bestuur	144
6.2	Stafbestuur in ontwikkeling	146
6.2.1	Aanstelling nieuw Stafbestuur	146
6.2.2	Sterke positie Stafbestuur in medische staf	147
6.3	Coalitie Raad van Bestuur en Stafbestuur	149
6.4	Interactie Raad van Bestuur en management	151
6.4.1	Introductie Eenhedenstructuur en weghalen directie laag	151
6.4.2	Vacuüm tussen sturing en zelfsturing	152
6.4.3	Dominante stafdiensten	153
6.4.4	Coaching Managers Bedrijfsvoering	155
6.5	Interactie Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager	158
6.5.1	"Twee-eenheid" Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager	158
6.5.2	Beperkte speelruimte Manager Bedrijfsvoering	158
6.5.3	Beperkt mandaat Medisch Manager	159

6.6	Werkgroepen en commissies in besturing	159
6.7	Ontwikkelingen in organisatie medische staf	160
6.7.1	Ontwikkeling medische staf als collectief	160
6.7.2	Werken aan “collectief bewustzijn” medische staf	161
6.7.3	Alternatieve routes medische staf	164
6.7.4	“Wandelgangen Informatie Systeem” en sleutelpersonen	166
6.7.5	“Zakelijke” besluitvormingsprocedures reduceren “gezoem”	168

7 Ommezwaai van dealen naar duaal management 171

7.1	Nieuwe Raad van Bestuur keerpunt in besturing	172
7.1.1	Onrust in bestuur en primaire proces	172
7.1.2	Aanstelling nieuwe Raad van Bestuur	173
7.1.3	Van dealen naar duaal management	174
7.1.4	Loslaten geloof in marktwerking	175
7.1.5	Gewijzigde rol stafdiensten	176
7.2	Aanstelling nieuw Stafbestuur	178
7.3	Aftasten en opbouwen relatie Raad van Bestuur en Stafbestuur	180
7.3.1	Vastleggen afspraken interactie	180
7.3.2	“Vertrouwen komt te voet en gaat te paard”	182
7.3.3	Stafbestuur bestuurt mee	182
7.4	Interactie Raad van Bestuur en management	189
7.4.1	“Verticale elastiek” opgerekt	189
7.4.2	Rivaliteit Managers Bedrijfsvoering	191
7.4.3	Management Overleg toekomstig adviesorgaan Raad van Bestuur	192
7.4.4	Planning en Control cyclus en beleidscyclus “aorta” besturing	193
7.5	Duaal management eenheden	194
7.5.1	Duaal management eenheden in een vacuüm	194
7.5.2	Interactie Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering	195
7.6	Routes medische staf	198
7.6.1	Oude informele routes medisch specialisten	198
7.6.2	Verschuivingen in organisatie medische staf	198
7.6.3	Regelruimte en informele routes medisch specialisten	200
7.6.4	Uitkristalliseren netwerk van sleutelpersonen	202

DEEL III ANALYSE 205

8 Analyse samenhang elementen besturingsarrangement 207

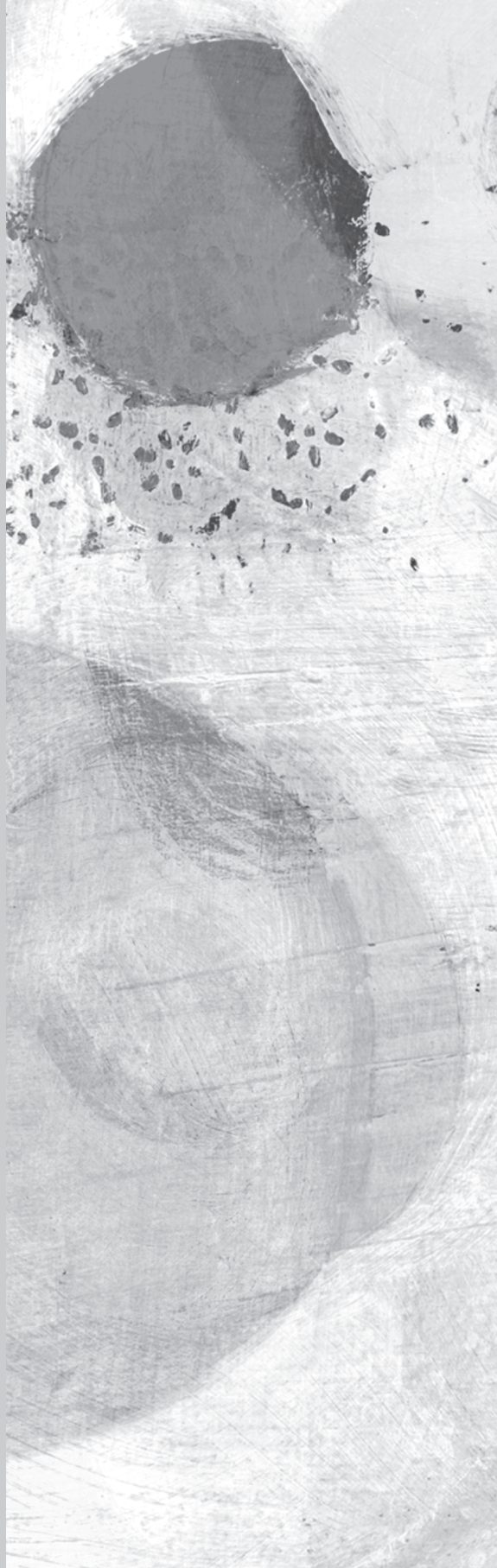
8.1	Duale besturingsconstructie	215
8.1.1	Duale besturingsstructuur	216
8.1.1.1	Creatie positie Medisch Manager tegenover Manager Bedrijfsvoering	216
8.1.1.2	Creatie positie Stafbestuur tegenover Raad van Bestuur	218
8.1.2	Besturingspraktijk “gouden koppels”	219
8.1.2.1	Medisch Manager is geen manager	219

8.1.2.2	Medisch Manager als boundary spanner	220
8.1.2.3	Tweeslachtigheid rol Manager Bedrijfsvoering	221
8.1.2.4	Manager Bedrijfsvoering als libero	223
8.1.3	Besturingspraktijk duo Stafbestuur en Raad van Bestuur	224
8.1.3.1	Stafbestuur als boundary spanner	224
8.1.3.2	Rol Stafbestuur beweegt in richting medebestuurder	225
8.1.4	“Pragmatic collaboration” tussen management en medici	226
8.2	Decentrale besturingsconstructie	227
8.2.1	Verticale decentralisatie naar management eenheden	228
8.2.1.1	Decentraliseren door introductie Eenhedenstructuur	229
8.2.1.2	Toename taken management eenheid door verdwijnen management-lagen	232
8.2.1.3	Ontwikkeling alternatieve vormen van coördinatie	232
8.2.1.4	Decentralisatieparadox	234
8.2.2	Horizontale decentralisatie in richting stafdiensten	235
8.2.3	Decentralisatie in richting werkgroepen en commissies	236
8.3	Vage formalisatie	237
8.3.1	Formaliseren posities vage posities	237
8.3.1.1	Lage mate van gedetailleerdheid en precisie formalisering	238
8.3.1.2	Positie vage figuren multi-interpretabel	241
8.3.1.3	Motieven formalisering posities	241
8.3.2	Formaliseren overleg- en besluitvormingsprocessen	243
8.3.2.1	Rondes in overleg- en besluitvormingsprocedure	245
8.3.2.2	Informeel afstemming en formele overleg- en besluitvormingsprocedure	245
8.4	Werken met vertrouwen en met human resource processen	246
8.4.1	Werken met vertrouwen	247
8.4.2	Vertrouwen precair goed in pragmatische coalities	248
8.4.3	Human Resource processen besturing ziekenhuis	249
8.4.3.1	Werken met human resource processen bij management eenheden	249
8.4.3.2	Werken met human resource processen in bestuur organisatie	251

9 Slotbeschouwing 253

9.1	Samengesteld besturingsarrangement professionele organisatie	254
9.1.1	Besturingsconcept onderhandelingsnetwerk	254
9.1.2	Structureren onderhandelingsnetwerk	256
9.1.3	Mechanismen samengesteld besturingsarrangement	258
9.1.4	Pacificatie conflict	261
9.1.5	Onderhandelingsnetwerk vergt veel van personen	263
9.2	Integratiebeweging overheid bedreigt pacificatie	265
9.2.1	Beleidsopvattingen overheid besturing ziekenhuis	265
9.2.2	Overheidsinterventies bedreiging peaceful co-existence	267
9.2.3	Institutionele kringloop	268
9.2.4	Bestuurlijke complexiteit door integrale tarieven	270

9.3.1	Participatie en doelmatigheid	273
9.3.2	Interne en externe legitimiteit	274
9.4	Reflectie onderzoek en praktische aanbevelingen	275
9.4.1	Reflectie onderzoek	275
9.4.2	Praktische aanbevelingen	276
	Literatuurlijst	279
	Bijlagen	289
I	Overzicht functies respondenten casus A – hoofdstuk 4	290
II	Overzicht functies respondenten casus B – hoofdstuk 5	292
III	Overzicht functies respondenten casus C – hoofdstuk 6	292
IV	Overzicht functies respondenten casus D – hoofdstuk 7	293
V	Beschrijving elementen besturingsarrangement	294
	Samenvatting	311
	Summary	321
	PhD Portfolio	330
	Over de auteur	332





DEEL I

OPZET ONDERZOEK EN
CONCEPTUEEL KADER

Context en probleemstelling: besturing ziekenhuis

1.1 BESTURING EN BESTUURBAARHEID VAN HET ZIEKENHUIS

De complexiteit van de besturing van het ziekenhuis vormt al geruime tijd een onderwerp van wetenschappelijk én maatschappelijk debat. In 1945 verdiepte men zich voor het eerst in de *“verhouding tussen ziekenhuis en specialist”* (Werkgroep van Leeuwen, 1974, p. 3). Zeven decennia later wordt er nog steeds gezocht naar een passende vormgeving van de relatie tussen het management en medisch specialisten. De zoektocht wordt zichtbaar in de verschillende besturingsconcepten die de afgelopen decennia zijn ontwikkeld om de bestuurbaarheid¹ van het ziekenhuis te vergroten (zie paragraaf 1.2.1). De aanhoudende zoektocht naar besturingsconcepten en passende rollen voor bestuurders, managers én medisch specialisten in de besturing van het ziekenhuis laat het complexe en problematische karakter van de besturing van het ziekenhuis zien. Dit complexe en problematische karakter wordt enerzijds gekenmerkt door onderlinge afhankelijkheid en anderzijds door conflicterende belangen. De daarmee gepaard gaande spanning in de relatie tussen management – in dit onderzoek bestuurders en managers² – en medisch specialisten in het ziekenhuis is dan ook getypeerd als één van meest aanhoudende conflicten (Scholten & Van der Grinten, 1998) in het ziekenhuis.

¹ Het concept bestuurbaarheid verwijst in dit onderzoek naar de mate waarin men in het ziekenhuis bij machte is conflicterende belangen en onderlinge afhankelijkheden van management en medisch specialisten met het oog op het doen functioneren of veranderen van het ziekenhuis, te hanteren. Deze definitie is gebaseerd op het concept bestuurbaarheid van Lammers, Mijs en Van Noort (2000) *“de mate waarin men [in een organisatie] bij machte is een samenlevingsverband met het oog op een bepaalde doelstelling te doen functioneren of veranderen”* (Lammers e.a., 2000, p. 25).

² Wanneer in dit onderzoek wordt gesproken over het management, dan wordt verwezen naar de actoren die actief zijn binnen de management zuil van het ziekenhuis. Dit betekent dat het hierbij zowel gaat over bestuurders als managers. Wanneer in dit rapport de term managers wordt gebruikt, dan wordt expliciet verwezen naar managers. In dit onderzoek wordt naar bestuurders – en ook manager en medisch specialisten – in de bij-vorm verwezen omdat deze woorden volgens de Nederlandse taal mannelijk zijn. Dit zegt dus niets over het geslacht van deze personen.

De basis van het conflict tussen management en medici is gelegen in de sterk doorgevoerde arbeidsverdeling, de gespecialiseerde kennis en vaardigheden van professionals, de autonome positie van professionals in de organisatie en de uiteenlopende belangen van management en professionals (Mintzberg, 2006; Schepers & Nievaard, 1995; Van der Krogt & Vroom, 1991; Vermaak, 2002). Het management richt zich primair op kostenbeheersing, efficiëntie, lage kosten en klanttevredenheid, terwijl de focus van medisch professionals ligt op de relatie tussen de patiënt en professional en daarmee op 'goede zorg' (Reay & Hinings, 2009). Bij medisch professionals is de professionele kennis leidend. In alle organisaties is er spanning tussen het management en professionals (Van der Krogt & Vroom, 1991). Het conflict tussen management en professionals wordt door Hanson (1996) ook wel aangeduid als het "*oerconflict*". Hoewel het conflict tussen management en professionals in alle organisaties aanwezig is, komt dit het meest sterk tot uiting in organisaties waar veel professionals werken met specialistische kennis en vaardigheden (Mintzberg, 2006; Moen, 2001 in Haijtema, 2001; Schepers & Nievaard, 1996; Vermaak, 2002). De besturing van professionele organisaties zoals het ziekenhuis, is complex en problematisch vanwege de diversiteit aan belangen en de spreiding van macht in de organisatie (Hanson, 1996 in Vermaak, 2002; Scholten & Van der Grinten, 1998). Medisch specialisten hebben een autonome positie in de organisatie op basis van hun specifieke kennis en vaardigheden, maar zijn tegelijkertijd afhankelijk van het management voor het organiseren en leveren van zorg. Het management is aangesteld voor het besturen van het ziekenhuis, maar is weer afhankelijk van professionals om zorg te kunnen organiseren en leveren. Dit maakt dat er een min of meer gelijke verdeling van macht is tussen het management en medisch specialisten in het ziekenhuis. Het besturen van een ziekenhuis is door de enigszins vergelijkbare machtsverdeling veel complexer dan het besturen van een multinational (Mintzberg, 2006; Moen, 2001 in Haijtema, 2001). Door de complexiteit verloopt de besluitvorming in het ziekenhuis traag en komt de bestuurbaarheid in het gedrang.

Het conflict tussen management en medici van het ziekenhuis wordt in toenemende mate onder druk gezet door het krachtenveld waarin ziekenhuizen opereren. Niet alleen door ziekenhuizen, maar ook door brancheorganisaties, zorgverzekeraars, consultants en de Nederlandse overheid worden al decennia lang vele strategieën beproefd om de ziekenhuiszorg en de financiering daarvan aan te pakken en daarmee indirect invloed uit te oefenen op de spanningen in de relatie tussen de ziekenhuisorganisatie en de medisch specialist. Denk hierbij aan de toegenomen eisen inzake 'Good Governance' en de discussie over het toezicht op en de verantwoordelijkheid van bestuurders voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Deze eisen zetten de verdeling van macht in het ziekenhuis onder druk. Ook de gestelde omzetplafonds en de introductie van integrale tarieven in 2015 brengen discussie teweeg over de financiële, juridische en organisationele verhoudingen tussen management en medici. Door de aandacht voor het inkomensmodel van medisch specialisten, de arbeidsrelatie tussen medici en de ziekenhuisorganisatie en de budgetteringssystematiek wordt het conflict tussen management en medici verscherpt.

Het ontwikkelen van een passend besturingsconcept blijkt geen sinecure gezien het conflict tussen het management en medisch specialisten en het krachtenveld waarbinnen zij opereren. De vraag is dan ook niet zozeer hoe het conflict tussen management en medici in Nederlandse algemene ziekenhuizen kan worden opgelost, maar hoe dit kan worden gehanteerd (Hoek, 2007). In deze studie wordt het ‘besturingsarrangement’ in verschillende ziekenhuizen bestudeerd om inzicht te krijgen in de wijze waarop het conflict tussen management en medisch specialisten wordt gehanteerd. Het concept besturingsarrangement verwijst naar het lokale geheel van posities, rollen en gedragsregels die partijen overeenkomen en veranderen met het oog op het hanteren van conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden tussen management en medici.

In dit hoofdstuk worden het aanhoudende conflict tussen management en medici in Nederlandse algemene ziekenhuizen en de hardnekkige opgave om het hanteerbaar te maken, beschreven. Daarnaast wordt de complicerende invloed van het externe krachtenveld – in het bijzonder de rol van de overheid – op de besturing van het ziekenhuis besproken. Tegen deze achtergrond worden de onderzoeksvraag en de doelstelling van dit onderzoek geformuleerd. De theoretische achtergrond van dit complexe besturingsvraagstuk, die de basis vormt van dit onderzoek, wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3.

1.2 ACHTERGROND BESTURING NEDERLANDSE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

1.2.1 Hardnekkig conflict management en medici

In Nederlandse algemene ziekenhuizen is er sprake van een conflict tussen het management en medisch professionals. Dit conflict is het gevolg van de conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden tussen management en medici. De afgelopen zeven decennia hebben diverse partijen – ziekenhuizen, brancheorganisaties, zorgverzekeraars, consultants en de Nederlandse overheid (zie paragraaf 1.2.2 en hoofdstuk 9) – zich gebogen over het vraagstuk hoe moet worden omgegaan met het conflict tussen management en medici. Dit vraagstuk is nog steeds actueel. In welke mate en op welke wijze moeten medisch specialisten een bijdrage leveren aan het management van het ziekenhuis? Wat is de rol van bestuurders en managers in het ziekenhuis? Welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden dienen zij te hebben? Moeten de belangen van management en medici op elkaar worden afgestemd en zo ja, hoe? Hoe moeten daarnaast de verschillende belangen en onderlinge afhankelijkheden tussen het management en medici worden gecoördineerd? Welke structuren en gedragsregels zorgen voor een bestuurbare organisatie?

Het hanteerbaar maken van het conflict tussen management en medici in Nederlandse algemene ziekenhuizen blijft een worsteling. Een indicatie van deze worsteling zijn de besturingsconcepten die de afgelopen vier decennia zijn ontwikkeld, namelijk ‘Manage-

ment Participatie' (1991) en het 'Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf' (1994).³ De verschillende besturingsconcepten laten duidelijk zien hoe gedacht werd over het besturingsprobleem waar ziekenhuizen mee te maken hebben en hoe met het conflict tussen management en medisch specialisten zou moeten worden omgegaan (Scholten & Van der Grinten, 1998).

Voordat in 1991 – ingeleid door het Vijf Partijen Akkoord⁴ in 1989 – het besturingsconcept van 'Management Participatie' werd geïntroduceerd, was de besturing van het ziekenhuis te typeren als een 'dokters ziekenhuis' (Kruijthof, 2005; Plochg e.a., 1998; Scholten & Van der Grinten, 1998). In dit 'dokters ziekenhuis' werkten de meeste medici als vrij ondernemer (Klazinga & Schepers, 1996). Ze waren werkzaam als arts in het ziekenhuis op basis van een toelatingsovereenkomst met het ziekenhuisbestuur (Klazinga & Schepers, 1996). Het management en medici hadden gescheiden budgetten en werkten naast elkaar. Het 'dokters ziekenhuis' kon worden getypeerd als een facilitair bedrijf voor medici (Klazinga & Schepers, 1996). De medici en het ziekenhuis waren van elkaar afhankelijk voor het leveren van zorg, maar de medici drukten een grote stempel op de besturing van het ziekenhuis (Moen & De Roo, 1997; Scholten & Van der Grinten, 1998).

Vanaf het midden van de jaren tachtig begonnen verschuivingen plaats te vinden in de relatie tussen de ziekenhuisorganisatie en medici door de introductie van de budgetteringssystematiek in 1983 (zie paragraaf 1.2.2) en initiatieven die zich richtten op de participatie van medici in de besturing van het ziekenhuis. Vooral de introductie van de budgetteringssystematiek, die gericht was op de financiële integratie van medici in het ziekenhuis, was een katalysator voor de ontwikkeling van het management als vakgebied in de ziekenhuiswereld (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008; Stoopendaal, 2008). Mede door de opkomst van het management als vakgebied ontstond conflict tussen management en medici en werd communicatie tussen beide partijen meer dan voorheen noodzakelijk.

In 1989 werd het besturingsconcept 'Management Participatie' geïntroduceerd.⁵ Management Participatie verwijst naar een besturingsconcept waarbij professionals deel uitmaken van de besturing van het ziekenhuis, namelijk:

³ *Vanaf de tweede wereldoorlog kon de besturing van het ziekenhuis (en de samenwerking van management en medici hierbinnen) worden getypeerd als een 'dokters ziekenhuis'. In literatuur wordt in deze context ook wel gesproken van "physician hospital" (Klazinga & Schepers, 1996; Kruijthof, 2005).*

⁴ *Het Vijfpartijenakkoord (1989) is de voorloper van het besturingsconcept Management Participatie. Dit akkoord beschrijft afspraken over "tarieven, volume en overeenkomstenbeleid" (VPA, 1989) en bepleit in het bijzonder "managementparticipatie van specialisten in de ziekenhuisorganisatie" (Klazinga & Schepers, 1996, p. 22).*

⁵ *De invoering van het budgetteringsstelsel in 1983 (zie ook paragraaf 1.2.2) was een belangrijke katalysator voor de management participatie omdat communicatie door de verdeling van geld meer noodzakelijk was dan tevoren. De (door de overheid) ingezette beheersstrategie oefende meer dan tevoren druk uit op de relatie tussen het primaire zorgproces en het management, wat resulteerde in een sterker geëxpliceerde en complexere besturingsopgave.*

“De daadwerkelijke betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de medische professie voor de organisatie van de zorgverlening en de beleidsvorming en bedrijfsvoering met betrekking tot de zorgverlening, op drie onderscheiden niveaus: de dagelijkse patiëntenzorg; organisatorische eenheden voor medisch specialistische patiëntenzorg en de ziekenhuisorganisatie als geheel.” (Versluis & Hesselink, 1993, p. 16)

Medisch specialisten werden betrokken in en (mede)verantwoordelijk voor *“het ziekenhuisbeleid”*, *“de organisatie van patiëntenzorg en een efficiënte benutting van middelen en personele inzet”* en een *“effectieve samenwerking tussen de medisch specialisten”* (Versluis & Hesselink, 1993, p. 15). Het betreft hier de samenwerking tussen medisch specialisten en diverse onderdelen in de organisatie *“die bijdragen aan patiëntenzorg”* (Versluis & Hesselink, 1993, p. 15).

De onderliggende assumptie van het besturingsconcept ‘Management Participatie’ is de ‘acceptatie’ van het spanningsveld tussen management en medisch professionals (Versluis & Hesselink, 1993). De focus ligt op de erkenning van het conflict tussen medici en management en daarmee ook de verschillen tussen deze partijen. De acceptatie van het spanningsveld tussen management en medisch professionals en de daadwerkelijke rol van medisch specialisten in de besturing van het ziekenhuis, liggen in lijn met eerder gemaakte afspraken in het Vijfpartijenakkoord (1989). In dit akkoord werd de wederkerige relatie tussen medici en het ziekenhuis erkend. Om de wederkerige relatie goed vorm te geven, werd voor een model gekozen waarbij medici daadwerkelijk medeverantwoordelijkheid zouden dragen voor de ontwikkeling van de kosten en de bedrijfsvoering van het ziekenhuis als geheel (Moen & De Roo, 1997). Maar waarin medisch specialisten precies moesten participeren, was niet duidelijk afgebakend in het model ‘Management Participatie’ (Maarse & Moen, 1991). De naam van het besturingsconcept suggereert dat medici moesten participeren in het management van het ziekenhuis. Maar de verantwoordelijkheden verwijzen in dit concept vooral naar de *“beleidsparticipatie”* van gemandateerde medisch specialisten (Maarse & Moen, 1991; Moen, 1993). Dit gaat vooral over de participatie van medici op het niveau van de eenheden (Versluis & Hesselink, 1993). Ondanks de onduidelijkheid over de betekenis van ‘Management Participatie’ werd de specialist in het model gezien als *“organisatiegenoot”* (Schaaf & Bedaux, 1988).⁶

Midden jaren negentig van de twintigste eeuw vond er een grote omslag plaats in het denken over de besturing van het ziekenhuis. Deze omslag werd zichtbaar in de introductie van het besturingsconcept ‘Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf’ (1994)

⁶ *Schaaf en Bedaux (1988) formuleerden in dezelfde lijn als het model Management Participatie eerder al een advies waarbij “chaotisch reeds bestaande [informele] relaties” (p. 10) tussen management en medici moesten worden geformaliseerd. Zij verwijzen naar de stelling van Botter (2) “dat het primair gaat om een systematiseren van in de praktijk chaotisch reeds bestaande relaties en niet om het introduceren van praktijkvreemde nieuwe principes” (Schaaf & Bedaux, 1988, p. 10). In hun advies waarbij de specialist wordt gezien als organisatiegenoot worden geen oplossingen geschetst met een uniform karakter vanwege de contextafhankelijkheid van relatie. Om reeds bestaande [informele] relaties verder vorm te geven verwijzen Schaaf en Bedaux (1988) naar het belang van samenwerking, communicatie en het formaliseren van bestaande rollen (waarbij sprake is van een evenwichtige combinatie van centrale en decentrale besluitvorming.*

(Schaaf, 2000). De trendbreuk in het denken over besturing werd veroorzaakt door het advies van de Commissie Biesheuvel I (1994). Het rapport van de Commissie Biesheuvel I (1994) werd geschreven in de veronderstelling dat er sprake was van ondoelmatigheid en een niet-effectieve kostenbeheersing in de curatieve zorg.⁷ Voor 1994 lag het accent in het denken over het hanteren van het conflict tussen management en medici op samenwerking én de acceptatie van diverse partijen met verschillende belangen en taken. In het advies van de Commissie Biesheuvel I (1994) en daarmee ook het besturingsconcept Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf dat hieruit voortvloeide, gaat aandacht uit naar geïntegreerde zorgverlening door het decentraliseren van taken én een eenduidige leiding in de vorm van een directie of Raad van Bestuur. In dit besturingsconcept lag de 'macht' in handen van het management en in het bijzonder van het bestuur van de organisatie. Deze wijze van besturen was te typeren als de integratie van de medisch specialist *in* het ziekenhuis in plaats van de medisch specialist *en* het ziekenhuis (Kahn, 1997).⁸ De integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis en de eindverantwoordelijkheid van het bestuur in dit besturingsconcept, stuitte op weerstand bij medici. Zij zagen het Biesheuvel advies als een manier om professionals organisatorisch ondergeschikt te maken aan het management in de organisatie (Scholten, 1998, p. 15 in Kruijthof, 2005). Onder druk van medisch specialisten heeft de beschrijving van de relatie tussen management en medici in de Integratiewet (2000), die de juridische vervolmaking van het Biesheuvel advies was, een ontwikkeling doorgemaakt (Kahn, 1997). De hiërarchische relatie van vrijgevestigde doktoren ten opzichte van het ziekenhuis, zoals die in het Biesheuvel rapport was voorgesteld, werd ongedaan gemaakt in de Integratiewet.⁹

In 2006 werd in Nederland een nieuw zorgstelsel geïntroduceerd met de komst van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De introductie van deze wet markeerde het einde van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (Scholten e.a., 2006). Door de komst van de nieuwe wet waarin de functionele aanspraken op zorg zijn geregeld, is de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van medici en het ziekenhuis voor de zorg komen te vervallen (Scholten e.a., 2006). De belangen van management en medici zijn als gevolg van de wijzigingen in het zorgstelsel niet meer gelijkgericht (Scholten e.a., 2006). “[Hierdoor verviel] de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van medisch specialisten en het ziekenhuis voor de zorg [en] ook de juridische basis van het [Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf] zoals [dit is opgenomen] in de Integratiewet” (Scholten e.a., 2006, p. 1170). Door de introductie van de Zorgverzekeringswet werden ziekenhuizen genoodzaakt opnieuw

⁷ “Het bestaande declaratiesysteem van medisch-specialisten, dat gebaseerd is op verrichtingen, [zou] te weinig prikkels bevat[ten] voor doelmatigheid en doeltreffendheid van medisch handelen en dus niet bevorderend [zijn] voor de kwaliteit van zorg” (Kamerstukken II, 1996/1997, 25258, nr. 3).

⁸ Onderscheid tussen integratie medici in het ziekenhuis en integratie medici en het ziekenhuis kent zijn oorsprong in de juridische discussie over de formalisering van de relatie tussen management en medici in Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (Kamerstukken II, Memorie van toelichting, 1996-1997, 25258, nr. 3; Kahn, 1997).

⁹ Het aanvankelijke wetsvoorstel “werd onder druk van de specialisten ingrijpend gewijzigd” (Kahn, 1997, p. 565). In tegenstelling tot het eerste wetsvoorstel waarin gesproken werd over “geïntegreerde medisch-specialistisch zorg verleend door of vanwege een ziekenhuis [werd in de definitieve wet uitgegaan van] aanspraak op medisch-specialistisch zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis dan wel door of vanwege een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten” (Kamerstukken II, Memorie van toelichting, 96-97, 25258, nr. 3, p. 6).

te kijken naar nieuwe besturingsconcepten. Het afgelopen decennium is er gezocht naar nieuwe besturingsconcepten. De introductie van het Medisch Specialistisch Bedrijf¹⁰ als reactie op de introductie van de integrale tarieven in 2015, is hiervan het meest recente voorbeeld (zie hoofdstuk 9 voor bespreking van dit besturingsconcept in het licht van de onderzoeksresultaten).

De besturingsconcepten die de afgelopen decennia de revue zijn gepasseerd, hebben een beperkte houdbaarheid. Ze hebben een betrekkelijk korte levenscyclus (Scholten e.a., 2006). Er is sprake van een ‘ten year itch’. Er wordt steeds gezocht – al dan niet onder druk van het externe krachtenveld – naar nieuwe besturingsconcepten om de relatie tussen management en medici vorm te geven. Tot in het midden van jaren negentig van de vorige eeuw vormde de integratie van medici en het ziekenhuis het uitgangspunt in besturingsconcepten, terwijl vanaf 1994 het accent lag op integratie van medici in de ziekenhuisorganisatie (ofwel onderschikking). Hoewel er verschillende besturingsconcepten voorbij zijn gekomen, blijft het conflict tussen management en medici bestaan. Het hardnekkige conflict is een klassiek en slepend probleem: een “*taai*” vraagstuk (Vermaak, 2009).

1.2.2 Extern krachtenveld complicerend voor bestuurbaarheid

Tot begin jaren tachtig van de twintigste eeuw lag het initiatief om de relatie tussen management en medici vorm te geven bij het veld zelf. Niet alleen ziekenhuisorganisaties, maar ook vertegenwoordigers van ziekenhuizen en medici, verzekeraars en ziekenfondsen waren betrokken bij de zoektocht naar een passende vormgeving van de relatie tussen management en medici. Goede voorbeelden van initiatieven waarin direct belanghebbende organisaties samenwerkten, waren het Vijfpartijenakkoord (1989) (samenwerking tussen organisaties van specialisten (LSV), ziekenhuizen (NZR), ziekenfondsen (VNZ) en verzekeraars (KLOZ en KPZ)) en de commissie Van Montfort I die in 1991 het besturingsconcept ‘Management Participatie’ introduceerde (samenwerking tussen Nationale Ziekenhuisraad (NZR), Nederlands Zorginstituut (NZI) en Landelijke Specialisten Vereniging (tegenwoordig Federatie Medisch Specialisten)).

Het besturingsconcept Management Participatie (1991) was het resultaat van een zoektocht van diverse partijen naar mogelijkheden om het conflict tussen het management en medici werkbaar te maken (Managementparticipatie, 1991) en de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten beter te laten verlopen in het ziekenhuis (Landelijke Specialisten Vereniging taakgroep, 1979). Zoals in voorgaande paragraaf al werd beschreven, lag de focus van het besturingsconcept Management Participatie op de acceptatie van het spanningsveld tussen management en medisch professionals en de rol van medisch specialist als organisatiegenoot in de beleidsvorming (in de eenheden) van het ziekenhuis. Het concept en de onderliggende besturingsprincipes waren voor de

¹⁰ In de meeste algemene ziekenhuizen is gekozen voor het model Medisch Specialistisch Bedrijf. In een paar ziekenhuizen is er gekozen voor het loondienstmodel of voor het participatiemodel (zie ook hoofdstuk 9).

veldpartijen een aanvaardbare formule voor het hanteren van – en dus geen oplossing voor – het conflict tussen management en professionals.

Hoewel een aanvaardbare en werkbare formule werd ontwikkeld door vertegenwoordigers van medici en ziekenhuizen, verzekeraars en ziekenfondsen, ging vanaf midden jaren tachtig van de vorige eeuw ook de overheid zich bemoeien met de besturing van het ziekenhuis en in het bijzonder met de relatie tussen het ziekenhuis en medisch specialisten. De besturing van het ziekenhuis werd meer een externe aangelegenheid. Door financiële en juridische interventies – van vooral de overheid – lag niet langer het accent op de integratie van medisch specialisten en het ziekenhuis (zoals bij besturingsconcept Management Participatie), maar op de integratie van medici in het ziekenhuis.

Met de invoering van het budgetteringssysteem in 1983 werd voor het eerst door de overheid invloed uitgeoefend op de relatie tussen de ziekenhuisorganisatie en medici in het ziekenhuis. Kenmerkend voor de budgetteringssystematiek was dat per ziekenhuis één budget werd bepaald waarmee de totale productie – ofwel dienstverlening – in een bepaalde periode bekostigd moest worden (Maarse, 1988). Hierdoor was het ziekenhuis niet langer alleen verantwoordelijk voor het facilitaire deel van de organisatie, maar had de ziekenhuisorganisatie de verantwoordelijkheid over het functioneren van het totale ziekenhuis in handen (Schaaf, 2000). De verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg bleef in handen van de medisch specialisten (Schaaf, 2000). De invoering van het functionele budgetteringssysteem (1983) was een stimulans voor de ontwikkeling van ‘management’ als nieuw vakgebied in de ziekenhuiswereld (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008; Stoopendaal, 2008).¹¹

Ook de wet- en regelgeving van latere datum zorgde ervoor dat het management in het zadel werd geholpen door de overheid. Denk hierbij aan de Integratiewet (2001), die de juridische vervolmaking is van het door de Commissie Biesheuvel (1994) geïntroduceerde besturingsconcept ‘Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf’. Het Biesheuvel advies (1994) verscheen in opdracht van de overheid. Zowel het Biesheuvel advies als de Integratiewet waren gericht op de integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis. Het sturen op de integratie van medici in het ziekenhuis en de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur, ontving kritiek van vooral medisch specialisten. De Integratiewet (en het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf dat hieraan ten grondslag lag) zou een ondergeschikte positie van medici ten opzichte van het management in de hand werken. Zoals werd beschreven in voorgaande paragraaf, werd als gevolg van deze kritiek de hiërarchische relatie van vrijgevestigde doktoren ten opzichte van het ziekenhuis ongedaan gemaakt in de Integratiewet. Ondanks wijzigingen in de wet kwam in de ziekenhuizen de

¹¹ *Het budgetteringssysteem was in hoofdzaak een middel om te komen tot doelmatigheid (Maarse & Moen, 1992) en daarnaast ook “middel tot verruiming van de beleidsvrijheid van de ziekenhuizen. Een motief voor de ingrijpende beleidsmaatregel was daarmee het streven van de overheid naar beheersing van gezondheidszorg (Maarse, 1988). Het nieuwe overheidsbeleid kenmerkte zich daarmee als “beheersingsbeleid” (Maarse, 1988, p. 3).*

juridische en financiële eindverantwoordelijkheid bij de Raad van Bestuur en de professionele autonomie bij medici te liggen (Kahn, 1997).

In latere jaren richtte de overheid zich ook op het vergroten van de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur met de regelgeving inzake ‘Goed Bestuur’. De Commissie Meurs expliciteerde in 1999 voor het eerst uitgangspunten voor goed bestuur, namelijk *“een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties”* (Health care governance, 1999, p. 20). De door de Commissie Meurs geformuleerde uitgangspunten voor goed bestuur waren niet bindend, maar hebben brancheorganisaties in de zorg wel getriggerd om zelf regels voor goed bestuur te formuleren. ActiZ (organisatie voor zorgondernemers), GGZ Nederland (Geestelijke Gezondheidszorg Nederland), de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), de VGN (Vereniging Gehandicapten Nederland) en de NFU (Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra) kwamen in 2005 tot een Zorgbrede Governance Code (die in 2010 werd en in 2017 zal worden vernieuwd¹²). In lijn met het advies van de Commissie Meurs ligt het accent in deze code op het versterken van de positie van de Raad van Bestuur én de interne toezichthouder in het ziekenhuis. Zorgorganisaties dienen tegenwoordig, in lijn met het advies van de Commissie Meurs, te voldoen aan governance eisen en moeten zich verantwoorden over het functioneren van het ziekenhuis en de governance structuur in jaarverslagen. Uit de totstandkoming van de Zorgbrede Governance Code blijkt dat niet alleen de overheid maar ook brancheorganisaties (en verzekeraars) zich bemoeien met de vormgeving van de relatie tussen management en professionals in de richting van de integratie van de medicus in het ziekenhuis.¹³

Bovenstaande voorbeelden (invoering budgetteringssystematiek (1983), Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (1994), Integratiewet (2001) en de ontwikkeling van de eisen voor goed bestuur) laten zien dat externe partijen betrokken zijn bij en invloed uitoefenen op het spanningsveld tussen management en medici in het ziekenhuis. Ook via andere initiatieven van meer recente datum, wordt door externe partijen (vooral de overheid) invloed uitgeoefend op de positie van de medicus in het ziekenhuis: denk hierbij aan initiatieven die gericht zijn op het reguleren van het inkomen van de medicus (zie ook Scholten, 1994), de discussie over het loondienstmodel van medisch specialisten en wijzigingen in de juridische en economische ziekenhuisstructuur van het ziekenhuis als resultante van de invoering van de integrale tarieven in 2015 (zie ook hoofdstuk 9).

¹² Consultatie Zorgbrede Governancecode (2016, mei, 24). Gevonden op <http://www.brancheorganisatieszorg.nl/index/zorgbrede-governancecode-2017>

¹³ Een bijzonder initiatief was het rapport *Vernieuwd Besturen (2005) van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)*. De inhoud van het rapport lag in het verlengde van eerder beschreven initiatieven van de overheid waarbij de Raad van Bestuur in een eindverantwoordelijke positie werd gezet in de besturing van het ziekenhuis. Een ziekenhuis zou te besturen zijn als een ‘gewone’ (hiërarchische) organisatie met één kapitein op het schip – namelijk de Raad van Bestuur – en met de medisch specialist als onderaannemer. De NVZ heeft de nota ingetrokken vanwege de vloedgolf aan kritiek op het idee van één kapitein op het schip, omdat dit het professionele karakter van het ziekenhuis zou ondermijnen.

Kortom, vanaf het midden van de jaren tachtig in de twintigste eeuw wordt vooral door de overheid de machtspositie van het management in het ziekenhuis versterkt. De invoering van de budgetteringssystematiek in 1983 was de eerste trigger voor de ontwikkeling van een management zuil naast een medisch professionele zuil¹⁴ (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008; Stoopendaal, 2008). Het management in het ziekenhuis heeft zich sindsdien geprofessionaliseerd. De positie van het management wordt door externe partijen versterkt door de ontwikkeling van wet- en regelgeving en gedragsregels op het gebied van de eindverantwoordelijke rol van de bestuurders en de integratie van medici in het ziekenhuis. De toenemende aandacht voor de eindverantwoordelijkheid van het management in wet- en regelgeving zou ervoor zorgen dat de macht van de dokters wordt gebroken. Het conflict tussen management en medici wordt verscherpt door de verschuivingen van positiemacht in de richting van de Raad van Bestuur (naast de Raad van Toezicht en medezeggenschapsorganen). Dit betekent dat medici en het management in het ziekenhuis niet alleen moeten omgaan met hun conflicterende belangen en onderlinge afhankelijkheden, maar ook met de eisen van externe partijen en de verschuivingen in onderlinge (machts)verhoudingen als gevolg van deze eisen. Dit maakt dat de besturing van het ziekenhuis meer complex en problematisch wordt.

1.3 ONDERZOEKSVRAAG EN DOELSTELLING

Decennia lang houden wetenschappers, de overheid, consultants, bestuurders, managers, professionals en beleidsmedewerkers in ziekenhuizen zich bezig met het vraagstuk hoe het conflict tussen management en medici hanteerbaar kan worden gemaakt. De aanhoudende aandacht voor deze thematiek, de complicerende invloed van het externe krachtenveld op de bestuurbaarheid van het ziekenhuis en het ontbreken van een systematisch inzicht in hoe kan worden omgegaan met twee dominante actoren in een organisatie die conflicterende belangen, opvattingen en gedragingen hebben (zie paragraaf 1.4.1 en hoofdstuk 3), liggen ten grondslag aan de gekozen onderzoeksthematiek. De focus van het onderzoek is gelegd op het in kaart brengen van het geheel van posities, rollen en gedragsregels die partijen overeenkomen en veranderen met het oog op het hanteren van wederzijdse afhankelijkheden én conflicterende belangen tussen management en medisch professionals in het ziekenhuis. Het hanteren van afhankelijkheden én conflicterende belangen door een geheel van posities, rollen en gedragsregels – wat in dit onderzoek getypeerd wordt met het concept besturingsarrangement – is een cruciale en tevens complexe opgave voor de besturing van een ziekenhuis. De vraag die centraal staat in dit onderzoek is:

met behulp van welke besturingsarrangementen hanteren management en medici hun wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen in Nederlandse algemene ziekenhuizen?

Vier casussen zijn onderzocht om een antwoord te geven op deze vraag. In dit onderzoeksverslag worden de besturingsarrangementen van vier algemene ziekenhuizen in Nederland beschreven en geanalyseerd. De elementen in de besturingsarrangementen

¹⁴ Degeling, Maxwell, Iedema en Hunter (2004) hebben het in deze context over “silos”.

van de onderzochte ziekenhuizen worden beschreven en geïnterpreteerd met behulp van relevante theorie. De vier diepgaande casusbeschrijvingen en de analyse hiervan vormen de kern van dit onderzoek.

Het onderzoek is gericht op het realiseren van een verbeterd theoretisch perspectief op de besturing van het ziekenhuis (als professionele organisatie). Door de aandacht voor het verwezenlijken van een verbeterd theoretisch perspectief, is de onderzoeker ook gericht op het creëren van een praktische uitvalsbasis voor passende besturingsarrangementen in ziekenhuizen en andere professionele organisaties. Het onderzoeksverslag biedt informatie voor bestuurders, managers, professionals, beleidsmedewerkers, beleidsmakers en consultants die te maken hebben met spanningen tussen management en (medisch) professionals in de besturing van organisaties zoals het ziekenhuis. In dit verslag worden alternatieve handvatten zichtbaar gemaakt voor de besturing van het ziekenhuis. Het bevat echter geen kant-en-klare recepten, zoals besturingsmodellen en besturingsstructuren, om het conflict tussen management en medici in het ziekenhuis hanteerbaar te maken.

1.4 RELEVANTIE ONDERZOEK

De besturing van het ziekenhuis – en in het bijzonder de relatie tussen managers en medisch professionals – heeft in de afgelopen decennia veel aandacht gekregen. Over de hele wereld (inclusief Nederland) hebben bestuurders, managers, medici, toezichthouders, beleidsmakers, consultants en wetenschappers zich in deze thematiek verdiept. De relevantie van dit onderzoek is tweeledig.

1.4.1 Wetenschappelijke relevantie

De besturing van ziekenhuizen is afgelopen decennia vaak het object van studie geweest. Vanuit diverse disciplines en op diverse subthema's is onderzoek verricht. Op dit moment is in de besturingspraktijk van ziekenhuizen (zie paragraaf 1.2.2) maar ook in de organisatieliteratuur het bureaucratische denken dominant (ook wel structureel functionalistische paradigma volgens Tsoukas en Knudsen (2003)). Binnen dit klassieke paradigma over organiseren wordt ervan uitgegaan dat een ziekenhuis goed kan functioneren wanneer er sprake is van een zekere mate van beheersing. Beheersing verwijst naar een autoritaire en bureaucratische manier van coördineren van de interacties binnen een formele organisatie. Organisaties worden in dit paradigma gezien als plaatsen waar controle op basis van dwang plaatsvindt en waar sprake is van een hiërarchische machtsstructuur die bepalend is voor het functioneren van de organisatie. Om te komen tot beheersbare ziekenhuizen wordt binnen het dominante paradigma gekeken in de richting van het management en structuren.

Glouberman en Mintzberg (2001: 11) stellen dat er op een nieuwe manier moet worden gekeken naar de besturing van het ziekenhuis als een bundeling van partijen waartussen kloven bestaan. Zij stellen een alternatief perspectief voor om kloven tussen verschillende partijen in het ziekenhuis te overbruggen, als reactie en aanvulling op het bureaucratische

perspectief. De (theoretisch) alternatieve manieren van besturen, die Glouberman en Mintzberg (2001: 11) beschrijven, zijn quasi formele arrangementen, informele meetings, netwerken, wederzijdse afstemming, standaardisatie van normen en het ontwikkelen van wederzijds respect en vertrouwen. Hierbij gaat niet alleen de aandacht uit naar bureaucratistische vormen van besturen maar vooral ook naar organische vormen (Mintzberg, 2006).

Er is in de literatuur veel aandacht geweest voor het conflict tussen partijen met conflicterende logica's en daarmee hoe deze partijen met diverse logica's worden gescheiden (Smets e.a., 2015). Denk hierbij aan onderzoek naar het management van conflicterende logica's waarbij één van de partijen in een organisatie dominant is én het hanteren van deze conflicterende logica's door 'onder de radar' activiteiten van partijen.¹⁵ In research naar professionele organisaties ligt de focus veelal op professionals of de organisatie. In recent onderzoek (Pache & Santos, 2013; Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2015) zijn in organisaties, waarin autonome partijen actief zijn met conflicterende belangen, samenwerkingsvormen gevonden waarbij meerdere actoren naast elkaar functioneren. Maar er is een gebrek aan inzicht hoe partijen met conflicterende belangen en gedragingen tegelijkertijd naast elkaar kunnen bestaan en samenwerken (Reay & Hinings, 2009). Weinig is bekend over hoe deze partijen met diverse logica's "co-exist" (Smets e.a., 2015). Naar deze 'hoe' vraag is nog weinig onderzoek gedaan (Greenwood e.a., 2011 in Smets e.a., 2015). Inzicht is nodig in de manier waarop actoren in een organisatie omgaan met hun conflicterende belangen (Goodrick & Reay, 2011 in Smets e.a., 2015).¹⁶ Met deze studie wordt gepoogd een bijdrage te leveren aan de sociowetenschappelijke kennis over de besturing van het ziekenhuis waarin partijen met conflicterende belangen én wederzijdse afhankelijkheden actief zijn. De aandacht gaat in dit onderzoek niet alleen uit naar welke (bureaucratische en hiërarchische) structuren en "practices" er worden gebruikt (Smets e.a., 2015), maar juist naar het (dynamische) proces van besturen (Van der Scheer, 2013).¹⁷ Er gaat daarmee in dit onderzoek aandacht uit naar de formele en informele di-

¹⁵ Reay en Hinings (2009) schrijven hierover dat ten eerste rivaliteit tussen partijen als gevolg van conflicterende belangen, gemanaged zou kunnen worden door "battles" waar actoren die de winnende logica ondersteunen dominant worden ("and conflicting logics cease to be relevant (Hensmans 2003; Hoffman 1999)") (p. 645). Op de tweede plaats stellen beide auteurs dat "rivalry is managed through covert operations where actors work 'under the radar' to gradually bring their logic to dominance (Maguire et al. 2004; Reay et al. 2006) or to subvert the currently dominant logic (Townley 2002)" (Reay & Hinings, 2009, p. 645).

¹⁶ In lijn met de focus van dit onderzoek beschrijven Smets, Jarzabkowski, Spee en Burke (2015) drie blinde vlekken in de literatuur op het gebied van conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden tussen partijen: "First, ... to do justice to the empirical realities of hybrid organizations, we need to ... 'delve deeper into the dynamic patterns of complexity' (Greenwood et al., 2011: 334) and to acknowledge the struggles of individuals, rather than organizations, operating across multiple logics (Goodrick & Reay, 2011). ... Second, studies that do consider logic integration focus on which structures and practices to combine, but leave the how 'under examined' (Greenwood et al., 2011: 353). ... Thirdly, institutional complexity has primarily attracted attention in instances where new organizational forms emerge (Battilana & Dorado, 2010; Jay, 2013; Tracey et al., 2011), fields are (re)-constructed (Ansari et al., 2013; Purdy & Gray, 2009; Reay & Hinings, 2005), or work demands produce novel complexities (Jarzabkowski, Matthiesen, & Van de Ven, 2009; Smets, Morris, & Greenwood, 2012). Focusing on times of flux or crisis may, however, overstate the conflict involved in navigating institutional complexity. To understand it as a lasting reality, we must look beyond the initial novelty and drama and study how it is continuously managed in organizations that have sustained competing logics over long periods" (p. 935-936).

¹⁷ Van der Scheer (2013) verwijst naar het belang van onderzoek naar het besturingsproces van de zorgorganisatie.

mensie van ziekenhuisbesturing (Kirkpatrick e.a., 2012). Om de complexiteit in de relatie tussen management en medici beter te begrijpen wordt in dit onderzoek (zie hoofdstuk 9) deze relatie beschouwd in het licht van overheidsinterventies (Kirkpatrick e.a., 2012).

1.4.2 Maatschappelijke relevantie

Deze studie beoogt handvatten te bieden aan degenen die betrokken zijn bij de besturing van het ziekenhuis door het bieden van inzicht in besturingsarrangementen van verschillende ziekenhuizen. Door het verkennen van alternatieve perspectieven (zie ook paragraaf 1.4.1 en hoofdstuk 3), worden aanknopingspunten aangereikt voor de ontwikkeling van passende besturingsarrangementen in ziekenhuizen. Met dit onderzoek wordt, door het beschrijven en analyseren van elementen in besturingsarrangementen in hun lokale context, getracht tegemoet te komen aan de bestaande vraag op welke wijze het conflict tussen management en medici in ziekenhuizen gehanteerd kan worden. Zeker in het licht van de afgenomen werkzaamheid van het model Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (1994)¹⁸ en de introductie van en discussie over nieuwe modellen als gevolg van wijzigingen in de financiering en organisatie van het zorgstelsel (door de introductie van de Zorgverzekeringswet (2006) en de introductie van integrale tarieven (2015)).

1.5 ONDERZOEKSOPZET EN LEESWIJZER

1.5.1 Waar gaat dit onderzoeksverslag over en voor wie is het bedoeld?

Dit onderzoeksverslag gaat over de manier waarop in ziekenhuizen wordt omgegaan met wederzijdse afhankelijkheden én conflicterende belangen tussen management en medici. Het verslag is gebaseerd op een langdurig empirisch onderzoek (2010-2013) in vier Nederlandse algemene ziekenhuizen. Het verslag bevat een bundeling van verkregen inzichten uit diverse bronnen. Er is casuonderzoek verricht in vier ziekenhuizen om de aanwezige besturingsarrangementen in beeld te brengen. Daarnaast werd tijdens het onderzoek literatuur over de besturing van het ziekenhuis bestudeerd. Hetzelfde geldt voor documentatie over ontwikkelingen gedurende de afgelopen zeven decennia op het gebied van besturingsarrangementen in Nederlandse algemene ziekenhuizen.

De kern van dit verslag bestaat uit vier diepgaande casusbeschrijvingen en een analyse van de besturingsarrangementen in de vier ziekenhuizen. In dit verslag worden de elementen van de besturingsarrangementen beschreven en geanalyseerd. Daarmee biedt het onderzoeksverslag informatie voor bestuurders, managers, professionals, toezichthouders, beleidsmedewerkers, beleidsmakers, consultants en wetenschappers die zich bezig houden met de besturing van het ziekenhuis. Dit verslag bevat geen 'best practices' of kant-en-klare recepten voor besturing. Door de uitvoerige beschrijving van de lokale besturingsarrangementen van vier ziekenhuizen en de analyse hiervan, kan de lezer van

¹⁸ Het einde van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf werd gemarkeerd in 2006 toen de op marktwerking gerichte Zorgverzekeringswet werd geïntroduceerd (Scholten e.a., 2006).

dit verslag zelf de verbinding leggen tussen het unieke van de casussen, de elementen in het besturingsarrangement én de eigen besturingspraktijk.

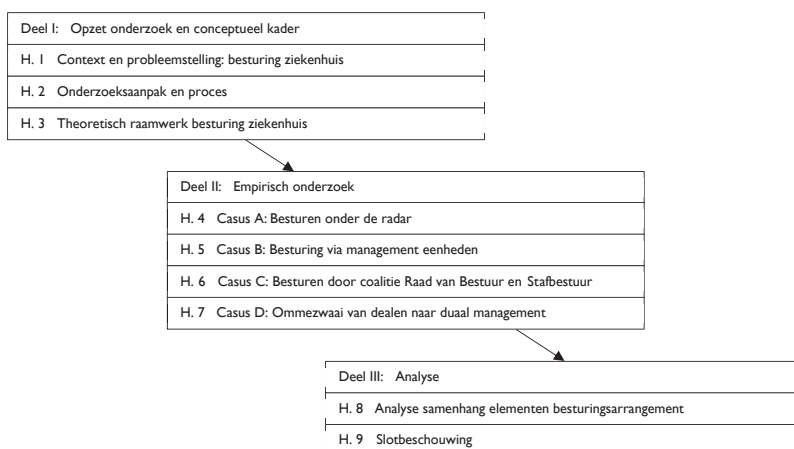
1.5.2 Leeswijzer

Dit verslag bestaat uit drie delen. In deel I worden de opzet en uitgangspunten van het onderzoek uitgewerkt. Deel II beslaat het empirisch onderzoek en in deel III worden de data geanalyseerd en geïnterpreteerd. Zie figuur 1.1 voor overzicht delen en hoofdstukken onderzoek.

In hoofdstuk 1 (deel I) worden het centrale thema van dit onderzoek geïnterpreteerd, de achtergrond van de besturingsproblematiek in Nederlandse algemene ziekenhuizen geschetst en de onderzoeksvraag geformuleerd. Daarna volgen twee hoofdstukken ter voorbereiding op het empirisch onderzoek. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het onderzoeksontwerp en het verloop van het onderzoeksproces. In dit hoofdstuk wordt duidelijk hoe de onderzoeker tot de bevindingen in dit onderzoeksverslag is gekomen. Niet alleen wordt het karakter van het onderzoek beschreven maar wordt ook uitleg gegeven over de selectie van de casuïstiek, de dataverzameling en de analyse van de data. In hoofdstuk 3 beschrijft de onderzoeker de theoretische achtergrond van het centrale onderzoeksthema. Deze theoretische achtergrond is het resultaat van een theoretische verkenning. Het theoretische raamwerk, dat gedurende het onderzoek is doorontwikkeld, gaf tijdens het onderzoek houvast binnen het empirisch onderzoek.

Het tweede deel van het verslag bevat vier hoofdstukken met vier “*descriptions*” (Geertz, 1973) van de aanwezige besturingsarrangementen zoals die in de vier onderzochte zie-

Figuur 1.1 Opbouw boek



kenhuizen naar voren zijn gekomen (h. 4, 5, 6 en 7). Het is een presentatie van de in dit onderzoek verzamelde data.

In het laatste deel van het onderzoeksverslag worden de data geanalyseerd en geïnterpreteerd. Hoofdstuk 8 bevat een beschouwende analyse van de onderzoeksresultaten. In dit hoofdstuk worden de meest kenmerkende elementen in de besturing van het ziekenhuis in de vier casussen in hun onderlinge samenhang geanalyseerd. Vier clusters van samenhangende elementen – ook wel configuratie besturingsarrangement genoemd – worden in hoofdstuk 8 uitgediept. In het afsluitende hoofdstuk (9) wordt stilgestaan bij de opbrengsten van het onderzoek. Er wordt antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag en gereflecteerd op de organisatiekundige en maatschappelijke betekenis van de onderzoeksresultaten voor de besturing en bestuurbaarheid van het ziekenhuis als professionele organisatie. De onderzoeker reflecteert in dit hoofdstuk ook op het onderzoeksproces en geeft enkele aanbevelingen voor verder onderzoek. Daarnaast beschrijft de onderzoeker enkele besturingsopgaven die voortvloeien uit het onderzoek.

2

Onderzoeksaanpak en proces

In voorgaand hoofdstuk werden achtergronden van besturingsvraagstukken in ziekenhuizen beschreven. Het doel van dit onderzoek is het verwerven van inzicht in de lokale besturingsarrangementen die worden ontwikkeld in ziekenhuizen om de onderlinge afhankelijkheden en conflicterende belangen tussen management en medici te hanteren. In dit onderzoek werd gekozen voor een kwalitatief en exploratief onderzoek om een antwoord te vinden op de centrale onderzoeksvraag. De onderzoeker wil door onderzoek naar deze vraag inzicht verkrijgen in de besturingsdynamiek van het ziekenhuis en de rol van actoren in de alledaagse besturing van het ziekenhuis hierbinnen (Smets e.a., 2015; Stoopendaal, 2008). De leidende (empirische) vraag in dit onderzoek is:

met behulp van welke besturingsarrangementen hanteren management en medici hun wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen in Nederlandse algemene ziekenhuizen?

Een besturingsarrangement bestaat uit het geheel van posities, rollen en gedragsregels die partijen overeenkomen en veranderen met het oog op het hanteren van conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden tussen management en medici. Om een antwoord te vinden op bovenstaande vraag gaat in dit onderzoek de aandacht uit naar posities, rollen en gedragsregels in de besturing van het ziekenhuis:

- welke posities zijn gecreëerd met het oog op het besturen van het ziekenhuis?;
- wat zijn de rollen van medici en management (en andere actoren) in de besturing van het ziekenhuis?;
- welke gedragsregels geven richting aan de besturing van het ziekenhuis en hoe gaan management en medici met elkaar om?¹

¹ Deze vraag richt zich op het 'wat' én vooral op het 'hoe' (werking besturingsarrangement). Er is vraag naar onderzoek over het wie, wat maar vooral ook het hoe (Eeckloo e.a., 2004). Het belang van onderzoek naar de hoe vraag wordt ook onderstreept door Smets, Jarzabkowski, Spee en Burke (2015).

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het empirisch onderzoek naar de lokale besturingsarrangementen in Nederlandse algemene ziekenhuizen tot stand is gekomen.² Besproken worden het karakter van het onderzoek, de verschillende onderdelen van het onderzoeksproces (oriënterende onderzoeksfase, dataverzameling, analyse, rapportage) en de indicatoren voor de kwaliteit van het onderzoek. Gaandeweg het onderzoek is de onderzoeksaanpak aangescherpt. Het iteratieve proces van dit onderzoek wordt in dit hoofdstuk beschreven.

2.1 KARAKTER VAN HET ONDERZOEK

2.1.1 Meervoudig casuonderzoek

Gedurende drie jaar werd veldonderzoek verricht om inzicht te krijgen in de besturingsarrangementen in vier verschillende ziekenhuizen (2010-2013). In dit onderzoek is gekozen voor een meervoudig casu onderzoek, namelijk een onderzoek naar enkele gevallen van een fenomeen in een natuurlijke context, gebaseerd op diverse bronnen (Yin, 1994).³ Deze vorm van onderzoek sluit aan bij de probleemstelling welke gericht is op het beschrijven en begrijpen van sociale processen in een specifieke context. Met casuonderzoek is het mogelijk om gedetailleerde kennis te verwerven van een sociaal verschijnsel. Er kan een beeld worden gevormd van de sociale interacties tussen betrokkenen in een systeem en er kunnen uiteenlopende zienswijzen van actoren worden achterhaald (Swanborn, 2003; Yin, 2003). In dit onderzoek gaat aandacht uit naar het besturingsarrangement (eenheid analyse) en gedragingen van actoren in de besturing van het ziekenhuis en daarmee dus ook de omgangsvormen tussen deze actoren (observatie eenheid). In dit onderzoek werd gedurende een langere periode van binnenuit onderzoek verricht om de sociale werkelijkheid in de lokale context achterhalen (Mortelmans, 2009). Hierbij werd in het bijzonder aandacht besteed aan het gedrag van actoren (Wester, 2003). Door observaties, het bestuderen van documenten en vooral door het afnemen van interviews werden data verzameld (zie paragraaf 2.3).

2.1.2 Wisselwerking theorie en empirie

Tijdens het onderzoek zijn theorie en empirie naast elkaar onderzocht in plaats van na elkaar. Er werden voortdurend verbindingen gelegd tussen theoretische concepten en data (Van Maanen e.a., 2007 in Dubois & Gadde, 2014). Empirie en theorie waren van invloed op elkaar (Maso & Smaling, 1998 in Stoopendaal, 2008). Deze vorm van onderzoek waarbij de onderzoeker voortdurend pendelde tussen theoretische concepten, data en analyse, wordt aangeduid als “*abductief onderzoek*” (Dubois & Gadde, 2002). Binnen dit onderzoek vormde een bescheiden theoretisch raamwerk (“*framework*” in Dubois & Gadde, 2002) – waarin de aannames van de onderzoeker over het besturingsarrange-

² Het hoofdstuk bevat context informatie op basis waarvan de lezer het onderzoek kan evalueren (Ruddin, 2006 in Dubois & Gadde, 2014).

³ Het is algemeen geaccepteerd dat organisatieprocessen niet kunnen worden begrepen op een contextuele cross-sectionele manier (Balogun e.a., 2003).

ment in een ziekenhuis waren opgenomen (Dubois & Gadde, 2002) – het vertrekpunt voor onderzoek. Gedurende het onderzoek werd dit raamwerk doorontwikkeld (zie hoofdstuk 3) door tijdens de dataverzameling verkregen inzichten (Dubois & Gadde, 2002). De theoretische concepten zorgden tijdens het onderzoek voor houvast bij het bestuderen van de lokale besturingsarrangementen in de afzonderlijke ziekenhuizen en voor vergelijkbaarheid van de casussen in de analyse. Theorie is in abductief onderzoek de belangrijkste tool voor het onder controle houden van de omvangrijke dataverzameling (Dubois & Gadde, 2014). Niet alleen wordt binnen abductief onderzoek het theoretisch raamwerk doorontwikkeld op basis van inzichten uit de empirie, maar ook de dataverzameling wordt aangescherpt door ontwikkelingen in het theoretisch raamwerk (Dubois & Gadde, 2002). Het iteratieve karakter van het abductieve analyse proces, waarbij inductieve en theoretische inzichten bij elkaar komen, kan worden aangeduid als *“process of abductive theorizing”* (Mantere & Ketokivi, 2013 in Smets e.a. 2015). De voortdurende wisselwerking tussen literatuur en empirie maakt het mogelijk om de empirische puzzel te beschrijven en te interpreteren (Smets e.a., 2015). Door ruimte te laten voor de ontwikkeling van het theoretisch raamwerk en de interpretatie van de empirie konden nieuwe inzichten worden verworven (Dubois & Gadde, 2002). Abductief onderzoek maakte het mogelijk om plausibele associaties te verkennen die nog niet zijn opgemerkt (Van Maanen e.a., 2007). Het onderzoek werd daarmee niet afgegrensd door de *“beperkende rol”* (Becker, 1986 in Mortelmans, 2009) van theorie maar bood een perspectief om tot nieuwe inzichten te komen. Veel (management) theorieën kunnen de besturingspraktijk (ook wel *“logic of practice”*) niet vangen omdat ze ontwikkeld zijn binnen het kader van ‘scientific rationality’ (Sandberg & Tsoukas, 2011). Omdat de literatuur gedomineerd wordt door een structureel functionalistisch paradigma (Tsoukas & Knudsen, 2003) werd er in dit onderzoek gekozen voor abductief casuonderzoek. Door dit type onderzoek was het mogelijk om alternatieve beelden te ontwikkelen en een dieper begrip te krijgen van besturingsarrangementen in ziekenhuizen in hun lokale context, zonder houvast van literatuur in de dataverzameling en analyse te verliezen.

2.1.3 Rol onderzoeker in dit onderzoek

De onderzoeker is geen objectieve buitenstaander. Niet alleen maakt een onderzoeker een eigen interpretatie van de beelden die hij binnen krijgt (Mortelmans, 2009), maar de aanwezigheid van een onderzoeker in een ziekenhuis kan ook invloed hebben op de besturingsdynamiek. De onderzoeker en het onderzoeksobject zijn met elkaar verbonden (Mortelmans, 2009). Omdat je als onderzoeker je eigen instrument bent (Den Hartog & Van Sluijs, 2000), moest de onderzoeker tijdens dit onderzoek zoeken naar een passende rol. Gedurende het onderzoek werd door de onderzoeker de balans tussen betrokkenheid en afstand bewaakt met het oog op de kwaliteit van het onderzoeksproces. In dit onderzoek is ervoor gekozen om van binnenuit onderzoek te verrichten. Daarbij heeft de onderzoeker zonder te ver van onderzoeksomgeving af te staan, afstand bewaart tegenover te actoren in het onderzoek. Concreet betekent dit dat de onderzoeker zich kenbaar heeft gemaakt als onderzoeker. Tegelijkertijd heeft zij geïnvesteerd in de relatie met actoren in het ziekenhuis. Tijdens het onderzoek bleek dat op het moment dat de onderzoeker en actoren in het ziekenhuis elkaar beter leerden kennen, zij gemakkelijker toegang kreeg tot

het onderzoeksveld (respondenten meer open en toegang tot meer bijeenkomsten). Dit is in lijn met wat Guba en Lincoln (1989) stellen dat onderzoekers betrokkenheid dienen te tonen in onderzoek (Stoopendaal, 2008). Bij sommige actoren moest de onderzoeker zich expliciet profileren als een ingelezen en kritische onderzoeker voordat het inwinnen van informatie mogelijk was. Enkele bestuurders, management en medici waren niet meteen bereid om het achterste van hun tong te laten zien. De onderzoeker heeft ervoor gekozen geen participerende of adviserende rol op zich te nemen, maar zich voor te stellen als 'iemand die achter een kamerplant zit'. De ervaring is dat deze terughoudende houding ervoor zorgde dat de onderzoeker niet als 'stoorzender' ervaren werd en de invloed op de onderzoeksomgeving zoveel mogelijk werd beperkt. De actoren konden ongestoord hun eigen activiteiten verrichten.

2.1.4 Iteratief onderzoeksproces

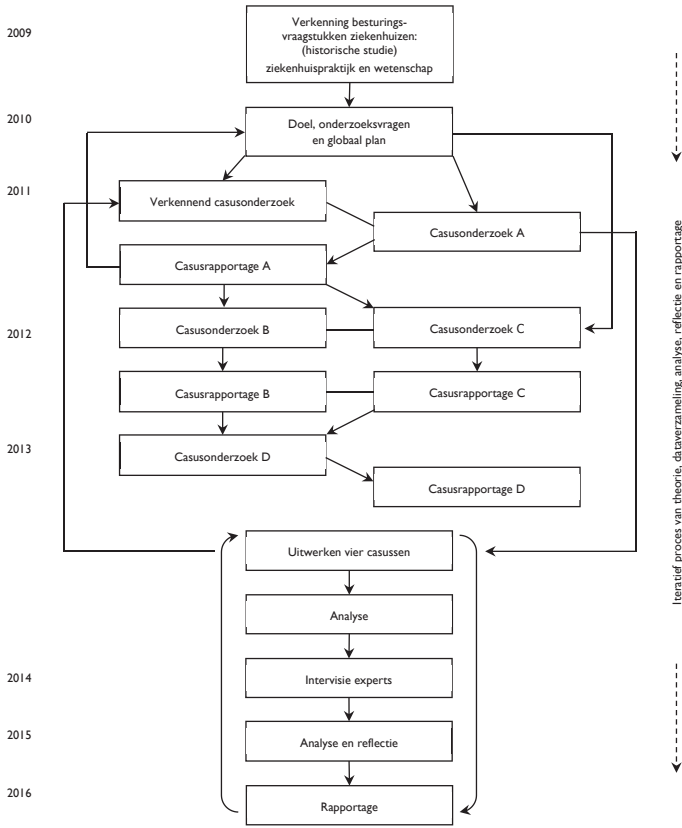
Het onderzoeksproces bestond uit verschillende onderdelen. De volgorde waarin deze onderdelen worden besproken in de volgende paragrafen, laat zoveel mogelijk het daadwerkelijke verloop van het onderzoeksproces zien. De verschillende onderdelen in het onderzoeksproces waren geen gescheiden activiteiten maar maakten deel uit van een iteratief onderzoeksproces. In dit proces doorkruisten verschillende fasen van onderzoek elkaar, namelijk: verkenning van de besturingsproblematiek in de praktijk van Nederlandse ziekenhuizen in de afgelopen vijf decennia, verdieping in theoretische inzichten, dataverzameling, analyse, reflectie en rapportage. Dit wordt een "*cyclisch onderzoekspatroom*" genoemd (Spradley, 1980). Tijdens dit iteratieve onderzoeksproces zijn theorie en empirie naast elkaar onderzocht en op elkaar betrokken (zie ook paragraaf 2.1.2 voor bespreking abductief onderzoek). In de volgende paragrafen worden de verschillende onderdelen van het onderzoeksproces en de methodologische en theoretische keuzes binnen dit proces beschreven. In figuur 2.1 wordt een beeld geschetst van de verschillende onderdelen in het onderzoeksproces.

2.2 VERKENNENDE FASE ONDERZOEK

2.2.1 Verkenning besturingspraktijk en literatuur

Voorafgaand aan het empirisch onderzoek werd een verkennend onderzoek verricht om te komen tot een onderzoeksthema en een onderzoeksplan. Op diverse manieren werd het onderzoeksveld verkend en verhelderd. In de eerste plaats werden oriënterende gesprekken gehouden binnen en buiten de ziekenhuizen om gevoel te krijgen bij besturingsvraagstukken in ziekenhuizen. Daarnaast werd een historisch onderzoek verricht (door analyse secundaire documenten gepubliceerd afgelopen vijf decennia) om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de relatie tussen management (of ziekenhuisorganisatie) en medici gedurende de afgelopen vijf decennia. Hierbij werd gekeken naar de ontwikkelingen in de besturingsconcepten die de revue zijn gepasseerd. Parallel aan de oriënterende gesprekken en de historische verkenning van de besturingspraktijk, verdiepte de onderzoeker zich in de wetenschappelijke literatuur om grip te krijgen op besturingsvraagstukken in het ziekenhuis. Daarbij werd expliciet gekeken naar ontwikkelingen in de theorievorming

Figuur 2.1 Overzicht onderzoeksproces



over het hanteren van het conflict tussen management en professionals en de blinde vlekken in de literatuur. De uitkomst van de verkennende fase werd vastgelegd in een plan van aanpak voor onderzoek. In dit onderzoeksplan werd de focus van het empirisch onderzoek bepaald, namelijk het centrale thema van het onderzoek en het type onderzoek. De onderzoeksopzet is voorgelegd aan bestuurders van de geselecteerde casussen en werd als relevant ervaren voor de bestuurspraktijk van het ziekenhuis.

2.2.2 Focus onderzoek

Het thema dat centraal staat in dit onderzoek is de besturing en bestuurbaarheid van ziekenhuizen. In het bijzonder wordt gekeken naar het bestuursarrangement. Het arrangement verwijst in dit onderzoek naar het geheel van posities, rollen en gedragsregels die partijen overeenkomen en veranderen met het oog op het hanteren van conflicte-

rende belangen én wederzijdse afhankelijkheden tussen management en medici (in het ziekenhuis). Om inzicht te verwerven in de lokale besturingsarrangementen in de verschillende ziekenhuizen ging in de dataverzameling in het bijzonder de aandacht uit naar het gedrag van actoren in de besturing van het ziekenhuis. In elk ziekenhuis werd een besluitvormingsproces gebruikt om de gedragingen zichtbaar te maken en daarmee inzicht te verkrijgen in het functioneren van het lokale besturingsarrangement (zie ook paragraaf 2.2.3).

Bij aanvang van het empirisch onderzoek diende een theoretisch raamwerk als kapstok voor de onderzoeker bij het betreden van het onderzoeksveld. Dit theoretisch raamwerk was in de beginfase van het onderzoek gebaseerd op de historische analyse van secundaire documenten, oriënterende gesprekken in het veld en een verkenning van wetenschappelijke literatuur over het centrale onderzoeksthema. De onderzoeker betrad met de spreekwoordelijke kapstok in de hand, het onderzoeksveld niet met een leeg hoofd, maar wel met een open houding dankzij deze keuze voor abductief onderzoek. Gedurende het empirisch onderzoek en vooral na het verkennend onderzoek van de eerste casus (niet opgenomen in onderzoeksverslag), werd de onderzoeker vanuit de besturingspraktijk meer bekend met de besturingsproblematiek in ziekenhuizen. Het verkennend casuonderzoek stelde de onderzoeker in de gelegenheid om meer gevoel te krijgen bij de besturingsarrangementen en de besturingsproblematiek in Nederlandse algemene ziekenhuizen.

Aanvankelijk begon de onderzoeker met vijf casussen, maar door bestuurlijke onrust in het eerste ziekenhuis waar de onderzoeker met het casuonderzoek was gestart, werd het onmogelijk om deze casus net zo uit te diepen als de andere casussen. De toegang tot data (door het bijwonen van bijeenkomsten, verkrijgen van documenten en afnemen van interviews) werd afgeschermd. De onderzoeker heeft daarom besloten om het onderzoek in het betreffende ziekenhuis vroegtijdig stop te zetten. Niettemin heeft de onderzoeker bij de aanvang van het empirisch onderzoek veel geleerd van de besturingsproblematiek in het verkennende casuonderzoek. De bestuurlijke en financiële onrust in het ziekenhuis heeft er voor gezorgd dat de spanningen, problemen en belangrijke scharnierpunten in het ziekenhuis zichtbaar werden. De complexe besturingsopgave van het ziekenhuis werd op deze manier zichtbaar. De vele wisselingen in de Raad van Bestuur, de financiële onrust door een dreigend faillissement en de spanningen tussen bestuurders, managers en medici zorgden niet alleen voor onrust in de organisatie maar ook voor verbazing over de gang van zaken in het ziekenhuis bij de onderzoeker. Op basis van de onderzoeksactiviteiten en waarnemingen in het verkennend casuonderzoek werd de onderzoeksfocus aangescherpt.

Bij aanvang van het empirisch onderzoek gaven Mintzberg's professionele bureaucratie (2006), maar ook Mastenbroek's (1996) relatieaspecten tussen partijen in een netwerk, richting aan het onderzoek. De aandacht ging uit naar Mastenbroek's (1996) instrumentele, sociaal-emotionele, onderhandelings- en machtsrelaties om de interactie tussen management en medici te kunnen duiden. Er werd gewerkt met Mintzberg's (2006)

coördinatiemechanismen en ontwerpparameters van de professionele bureaucratie⁴ om inzicht te krijgen in de werking van het besturingsarrangement. Door het verkennend casuonderzoek heeft het concept besturingsarrangement zich ontwikkeld in de richting van een geheel van posities, rollen en gedragsregels die partijen overeenkomen en veranderen in het ziekenhuis met het oog op het hanteren van conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden tussen het management en medici. Het theoretisch raamwerk werd doorontwikkeld om gericht de besturingsdynamiek tussen management en medici (tegenover de formele besturingsstructuur) in beeld te kunnen brengen. Gedurende het onderzoek werden voortdurend verbindingen gelegd tussen data die vanuit de empirie naar boven kwamen en inzichten die ontstonden vanuit theorie (Richardson & Kramer, 2006 in Stoopendaal, 2008) om zo de focus van het onderzoek aan te scherpen (zie ook paragraaf 2.1.2 voor bespreking abductief onderzoek).

2.2.3 Casusselectie

Om inzicht te krijgen in de besturingsarrangementen die lokaal in de ziekenhuizen zijn ontwikkeld om de onderlinge afhankelijkheden en uiteenlopende belangen tussen management en medici te hanteren, heeft de onderzoeker gedurende drie jaar intensief data verzameld in vier ziekenhuizen (voorafgegaan door één verkennend casuonderzoek). De vier ziekenhuizen vormen de casussen van het onderzoek. Er is gekozen voor casuonderzoek om inzicht te krijgen in de complexiteit van het besturingsarrangement door dit fenomeen en de rijke context te beschrijven (Dyer & Wilkins, 1991 in Dubois & Gadde, 2014). Door vijf casussen te selecteren en uiteindelijk het besturingsarrangement in vier casussen intensief te bestuderen, kon de onderzoeker achterhalen in hoeverre de sociale fenomenen in het onderzoek zich op dezelfde wijze manifesteren in de verschillende casussen (Mortelmans, 2009). Door meerdere casussen diepgaand te bestuderen kon de onderzoeker een meer compleet theoretisch plaatje tekenen (Eisenhardt, 1991 in Dubois & Gadde, 2014) van het besturingsarrangement in ziekenhuizen.⁵

De selectie van de vijf casussen (waarvan één verkennend casuonderzoek) is gebaseerd op pragmatische en inhoudelijke gronden. In dit onderzoek waren het vooral pragmatische

⁴ Denk hierbij aan de coördinatiemechanismen en ontwerpparameters: standaardisatie van kennis en vaardigheden, indoctrinatie, decentralisatie, verbindingsmiddelen en de besturing van de organisatie door het (top)management.

⁵ Binnen positivistisch onderzoek worden 'multiple case studies' meer geschikt geacht voor de ontwikkeling van theorie dan single case designs. "The evidence from multiple cases is often considered more compelling, and the overall study is therefore regarded as being more robust" (Herriott & Firestone, 1983 in Yin, 2014). Door meerdere casussen te bestuderen worden "chance associations" geëlimineerd wat resulteert in meer uitgewerkte theorieën (Eisenhardt, 1991 in Dubois & Gadde, 2014). Binnen positivistisch onderzoek "there are no precise rules as to the number of cases that should be selected in multiple case study research, albeit recommendations made in the relevant literature range from 4 to 15. The number of cases selected depends on how rich and complex the within-case sampling is. There is a breadth-depth trade-off: With too many case studies, the data become thinner, and depth may be lost. Multiple case studies can require extensive resources and time; researching a greater number of cases with the same resources may mean more breadth but a loss of depth" (Mills e.a., 2010, p. 839). De aanname dat meervoudig casu onderzoek meer verklarende kracht heeft, krijgt ook kritiek. Door meerdere casussen te bestuderen zou juist de rijkheid van de casuïstiek verloren gaan (Dubois & Gadde, 2014). De weergave en interpretatie van een "good story" en daarmee de verdieping van één casu wordt als meer waardevol gezien dan het bestuderen van een aantal casussen (Dubois & Gadde, 2014). In dit onderzoek is gekozen voor een middenweg door vier casussen diepgaand te bestuderen.

argumenten die ten grondslag lagen aan de selectie van de vijf ziekenhuizen. Initiatiefnemers van het Center Organization Development in Hospitals zochten contact met diverse personen in hun netwerk die actief waren in verschillende Nederlandse algemene ziekenhuizen. Contacten in vijf ziekenhuizen, die uiteindelijk de onderzoekspopulatie zijn gaan vormen, vonden het thema van het onderzoek interessant en belangrijk. Niet alleen de interesse in het onderzoek naar besturingsvraagstukken van ziekenhuizen maar ook de bereidheid om financiële middelen te verschaffen aan het onderzoek vormden belangrijke selectiecriteria in dit onderzoek.

De vijf Nederlandse algemene ziekenhuizen werden uiteindelijk geselecteerd omdat ook werd verwacht dat de te onderzoeken besturingsarrangementen er duidelijk te vinden zouden zijn (*“informatierijke”* casussen in Swanborn, 2003). De vijf geselecteerde casussen vormen een relatief homogene groep ziekenhuizen, namelijk Nederlandse algemene ziekenhuizen. De primaire taak van Nederlandse algemene ziekenhuizen is het leveren van patiëntenzorg, maar daarnaast maakt de opleiding van artsen, specialisten en verpleegkundigen ook een belangrijk deel uit van hun takenpakket (Mackenbach & Maas, 2008). Hoewel er verschillen zijn tussen de casussen, maakt het onderzoek naar een homogene groep van Nederlandse algemene ziekenhuizen het mogelijk een dieper inzicht te verwerven in de lokale besturingsarrangementen. De ziekenhuizen verschillen in omvang en aanwezigheid van lidmaatschap van de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidings Ziekenhuizen (STZ). Zo behoort ziekenhuis B (h. 5) tot één van de grotere algemene ziekenhuizen in Nederland en heeft recentelijk de STZ status verworven. Ziekenhuis A (h. 4) is in verhouding een kleiner ziekenhuis. Opmerkelijk detail van dit ziekenhuis is dat het merendeel van de medisch specialisten (met uitzondering van de cardiologen en radiologen) in loondienst werkt van het ziekenhuis. Ziekenhuis C en D (h. 6 en 7) zitten qua formaat tussen ziekenhuis A en B (h. 4 en 5) in en beschikken daarnaast over de STZ status.

Selectie besluitvormingsprocessen in casussen

Niet alleen werden in dit onderzoek vier casussen (exclusief verkennend onderzoek) geselecteerd, ook werden bij aanvang van het onderzoek in elke casus besluitvormingsprocessen geselecteerd. Lokaal in de ziekenhuizen werden besluitvormingsprocessen bestudeerd die betekenis hebben voor management en medici in het ziekenhuis en daarmee het gedrag van deze actoren (binnen en tussen diverse zuilen). Op deze manier kon de onderzoeker de lokale besturingsarrangementen in werking zien (Fiss, 2008 in Greenwood e.a., 2010).⁶ Vooral bij aanvang van het empirisch onderzoek vormden deze besluitvormingsprocessen in de afzonderlijke ziekenhuizen voor de onderzoeker een voertuig om inzicht te verwerven in de elementen van het besturingsarrangement. De onderzoeker richtte

⁶ *“As suggested by Scott (1985) and Fine & Sandstrom (1993), to understand the working of institutions it is essential to tie them closely to action and everyday practice, and specific governance practices in particular” (Fiss, 2008 in Greenwood e.a., 2008).*

in elke casus de aandacht op de elementen van het besturingsarrangement in zowel een specifiek besluitvormingsproces als de besturing van het ziekenhuis in zijn geheel.⁷

De geselecteerde besluitvormingsprocessen voldeden aan een aantal criteria⁸:

- 1) besluitvormingsproces rondom een inhoudelijk thema dat de zuilen van het management en medisch professionals raakt;
- 2) aanwezigheid van management en medici in de besturing van het ziekenhuis (met overzicht over besturingsproces);
- 3) management – namelijk bestuurders en managers – en medisch specialisten komen met elkaar in aanraking⁹;
- 4) doorlooptijd besluitvormingsproces van tenminste een half jaar;
- 5) goede toegang tot de onderzoeksthematiek. Ook wel “*appropriateness, purpose, and access to good information*” (Mills e.a., 2010, p. 839) genoemd.

De keuze voor een besluitvormingsproces werd bepaald na overleg met contactpersonen – zijnde bestuurders – en drie à vier sleutelpersonen met inzicht in de besturing van het ziekenhuis. De bestuurders waar de onderzoeker in de beginfase van het onderzoek in elk ziekenhuis mee gesproken heeft om het onderzoeksveld af te bakenen, waren diegenen die ervoor gezorgd hebben dat de onderzoeker kon starten met onderzoek. Het zijn ook deze bestuurders die bij aanvang van het onderzoek enkele personen hebben aangewezen met inzicht in de besturing van het ziekenhuis voor een eerste verkenning van het lokale besturingsarrangement en een gerichte onderzoeksaanpak. Om een open blik te behouden heeft de onderzoeker bij het afbakenen van het onderzoeksveld diverse bijeenkomsten geobserveerd en met actoren gesproken (namelijk via snowballing technique en door selectie kritische actoren). Op basis daarvan is het onderzoeksveld (en de keuze

⁷ *Het onderzoek richt de aandacht op besluitvormingsprocessen. Dit is een afgeleide van het bestuderen van veranderprocessen (gebaseerd op Balogun e.a., 2005). Binnen veranderprocessen worden nieuwe opvattingen en structuren geïntroduceerd en 'oude' opvattingen, gedragingen en structuren zichtbaar. Het te kiezen veranderingsproces – of in dit onderzoek besluitvormingsproces – is een voertuig waarmee gericht onderzoek kan worden verricht naar de elementen van een besturingsarrangement in een ziekenhuis.*

⁸ *Criteria – 1 tot en met 4 – zijn gebaseerd op de criteria die Balogun, Gleadde, Hope Hailey en Willmott (2005) gebruiken.*

⁹ *Glouberman en Mintzberg (2001 I) maken het onderscheid tussen vier werelden in het ziekenhuis: managers, medici, verpleegkundigen en interne toezichthouders. In dit onderzoek wordt ingezoomd op het management en medici omdat de relatie en spanningen tussen deze actoren bepalend zijn voor de wijze waarop het ziekenhuis bestuurd wordt. Ondanks de veranderende rol van verpleegkundigen in het ziekenhuis (denk hierbij aan toenemende invloed via gremium als Verpleegkundige Adviesraad, maar ook de introductie van nieuwe rollen zoals Nurse Practitioner waarmee verpleegkundigen op het domein van andere actoren komen) worden verpleegkundigen weinig betrokken zijn in de besluitvorming van het ziekenhuis maar meer gericht zijn op de inhoud van hun werk binnen hun eigen verpleegkundige domein (Ten Holter, 2011). In alle onderzochte ziekenhuizen zijn verpleegkundigen aangesteld voor het managen van afdelingen op operationeel niveau (Afdelingshoofden). Omdat de verpleegkundigen in de ziekenhuizen nauwelijks een onderdeel zijn van de besturing van het ziekenhuis (Ten Holter, 2011), werden zij niet meegenomen in dit onderzoek maar werd ingezoomd op die actoren die bepalend zijn voor de besturing van het ziekenhuis. Ook heeft de onderzoeker niet gekozen om onderzoek te doen naar interne toezichthouders omdat zij – Hoewel hun taak als toezichthouder in toenemende mate formeel wordt verankerd in de besturing van het ziekenhuis – geen deel uit van het krachtenveld van actoren die rechtstreeks richting geven aan de besturing van het ziekenhuis. Toezichthouders zijn belast met de taak om toezicht te houden op het functioneren van de organisatie en in het bijzonder op het opereren van de Raad van Bestuur.*

voor besluitvormingsprocessen) verder afgebakend. Besluitvormingsprocessen die werden geselecteerd, zijn het financiële herstructureringsprogramma (casus A, h. 4); de strategie-bepaling ziekenhuis en huisvesting (casus B, h. 5); de financiële jaarcyclus (casus C, h. 6); en de strategievorming in ziekenhuis (casus D, h. 7). In alle casussen was daarnaast ook het besturingsarrangement zelf object van intensief beraad.¹⁰ De ontwikkelingen in dit arrangement in de ziekenhuizen werden ook meegenomen in het empirisch onderzoek.

Proces casusonderzoek

De besturingsarrangementen in de casussen werden gedurende een periode van tenminste zes maanden intensief gevolgd, zodat een diepgaand inzicht kon worden verworven in de elementen van de lokale besturingsarrangementen. Ook eventuele veranderingen konden worden gepeild en verklaard (Swanborn, 2003). Ongeveer een half jaar na deze periode van dataverzameling nam de onderzoeker opnieuw contact op met respondenten in het ziekenhuis om met hen te kunnen reflecteren op de in praktijk gebrachte besturingsarrangementen en informatie te verzamelen over ontwikkelingen in het besturingsarrangement.

De onderzoeker heeft gedurende drie periodes (met een interval van een paar maanden) onderzoek verricht. Tijdens de eerste twee periodes werden telkens twee ziekenhuizen tegelijkertijd bestudeerd en in de derde periode één ziekenhuis. Op deze manier werden verschillende ziekenhuizen naast elkaar bestudeerd waardoor de casussen konden worden vergeleken. Hierdoor werd de scherpte van het onderzoek vergroot. Door economische en bestuurlijk zware omstandigheden van één ziekenhuis (het verkennende casusonderzoek) is in eerste instantie het onderzoeksinterval voor dit ziekenhuis verlengd. Maar doordat toegang tot de data op een bepaald moment onmogelijk werd, is uiteindelijk het onderzoek in deze casus stopgezet.

2.3 DATAVERZAMELING

Tijdens dit onderzoek werd gebruik gemaakt van verschillende methoden van dataverzameling, namelijk documentenstudie, observaties en interviews. In deze paragraaf worden de methoden beschreven die tijdens het onderzoeksproces gebruikt zijn om data te verzamelen. Ook worden de tijdens het onderzoeksproces verrichte follow-up activiteiten uitgelicht. Allereerst wordt in deze paragraaf ingegaan op de activiteiten die erop gericht waren toegang te krijgen tot de data in de ziekenhuizen.

2.3.1 Toegang tot data in ziekenhuizen

Vooraf aan de dataverzameling in de ziekenhuizen is een notitie met een onderzoeksplan verstuurd naar de contactpersonen (namelijk bestuurders) in de ziekenhuizen. Op basis van deze notitie zijn gesprekken gevoerd over de bereidheid van ziekenhuizen om mee

¹⁰ Denk hierbij bijvoorbeeld aan wijziging besturingsstructuur (casus A, h. 4); doorontwikkeling en experimenteren besturingsstructuur; doorontwikkeling besturingsstructuur (casus C, h. 6); en herontwerp besturingsstructuur (casus D, h. 7).

te werken aan dit onderzoek en de timing en de condities van de dataverzameling. Alle ziekenhuizen die benaderd waren voor het onderzoek, waren bereid om mee te werken aan het onderzoek. De contactpersonen van twee ziekenhuizen wilden in een later stadium meewerken aan het onderzoek. Eén contactpersoon gaf hiervoor als reden dat op het moment dat de onderzoeker verder was in het onderzoek er meer kennis gedeeld kon worden (casus C, h. 6). In een ander ziekenhuis werd hierin eerste instantie geen reden voor gegeven (casus D, h. 7). Uiteindelijk zorgde een crisis in het primaire proces en bestuurlijke onrust in dit ziekenhuis ervoor dat de onderzoeker definitief pas later toestemming kreeg om met de dataverzameling te beginnen.

Aan het begin van de dataverzameling werden in de afzonderlijke ziekenhuizen in gesprek met de contactpersoon (drie à vier) sleutelpersonen genoemd nadat de onderzoeker vroeg om personen die overzicht hadden over en inzicht hadden in de besturing van het ziekenhuis. Met deze sleutelpersonen werden oriënterende gesprekken gevoerd om relevante besluitvormingsprocessen te selecteren en centrale figuren in de besturing van het ziekenhuis te bepalen. Op basis van deze informatie werd een voorlopige eerste lijst gemaakt met te interviewen respondenten, te observeren bijeenkomsten en te bestuderen documenten. Na de start van het ziekenhuis werd gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode om meer data te verzamelen. De onderzoeker liet zich daarbij leiden door gesprekken en eigen observaties. Op deze manier wilde de onderzoeker de mogelijke bias van de contactpersonen en aangewezen sleutelpersonen ondervangen.

Gedurende de beginfase van het onderzoek droegen de bestuurders in de ziekenhuizen de rol van contactpersoon over aan beleidsmedewerkers van de medische staf, secretarissen en beleidsmedewerkers van de Raad van Bestuur. In sommige ziekenhuizen (casus A, h. 4 en casus C, h. 6) bleven de bestuurders meer betrokken bij het onderzoeksproces dan in andere ziekenhuizen. Zij suggereerden zelfs (mogelijke) richtingen voor onderzoek. De onderzoeker koos ervoor om zelf methodologische keuzes te maken die in lijn waren met de opzet van het onderzoek.

2.3.2 Methoden dataverzameling

Binnen elke casus werden diverse methoden van dataverzameling gebruikt om inzicht te krijgen in het besturingsarrangement, namelijk: documentatie, archief bestanden, observatie en interviews.¹¹ De verschillende methoden van onderzoek werden in dezelfde tijdperiode naast elkaar gebruikt. Hierdoor kreeg de onderzoeker geleidelijk een rijker beeld van het besturingsarrangement. Door het bestuderen van documentatie en archiefbestanden en de observaties, konden de interviews steeds beter worden gericht. Door het gericht vragen te stellen aan de respondenten over het besturingsarrangement en door het voorleggen en contrasteren van gegevens uit diverse databronnen, kreeg de onderzoeker een beter inzicht in het besturingsarrangement.

¹¹ Dit zijn vier (van de zes mogelijke) bronnen van casuonderzoek (Yin, 1994).

Documenten studie

Een eerste bron van informatie tijdens het casus studie onderzoek is documentatie die voorafgaand aan en tijdens het onderzoek vervaardigd is. Het betreft hier diverse documenten zoals brieven, memo's, agenda's, aankondigingen van bijeenkomsten, notulen van bijeenkomsten, e-mail correspondentie, onderzoeken, evaluaties en berichten in de media (Yin, 2003). Denk ook aan archiefbestanden die inzicht geven in de historische achtergrond van het ziekenhuis en het besturingsarrangement zoals jaarverslagen, organogrammen, (strategische) beleidsplannen, documentatie organisatiestructuur, verandertrajecten en rapporten van consultants. De onderzoeker heeft bij meerdere actoren informatie verzameld.

De documentatie en archief bestanden werden gebruikt om specifieke informatie te verkrijgen over het besturingsarrangement en om nieuwe vragen en richtingen voor onderzoek te vinden (Yin, 2003). Documenten werden bestudeerd om aanwijzingen te vinden over het besturingsarrangement in een ziekenhuis en om thema's voor interviews te agenderen. Daarnaast werd de documentatie ook gebruikt als een bron om gegevens uit de interviews en observaties te verifiëren (Yin, 2003). De analyse van de documentatie bood de mogelijkheid om posities, rollen en gedragsregels meer inzichtelijk te maken.

Gedurende het hele onderzoekstraject, maar vooral tijdens de beginfase van het onderzoek, werden documenten verzameld en bestudeerd. De inhoud van de bronnen werd met zorgvuldigheid benaderd omdat er sprake kon zijn van inaccurate informatie over de feitelijke manier van besturen.

De toegang tot documentatie en openheid hierover verschilde tussen de ziekenhuizen. In het verkennende casuonderzoek was de onderzoeker automatisch lid van de mailinglist overleggen Raad van Bestuur en Management Team totdat het ziekenhuis in een bestuurlijke crisis belandde en toegang tot alle data uiteindelijk werd stopgezet. In casus A en B (h. 4 en 5) kreeg de onderzoeker toegang tot documenten nadat zij hiernaar had gevraagd. In casus C (h. 6) kreeg de onderzoeker beperkt toegang tot documentatie terwijl in casus D (h. 7) de onderzoeker vrij toegang had tot de harde schijf van de Raad van Bestuur en Stafbestuur en daarnaast werd toegevoegd aan de mailinglist van het overleg van de Raad van Bestuur en de strategiegroep.

Observaties

Een tweede databron die werd gebruikt in dit onderzoek is observatie. Observatie gaf de mogelijkheid om inzicht te verwerven in de feitelijke besturingspraktijk en elementen van het besturingsarrangement. Gedurende het jaar dat de onderzoeker research verrichtte in een ziekenhuis, werd er op diverse momenten geobserveerd. In de eerste periode van het onderzoek (namelijk eerste weken in elke casus) was er sprake van een intensieve observatieperiode. Tijdens deze periode werden door de onderzoeker bijeenkomsten bijgewoond van verschillende groeperingen. Denk hierbij aan overleggen van de Raad van Bestuur, Management Team, Stafbestuur, leden medische staf, Medisch Managers, Managers Bedrijfsvoering, verpleegkundigen en medezeggenschapsorganen. De onderzoeker sloot

aan bij reguliere overleggen, voorvergaderingen, symposia en informele besprekingen en bijeenkomsten. In het bijzonder sloot de onderzoeker aan bij bijeenkomsten die te maken hadden met het besluitvormingsproces dat als rode draad werd gevolgd. In overleg met contactpersonen en met centrale actoren in de besturing van het ziekenhuis, werden beslissingen genomen op welke plek en wanneer werd geobserveerd.

De onderzoeker maakte zich (nadat er goedkeuring was verleend binnen de organisatie om deel te nemen aan bijeenkomsten) tijdens observaties kenbaar als onderzoeker en beschreef op hoofdlijnen de aard van het onderzoek. Tegelijkertijd heeft de onderzoeker getracht zo onopvallend mogelijk het onderzoeksveld te betreden tijdens observaties. De onderzoeker was aanwezig bij bijeenkomsten, maar nam niet deel aan de besprekingen. Er is hierbij een positie ingenomen die de bijeenkomst zo weinig mogelijk stoorde (Stoopendaal, 2008). Observatie vond plaats 'vanachter de kamerplant'. Tijdens observaties werden data geregistreerd met pen en papier. Actoren in het ziekenhuis moesten in het begin wennen aan de aanwezigheid van de onderzoeker waardoor het gedrag werd verstoord, maar al na een korte tijd werd de aanwezigheid van de onderzoeker vergeten. Dit komt omdat het werk van de deelnemers tijdens de bijeenkomsten meer aandacht vergt dan de aanwezigheid van de onderzoeker (Czarniaswka, 1998 in Stoopendaal, 2008). Een enkele keer werd de onderzoeker om advies gevraagd als 'expert' op het gebied van besturen. De onderzoeker koos ervoor om op hoofdlijnen terugkoppeling te geven over resultaten om draagvlak van respondenten voor onderzoek te behouden.

Tijdens observaties werd zo veel mogelijk opgeschreven door de onderzoeker: wie is er aanwezig, waar gaat de bijeenkomst over, wat wordt er gezegd en hoe verloopt het gesprek (Stoopendaal, 2008). De aantekeningen werden gemaakt met het oog op het in kaart brengen van de interactie tussen actoren in het ziekenhuis en de rollen en posities van actoren in de besturing van het ziekenhuis. Niet alleen werden aantekeningen gemaakt van het samenspel tussen actoren tijdens het overleg maar ook wanneer expliciet over het besturingsarrangement werd gesproken. Bij aanvang van het empirisch onderzoek richtte de onderzoeker zich tijdens het observeren meer op Mintzberg's (2006) geledingen en professionele bureaucratie en Mastenbroek's (1996) relatieaspecten tussen partijen in een netwerk. Gedurende het onderzoek werd de focus van de onderzoeker aangescherpt en daarmee ook de aandachtspunten tijdens observaties. De aandacht van onderzoeker verschoof in de richting van posities, rollen en gedragsregels in de besturing van het ziekenhuis met het oog op het hanteren van conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden tussen het management en medici. Deze aangescherpte onderzoeksfocus gaf meer richting aan de observatie activiteiten van de onderzoeker. Na de observaties werden zo snel mogelijk de belangrijkste bevindingen uitgeschreven. Ook associaties van de onderzoeker tussen het veldwerk en theoretische constructen en methodologische kwesties werden in memo's vastgelegd.

Interviews

De derde databron is het interview. Door de onderzoeker werden interviews afgenomen met centrale actoren in de besturing van het ziekenhuis én het besluitvormingsproces. Er

werd gekozen voor semi-gestructureerde interviews om de vergelijkbaarheid te vergroten binnen een onderzoek waarin diverse ziekenhuizen en daarbinnen actoren participeren (Mills e.a., 2010). Tijdens de semi-gestructureerde interviews werd gebruik gemaakt van een topic lijst gebaseerd op de geformuleerde onderzoeksfocus. Het gesprek werd aangestuurd door de vragen van de onderzoeker over het besluitvormingsproces en over de ontwikkelingen in het besturingsarrangement in zijn totaliteit. Tijdens de semi-gestructureerde interviews kregen respondenten voldoende ruimte om inzichten over het besturingsarrangement met de onderzoeker te delen. De interviews vonden zo veel mogelijk plaats in de eigen werkruimte van de respondenten.

De eerste gesprekken vonden plaats met een paar sleutelpersonen, namelijk mensen met inzicht in en overzicht over de besturingspraktijk in het ziekenhuis: bestuurders, leden van het Medisch Stafbestuur, secretaris van de Raad van Bestuur en manager Personeelszaken. De personen werden in eerste instantie benaderd op advies van de contactpersonen van de onderzoeker (lees bestuurders). Tijdens de interviews met deze sleutelpersonen kreeg de onderzoeker namen door van voor het onderzoek relevante personen. Met deze personen werden vervolgens interviews ingepland. In deze context kan worden gesproken van de “sneeuwbalmethode” (Mortelmans, 2009). Ook selecteerde de onderzoeker zelf respondenten naarmate zij meer bekend raakte met het onderzoeksveld en de verhoudingen tussen de actoren in dit veld. Op basis van de informatie van de sleutelpersonen en de observaties werd een theoretische sample gemaakt van de respondenten: een selectie van actoren uit verschillende onderdelen en partijen in de organisatie. In het selectieproces werd in het bijzonder gekozen voor respondenten die een cruciale rol speelden in het geselecteerde besluitvormingsproces en in de besturing van het ziekenhuis door het bij elkaar brengen van verschillende zuilen in het ziekenhuis.¹² De respondenten die tijdens het onderzoek zijn geïnterviewd, zijn bestuurders (inclusief voormalig en interim-bestuurders), secretaris Raad van Bestuur, beleidsmedewerker Stafbestuur, bestuursleden Vereniging Medische Staf, (beleids)medewerkers stafdiensten, managers stafdiensten, Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers (van verschillende vakgebieden, namelijk snijdend, beschouwend en ondersteunend), Afdelingshoofden, projectleiders van strategietraject, invloedrijke leden medische staf en leden medezeggenschapsorganen (Ondernemingsraad, Cliëntenraad, Verpleegkundige Adviesraad). In casus A (h. 4) werden bij 24 personen interviews afgenomen, in casus B (h. 5) bij 27, in casus C (h. 6) 28 en bij 27 personen in casus D (h. 7). In elk ziekenhuis werd met gemiddeld vijf van deze personen opnieuw gesproken een half jaar na de eerste periode van dataverzameling. Tijdens en na de interviews werden aantekeningen gemaakt. De interviews werden opgenomen en uitgewerkt.

Niet alle mensen die werden benaderd voor een gesprek, waren bereid om mee te werken aan het onderzoek. Redenen die hiervoor werden gegeven zijn het gebrek aan tijd voor een interview, het gebrek aan interesse maar ook de ervaren gevoeligheid van

¹² Glouberman en Mintzberg (2001 II) beschrijven dat in de besturing van het ziekenhuis er niet zozeer managers nodig zijn maar individuen “who can bridge [the] worlds [of cure and control but also care and community] to help others work collaboratively” (p. 82).

onderzoeksthema. Dit laatste was vooral het geval bij casus D (h. 7) in verband met een eerdere crisis in het primaire proces. Bij aanvang van het empirisch onderzoek kreeg de onderzoeker in eerste instantie geen ruimte om met alle beoogde respondenten te praten (vooral bij casus B, h. 5 en C, h. 6) net zoals dit het geval was voor het bijwonen van bijeenkomsten. Gedurende het onderzoeksproces kreeg de onderzoeker echter meer ruimte om zelfstandig onderzoek te doen en lieten de contactpersonen de teugels vieren. Om misverstanden te voorkomen en het draagvlak voor het onderzoek te vergroten in de organisatie, heeft de onderzoeker tijdens de dataverzameling voortdurend contact gehouden met de contactpersoon over stappen in het onderzoek (voordat mensen benaderd werden voor interviews).

2.3.3 Follow-up empirisch onderzoek en peer debriefing

Ongeveer een half jaar na de dataverzameling in de verschillende ziekenhuizen heeft de onderzoeker een follow-up gedaan van de dataverzameling in de afzonderlijke casussen. Met een paar zelf geselecteerde sleutelpersonen in de organisatie – namelijk mensen met inzicht in de feitelijke besturingspraktijk in het ziekenhuis – werd gesproken over de ontwikkelingen die hadden plaatsgevonden sinds de dataverzameling. Dit moment werd ook gebruikt om te reflecteren op zowel het verloop en de voortgang van het onderzochte besluitvormingsproces als het besturingsarrangement als geheel. De respondenten kregen de ruimte om issues in de besturing van het ziekenhuis te benoemen, hun opvattingen en inzichten over de werking van het besturingsarrangement te beschrijven en te reflecteren op de activiteiten waarin ze betrokken waren.

De voorlopige casusbeschrijvingen en de voorlopige analyse werden voorgelegd aan experts en ‘peers’ op het gebied van ziekenhuisbesturing met diverse achtergronden (hoogleraar sociologie en bestuurskunde, hoogleraar organisatiewetenschappen, bestuurder met wetenschappelijke interesse en collega onderzoeker). Collega’s die niet betrokken waren bij het onderzoek konden de stukken kritisch bekijken en bespreken. Door deze “peer debriefing” (Mills e.a., 2010) in de analysefase van het onderzoek werden problemen, gaten, maar ook alternatieve interpretaties van de empirie opgespoord. Met hetzelfde doel en om herkenbaarheid van de resultaten en analyses te toetsen, werden ook in de laatste fase van het onderzoek de casusbeschrijvingen en analyses voorgelegd aan experts op het gebied van ziekenhuisbesturing en bestuurders in de onderzochte ziekenhuizen. Naar aanleiding van de eerste peer debriefing werd ervoor gekozen om de informatie die schadelijk kon zijn voor het functioneren van personen of de organisatie, in het onderzoeksverslag te anonimiseren of aan te passen.

2.4 ANALYSE EN RAPPORTAGE

Tijdens het onderzoek werd een grote hoeveelheid data verzameld. Om over deze ruwe data te kunnen rapporteren en antwoord te geven op de onderzoeksvraag, werden de data in dit onderzoek bestudeerd en geïnterpreteerd. De analyse van de data was – naast het verzamelen van data en het bestuderen van theorie – een steeds terugkerende activiteit

in het iteratieve onderzoeksproces (Mills e.a., 2010). Tijdens het onderzoek was er een wisselwerking tussen het beschrijven en het interpreteren van de empirische puzzel vanuit de empirie zelf én de literatuur. Literatuur werd daarbij niet gebruikt om data in te passen in de literatuur, maar om te verkennen welke literatuur het beste de empirische resultaten kon verklaren (Gioia e.a., 2013 in Smets e.a., 2015) (zie ook paragraaf 3.1.2).

2.4.1 Dikke casusbeschrijvingen

De eerste stap in het analyseproces was gericht op het bekend worden met de data door te luisteren naar opnames, transcripties te lezen, notities te bestuderen en documenten in te kijken. Op deze manier werden de meest belangrijke ideeën en meest voorkomende thema's eruit gefilterd. Deze informatie werd vervolgens gedocumenteerd in memo's. De volgende stap was het uiteenrafelen van de data in behapbare delen. Hierbij werd gebruik gemaakt van een coderingsproces met zowel open als thematische codes. De open codes¹³ werden tijdens het bestuderen van de data bepaald. De thematische codes werden afgeleid van de onderzoeksvragen en concepten in het theoretische raamwerk. Na het aanbrengen van open en thematische codes werden de thema's (opnieuw) geclusterd en werden de belangrijkste thema's geselecteerd en met elkaar in verband gebracht. In dit analyseproces werden steeds opnieuw de elementen van het besturingsarrangement geclusterd en gecategoriseerd. Teksten, tabellen en figuren werden door de onderzoeker tijdens dit analytische proces gemaakt om de kwalitatieve data te interpreteren.

Deze eerste analyse van de afzonderlijke casussen resulteerde in een zeer uitgebreide beschrijving van elke casus. De analyse van elke casus, die wordt weergegeven in de uitgebreide beschrijving van de data in hoofdstuk 4 tot en met 7, is georganiseerd rond twee vragen¹⁴:

- *wie* zijn betrokken in de besturing van het ziekenhuis?;
- *hoe* worden de onderlinge afhankelijkheden en conflicterende belangen en besturingsprincipes van management en medici gehanteerd?

Dit betekent dat de verschillende geledingen die actief zijn in de besturing van het ziekenhuis, worden behandeld. In lijn met de focus van het onderzoek wordt ingezoomd op de bestuurders, managers en de medici in het ziekenhuis. In dit onderzoek behoren bestuurders en managers allebei tot het management van het ziekenhuis. Bestuurders hebben een positie in de "apex" (ook wel bestuur) van het ziekenhuis en managers maken deel uit van het "middenkader" (Mintzberg, 2006) (zie ook hoofdstuk 3). Omdat in alle vier de ziekenhuizen is gekozen voor 'duaal management' en een 'decentrale Eenhedenstructuur' wordt in dit onderzoek in het bijzonder gekeken naar de posities Raad van Bestuur, Stafbestuur,

¹³ De open codes zijn "codes die gemaakt worden op basis van de woorden van de respondent zelf" (Mortelmans, 2009, p. 383).

¹⁴ "When multiple case studies are being conducted the aim of the first step in the analysis is to understand each case as a whole. Only after a picture of each case has been constructed it is appropriate to compare the cases (Stake, 1994; Yin, 1989). The analysis of each case must be organized around questions and theoretical concepts" (Vaus, 2001).

Manager Bedrijfsvoering¹⁵ en Medisch Manager¹⁶. ‘Duaal management’ verwijst naar een constructie waarbij management én medici samen een positie hebben in de besturing van het ziekenhuis. De decentrale Eenhedenstructuur is een structuur waarin verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden belegd bij het management van de eenheden die georganiseerd zijn rondom activiteiten van (clusters van) specialismen, ondersteunende vakken en stafdiensten. In de verschillende casussen worden uiteenlopende begrippen gebruikt om de decentrale structuur aan te duiden, namelijk: Eenhedenstructuur (casus A, h. 4), Resultaat Verantwoordelijke Eenhedenstructuur (casus B, h. 5), Unitstructuur (casus C, h. 6) en decentrale besturingsstructuur (casus D, h. 7). In de casuïstiek en de analyse wordt de generieke term Eenhedenstructuur gehanteerd en niet de terminologie uit de ziekenhuizen zelf, ter bevordering van de vergelijkbaarheid van de casuïstiek en de leesbaarheid. De Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager vormen steeds samen het duale management van een eenheid. De Raad van Bestuur en het Stafbestuur zijn samen werkzaam in het bestuur van de organisatie.

Daarnaast wordt ingezoomd op de rol van het Management Team, dat bestaat uit Managers Bedrijfsvoering en managers van stafdiensten, en op de positie van Afdelingshoofden in het bestuur van de eenheden. Binnen de eenheden zelf zijn één of meer afdelingshoofden werkzaam. Zij vallen formeel onder de Manager Bedrijfsvoering en geven leiding aan verpleegkundigen. Ook wordt de betrokkenheid van leden van de medische staf, geledingen in de medische staf, stafdiensten en externe partijen in de besturing van het ziekenhuis besproken. Niet alleen de positie van deze actoren maar ook hun interactie vormen onderwerp van studie. Er wordt zowel ingegaan op de posities en structuren die worden gecreëerd als de gedragsregels die worden ontwikkeld om het conflict tussen management en medici te hanteren.

Het doel van de uitgebreide beschrijving is *“to display in rich detail the everyday practice”* (Smets e.a., 2015) en daarmee ook het unieke karakter van de besturingsarrangementen in de vier ziekenhuizen. Er wordt niet een volledig ‘portret’ per casus gemaakt van – relevante en irrelevante – details, maar wel een beschrijving die gericht is op het beantwoorden van de centrale vraag (Swanborn, 2003). De casusbeschrijvingen worden in de literatuur *“thick descriptions”* (Geertz, 1973) genoemd, namelijk uitgebreide beschrijvingen van sociaal gedrag in een lokale context en de lokale interpretatie ervan (Mortelmans, 2009). *“Thick description leads to thick interpretation, which in turns leads to thick meaning of the*

¹⁵ In dit onderzoek wordt de term *Manager Bedrijfsvoering* gehanteerd en niet de terminologie uit de ziekenhuizen zelf om verwarring bij de lezer te voorkomen. Een *Manager Bedrijfsvoering* is verantwoordelijk voor de bedrijfsmatige aansturing van een eenheid. In de verschillende casussen worden uiteenlopende begrippen gebruikt om deze functie aan te duiden, namelijk casus A (h. 4): *Coördinerend Manager*; casus B (h. 5): *Bedrijfsleider*; casus C (h. 6): *Manager Bedrijfsvoering*; casus D (h. 7): *Zorgmanager*.

¹⁶ In dit onderzoek hanteren we de term *Medisch Manager* en niet de terminologie uit de ziekenhuizen zelf om verwarring bij lezer te voorkomen. Een *Medisch Manager* is een medisch specialist die door vakgroep/maatschap en/of eenheid is gemandateerd om het management van de vakgroep/maatschap en/of eenheid mee handen en voeten te geven. In de verschillende casussen worden uiteenlopende begrippen gebruikt om deze functie aan te duiden, namelijk casus A (h. 4): *Gemandateerd medisch specialist*; casus B (h. 5): *Medisch Manager*; casus C (h. 6): *Medisch Manager*; casus D (h. 7): *Medisch Manager*.

research findings for the researchers and participants themselves, and for the report's intended readership" (Ponterotto, 2006). De uitgebreide beschrijving van casuïstiek maakt het mogelijk voor de lezer om aan te duiden waar de overeenkomsten en verschillen liggen met andere casussen en nieuwe contexten (Mortelmans, 2009).

2.4.2 Van casusbeschrijvingen naar analyse elementen besturingsarrangement

In dit onderzoek wordt bewogen "*van lokale waarheden naar algemenere noties*" (Geertz, 1973 in Van Dalen, 2012, p. 52). Nadat de afzonderlijke casussen waren beschreven en uitgewerkt in thick descriptions, werden de casussen naast elkaar gelegd. Op deze manier werd het mogelijk opvallende elementen in de besturingsarrangementen te identificeren en inzicht te verkrijgen in de lokale groepering van de elementen in de afzonderlijke ziekenhuizen. De beschrijving van opvallende elementen in de besturingsarrangementen, werd in lijn met de in dit onderzoek gehanteerde definitie van het concept besturingsarrangement (zie hoofdstuk 1) georganiseerd rond drie subconcepten (Vaus, 2001):

- de gecreëerde *posities* in de besturingsstructuur;
- de ontwikkelde *rollen* waarmee gewerkt wordt in het besturingsarrangement;
- de *gedragsregels* waarmee gewerkt wordt in het besturingsarrangement.

In hoofdstuk 8 en in bijlage V worden de elementen in de besturingsarrangementen in de afzonderlijke ziekenhuizen beschreven. De analyse van posities, rollen en gedragsregels is in dit onderzoek de opmaat voor de analyse van de elementen in hun onderlinge samenhang. Om een dieper begrip te creëren van de besturing van het ziekenhuis werd gezocht naar clusters van samenhangende elementen die kenmerkend zijn voor de besturingsarrangementen (Van Dalen, 2012). Regelmatigheden in clusters van samenhangende elementen van het besturingsarrangement in de onderzochte ziekenhuizen – "*configuratie*" (Mintzberg, 2006) – werden in kaart gebracht door het voortdurend pendelen tussen ruwe data, thick descriptions, theoretische concepten en de analyse van elementen in het besturingsarrangement. Er werd gebruik gemaakt van theoretische inzichten om te komen tot een verdieping van het inzicht in de werking van het besturingsarrangement en de interpretatie van de elementen in hun onderlinge samenhang (Van Dalen, 2012). Nadat in het eerste deel van hoofdstuk 8 een overzicht van de verschillende elementen binnen de drie subconcepten per casus is beschreven (zie ook bijlage V), worden in het tweede deel van hoofdstuk 8 de elementen van het besturingsarrangement in hun onderlinge samenhang behandeld en geanalyseerd.

2.5 KWALITEITSASPECTEN ONDERZOEK

Tijdens dit onderzoek zijn diverse strategieën gebruikt om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. In deze paragraaf worden de activiteiten beschreven die in dit onderzoek zijn verricht om de geloofwaardigheid, betrouwbaarheid en overdraagbaarheid in dit

onderzoek te waarborgen.¹⁷ Daarnaast wordt in hoofdstuk 9 gereflecteerd op de rol van de onderzoeker, het onderzoeksproces en de generaliseerbaarheid van het onderzoek.

2.5.1 Geloofwaardigheid

Om de geloofwaardigheid van de onderzoeksresultaten te waarborgen zijn verschillende strategieën gehanteerd. Ten eerste is er gebruik gemaakt van data triangulatie (Mortelmans, 2009). Verschillende data verzamelingsmethoden werden gebruikt – documenten, archiefbronnen, interviews en observaties – om het besturingsarrangement in beeld te brengen. Ten tweede werden diverse perspectieven meegenomen in het onderzoek door actoren uit verschillende geledingen en zuilen van het ziekenhuis in het onderzoek te betrekken (Abma & Widdershoven, 2006 in Van Dalen, 2012). Op deze manier probeerde de onderzoeker zo dicht mogelijk bij de leefwereld van betrokkenen in de besturing van het ziekenhuis te komen en bij te dragen aan de herkenbaarheid en geloofwaardigheid van interpretaties (in de onderzochte ziekenhuizen). Ten derde werd door een langdurig verblijf in de onderzoeksetting gezocht naar diepgang in de dataverzameling (Guba & Lincoln, 1989). Door het inbouwen van voldoende tijd voor onderzoek was de onderzoeker in staat om het vertrouwen van respondenten in het onderzoeksveld te winnen en om te komen tot de kern van het besturingsarrangement. Data werden verzameld tot er dataverzadiging ontstond. De diepgaande dataverzameling werd vastgelegd in een uitgebreide beschrijving van de casussen. De lezer kan door deze uitgebreide beschrijving, zonder in de onderzoekspraktijk te zijn geweest, een beeld vormen van deze praktijk én de geloofwaardigheid van de gemaakte interpretaties en conclusies in dit onderzoek beoordelen (zoals in Van Dalen, 2012). De thick descriptions dragen bovendien bij aan de betrouwbaarheid en navolgbaarheid van het onderzoek. Ten slotte zijn in de analysefase van het onderzoek collega's, die niet waren betrokken in het onderzoek, benaderd om herkenbaarheid en de geloofwaardigheid van de onderzoeksdata en analyses kritisch te bekijken en te bespreken. Door deze "peer debriefing" (Mortelmans, 2009) van academische collega's met diverse achtergronden (zie ook paragraaf 2.3.3) werden dilemma's, gaten, maar ook alternatieve interpretaties van de empirie opgespoord. De onderzoeksresultaten en analyses werden in de laatste fase van het onderzoek in de onderzochte ziekenhuizen gerapporteerd aan enkele sleutelpersonen (leden Raad van Bestuur, leden Stafbestuur, secretaris Raad van Bestuur, beleidsmedewerker Medisch Stafbestuur, manager Personeel & Organisatie) om de herkenbaarheid ervan in de ogen van betrokkenen te toetsen. Gedurende het gehele onderzoek had de onderzoeker intensief contact over het onderzoeksproces en inhoud van het onderzoek met twee begeleiders met kennis over de besturing van het ziekenhuis en organisatiekundige vraagstukken.

2.5.2 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te borgen, werden diverse strategieën toegepast. Het gaat hierbij om de triangulatie van databronnen. Daarnaast is de onderzoeker reflectief te werk gegaan in het onderzoek. De onderzoeker heeft aantekeningen van

¹⁷ In dit onderzoek worden de door Guba en Lincoln omschreven kwaliteitsindicatoren voor kwalitatief onderzoek gehanteerd, namelijk: "credibility, transferability, dependability, and confirmability" (Guba & Lincoln, 1994).

het onderzoeksproces gearchiveerd. Dit archief bevat zowel informatie over de inhoud van het onderzoek (dataverzameling, analyse, theoretische gedachtenvorming) als over het proces van het onderzoek en de rol van de onderzoeker. In dit onderzoeksverslag wordt gerapporteerd over het verloop van het proces, de beslissingen in dit proces en een reflectie op de rol van de onderzoeker.

2.5.3 Overdraagbaarheid

Het generaliseren van de onderzoeksresultaten buiten de onderzochte onderzoekspraktijk was geen doel van dit onderzoek. In dit type onderzoek worden data niet naar andere onderzoekssettings gegeneraliseerd maar wel naar theorie (Yin, 2003).¹⁸ De uitgebreide beschrijving (thick description) van besturingsarrangementen in de verschillende ziekenhuizen in dit rapport, maakt de lokale kennis overdraagbaar. “*Doordat de onderzoeker zo diep in [het onderzoeks]thema kruipt en zulke rijke beschrijving geeft van [de] gegevens, [wordt] de overdraagbaarheid van deze [casus] naar andere [casussen] mogelijk [gemaakt]*” (Mortelmans, 2009, p. 442).¹⁹ De beschrijvingen zorgen ervoor dat lezers van dit onderzoeksverslag die zelf de onderzochte praktijken niet kennen, kunnen ervaren hoe lokaal een besturingsarrangement werkt in het betreffende ziekenhuis en wat daar betekenisvol aan is (Geertz, 1973; Guba & Lincoln, 1989 in Van Dalen, 2012). Deze vorm van kennisoverdracht stelt de lezer in staat om zelf verbindingen te leggen tussen de eigen praktijk en de kennis die verzameld is in dit onderzoek (naturalistische generalisatie) (Guba & Lincoln, 1985 in Van Dalen, 2012).

¹⁸ Hoewel binnen abductief onderzoek de generaliseerbaarheid van data door het verrichten van onderzoek in meerdere casussen niet een doel is, draagt in dit onderzoek de selectie van meerdere casussen (ziekenhuizen) – die representatief zijn voor de grotere populatie qua aanwezigheid van belangrijke dimensies (Mills e.a., 2010) – wel bij aan de overdraagbaarheid van de onderzoeksdata (replicatie logica).

¹⁹ De overdraagbaarheid van de onderzoeksdata is binnen casuonderzoek problematisch. “[E]lk onderzoek [is] uniek en perfecte overdraagbaarheid [is] onmogelijk, laat die thick description toe om aan te geven waar overeenkomsten liggen met nieuwe contexten en waar er eventuele verschillen zijn die ook tot andere resultaten zouden kunnen leiden” namelijk “inferentiële generaliseerbaarheid” (Mortelmans, 2009, p. 442).

3

Theoretisch raamwerk besturing ziekenhuis

Tijdens dit onderzoek naar besturingsarrangementen heeft de onderzoeker voortdurend gependeld tussen theoretische concepten, data en analyse (zie ook hoofdstuk 2 voor onderzoeksproces). De theoretische concepten zorgden tijdens het onderzoek voor houvast bij het bestuderen van de lokale besturingsarrangementen en het onder controle houden van de omvangrijke dataverzameling. Bij de start van het empirisch onderzoek werd een theoretisch raamwerk beschreven waarin de aannames van de onderzoeker over het besturingsarrangement in een ziekenhuis waren opgenomen. Tijdens het onderzoek heeft de onderzoeker dit raamwerk verder ontwikkeld op basis van inzichten tijdens de dataverzameling. In dit hoofdstuk worden de theoretische concepten besproken die aan de basis liggen van het empirisch onderzoek naar besturingsarrangementen in ziekenhuizen. De besturing van het ziekenhuis kent een lange onderzoekstraditie, waarin er vanuit diverse disciplines en over verschillende deelonderwerpen onderzoek is verricht. In dit theoretisch raamwerk geeft de onderzoeker een overzicht van de concepten die tijdens het onderzoek zijn gebruikt om inzicht te verkrijgen in de lokale besturingsarrangementen waarbij een besturingsarrangement in dit onderzoek verwijst naar een configuratie van posities, rollen en gedragsregels die partijen overeenkomen en veranderen met het oog op het hanteren van wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen tussen het management en medisch specialisten.

3.1 GELEDINGEN IN HET ZIEKENHUIS

In ziekenhuizen zijn diverse actoren werkzaam. Mintzberg (2006) maakt een onderscheid tussen vijf verschillende geledingen¹ die in het ziekenhuis actief zijn en verschillende werkzaamheden verrichten namelijk: “*strategic apex, middenkader, uitvoerende kern, tech-*

¹ Mintzberg (2006) beschrijft ook nog een zesde onderdeel van de organisatie, namelijk de “ideologie” van een organisatie. Deze ideologie verwijst naar het geheel van overtuigingen en tradities, namelijk de normen, waarden en cultuur. Dit zesde deel van de organisatie is niet vergelijkbaar met de andere vijf onderdelen, omdat deze laatste verwijzen naar actoren in het ziekenhuis.

noestructuur en ondersteunende diensten” (p. 9). De “*apex*” bestaat uit bestuurders en het “*middenkader*” uit managers. Volgens Mintzberg (2006) stuurt de strategische apex (de bestuurders) de werkzaamheden in de organisatie aan en het middenkader verricht management werkzaamheden. In de “*uitvoerende kern*” van het ziekenhuis zijn medisch specialisten en verpleegkundigen werkzaam zijn. Zij verrichten het uitvoerende werk (ook wel primaire zorgproces). De controle analisten in de “*technostructuur*” (in dit onderzoek ook wel stafdiensten genoemd) hebben als taak het standaardiseren van werkzaamheden in de organisatie (door bijvoorbeeld planning- en controle systemen en kwaliteitscontrolesystemen). In professionele organisaties zijn het echter niet de controle analisten maar vooral de professionals zelf die – via onafhankelijke beroepsorganisaties – hun normen, kennis en vaardigheden standaardiseren (Mintzberg, 2006). De “*ondersteunende diensten*” leveren indirecte diensten aan de organisatie. Glouberman en Mintzberg (2001 I) maken een vergelijkbaar onderscheid tussen diverse onderdelen in het ziekenhuis, namelijk die van het management, medisch specialisten, verpleegkundigen en de interne toezichthouders. De werelden van Glouberman en Mintzberg (2001 I) verwijzen net zoals de geledingen van Mintzberg (2006) naar de diversiteit aan actoren in het ziekenhuis.² Maar daar waar Mintzberg (2006) een onderscheid maakt tussen geledingen op basis van de verticale taakverdeling in het ziekenhuis, maken Glouberman en Mintzberg (2001 I) een onderscheid tussen vier werelden met eigen opvattingen en gedragingen. Er is geen hiërarchisch verband tussen deze werelden. De vier werelden in het ziekenhuis zijn de wereld van managers, medici, verpleegkundigen en interne toezichthouders.

3.2 CONFLICTERENDE LOGICA'S MANAGEMENT EN MEDICI

De verschillende werelden – waaronder die van het management en medici – die actief zijn in het ziekenhuis, verrichten uiteenlopende taken én hebben ook verschillende opvattingen en gedragingen. De conflicterende opvattingen en gedragingen worden in de literatuur ook wel “*mindsets*” (Glouberman & Mintzberg, 2001 II) of “*logica's*” (Freidson, 2001; Reay & Hinings, 2009) genoemd. De verschillende partijen in het ziekenhuis laten zich in hun dagelijkse werkzaamheden leiden door hun eigen belangen en opvattingen. De verschillende logica's verschaffen de als vanzelfsprekend ervaren formele en informele regels welke richting geven aan de opvattingen en het gedrag van actoren (Reay & Hinings, 2009).³ Verwachtingen over gedrag en relaties geven richting aan “*individual and organizational practices*” en daarmee aan de besturing van het ziekenhuis (Goodrick & Reay, 2011). Het zijn vooral de logica's van de medisch specialisten en het management die in de literatuur veel aandacht hebben gekregen (Freidson, 2001; Glouberman & Mintzberg, 2001 I; Reay & Hinings, 2009). De logica's van het management en medisch

² In de literatuur worden er naast de terminologie “geledingen” en “werelden”, ook andere concepten gebruikt die verwijzen naar de verschillende onderdelen in het ziekenhuis: “subsystemen” (Lawrence & Lorsch, 1967; Weick, 1976), “partijen in een netwerk” (Mastenbroek, 1996) en “tribes” (Bate, 2000).

³ Thornton en Ocasio (1999 in Reay & Hinings, 2009) stellen dat logica's (namelijk het geheel van opvattingen en gedragingen) “provide the formal and informal rules of action, interaction, and interpretation that guide and constrain decision makers” (p. 631).

professionals domineren de besturing van het ziekenhuis (Freidson, 2001; Glouberman & Mintzberg, 2001 I; Reay & Hinings, 2009).⁴

De opvattingen en gedragingen van het management worden in de literatuur geassocieerd met een economische en bestuurlijke rationaliteit (Harrison & Pollit, 1994). De focus van het management ligt op kostenbeheersing, efficiëntie, lage kosten en klanttevredenheid (Reay & Hinings, 2009). Bij medisch specialisten is er sprake van een zorginhoudelijke rationaliteit (Harrison & Pollit, 1994). Binnen de zorginhoudelijke rationaliteit staat de relatie tussen de patiënt en professional centraal, ligt de focus op ‘goede zorg’ en is de professionele kennis van professionals leidend. Het referentiekader van professionals ligt overwegend buiten de organisatie bij onafhankelijke beroepsorganisaties (Mintzberg, 2006; Moen & Abma, 1992). Professionals worden buiten het ziekenhuis opgeleid. Door externe training en indoctrinatie worden de kennis en vaardigheden die deze professionals nodig hebben voor het leveren van zorg, gestandaardiseerd (Mintzberg, 2006).

De identiteit van het management verschilt – net zoals de uiteenlopende opvattingen en gedragingen en bijbehorende rationaliteiten – van die van medisch specialisten (Reay & Hinings, 2009). Het management en de groep medici hebben afzonderlijk gedeelde opvattingen over wie ze zijn en hoe ze verschillen van de ander (Reay & Hinings, 2009).⁵ De eigen identiteiten van het management en de medici verkeren op gespannen voet met elkaar (Mastenbroek, 1996). Dit geldt overigens ook voor de identiteit van het management en medici afzonderlijk ten opzichte van de organisatie als geheel (Mastenbroek, 1996). Er is in het ziekenhuis een spanning aanwezig tussen de “*eigen identiteit*” en het “*wij-gevoel*” (Mastenbroek, 1996, p. 41).

3.3 UITEENLOPENDE BESTURINGSPRINCIPES MANAGEMENT EN MEDICI

Management en medici werken met verschillende besturingsprincipes (Beijer & Paquay, 2011; Glouberman & Kruijthof, 2005; Mintzberg, 2001; Mintzberg, 2006) die zij de afgelopen decennia hebben ontwikkeld. De medisch specialisten gebruiken ‘horizontale’ besturingsprincipes die op het primaire proces en daarvan afgeleide doelen gericht zijn. De medisch specialisten hebben zich als groep georganiseerd aan de hand van het ‘collegiale’ principe dat zij gelijk zijn en dus ook gelijkwaardig zijn in besluitvorming. Dit gelijkwaardigheidsprincipe geldt ook voor de gekozen vertegenwoordigers van

⁴ *Er zijn nog meer werelden actief in het ziekenhuis, namelijk: verpleegkundigen en intern toezicht (Glouberman & Mintzberg, 2001 I). Niet alleen wordt er in de literatuur onderscheid gemaakt tussen bovengenoemde werelden en geledingen in het ziekenhuis, ook worden hierbinnen diverse subgroeperingen beschreven. Zo bestaat de groep van medisch professionals uit diverse soorten specialisten. Kruijthof (2005) verwijst bijvoorbeeld naar subgroeperingen binnen het hierboven genoemde professionele subsysteem. Ook zijn er diverse soorten managers en bestuurders actief in het ziekenhuis.*

⁵ *Identiteit refereert naar een “group members’ collective beliefs about who they are, and how they are different from others (Ashforth & Mael, 1989; Tajfel & Turner, 1979)” (Reay & Hinings, 2009, p. 633).*

vakgroepen/maatschappen⁶, eenheden en de gehele medische staf. Voorzitters van de vakgroep/maatschap, de Medisch Managers, de leden van het Medisch Stafbestuur en het Koepelbestuur blijven gelijken ten opzichte van de andere professionals, maar worden wel gemandateerd door hun achterban om een bestuurlijke positie in te nemen in het ziekenhuis. De Algemene Leden Vergadering is het hoogste besluitvormend orgaan van het collectief van professionals waarin de meerderheid van stemmen doorslaggevend is. De aanwezigheid van horizontale besturingsprincipes wil niet zeggen dat er geen hiërarchie is binnen de groep van medisch specialisten. In het ziekenhuis is er sprake van een “*pikorde*” (Mintzberg, 2006, p. 198). De pikorde is echter niet gebaseerd op positiemacht, maar op “*ervaring en kunde*” en de “*reputatie*” van professionals (Mintzberg, 2006, p. 198).

Vanaf de introductie van de budgetteringssystematiek in 1983 in het Nederlandse zorgstelsel (zie ook hoofdstuk 1 en 9) heeft het management in Nederlandse algemene ziekenhuizen zich, net zoals medisch specialisten, als groep georganiseerd in het ziekenhuis en eigen besturingsprincipes ontwikkeld. Voorheen waren er wel actoren actief in het ziekenhuis die management taken verrichtten zoals planning, budgettering en coördinatie, maar deze taken werden niet gelabeld als ‘management’ (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008). Het ziekenhuis werd gezien als een facilitair bedrijf voor medici. Het is pas sinds de introductie van de budgetteringssystematiek dat de overheid het management in het zadel heeft geholpen van de besturing van het ziekenhuis. De financiële hervormingen in de zorg vanaf 1983, de aandacht voor de integratie van medici in het ziekenhuis sinds 1994 (zie Biesheuvel Commissie, 1994) en de hervorming van de zorg in de richting van marktwerking vanaf het begin van de 21^e eeuw, heeft de opkomst van managers en bestuurders aangewakkerd. De afgelopen decennia heeft het management een ‘hiërarchische’ manier van besturen ontwikkeld. Het management heeft zich georganiseerd door middel van een duidelijke (verticale) taakverdeling tussen geledingen en een hiërarchische structuur. De besturingsprincipes zijn gericht op het organiseren en faciliteren van middelen en randvoorwaarden van het primaire zorgproces in het ziekenhuis (Ramondt & Scholten, 2005).

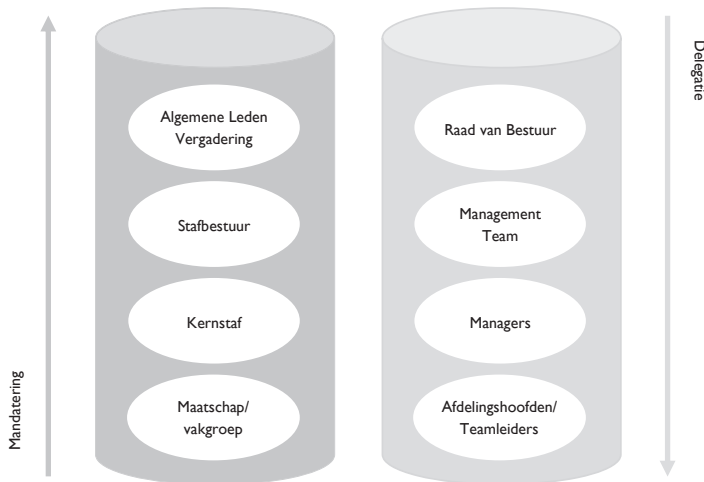
De besturingsprincipes waar management en medici gebruik van maken verschillen fundamenteel van elkaar. In het ziekenhuis is er sprake van duale zeggenschapslijnen en ontbreekt een besturingscentrum (Moen & Abma, 1992). Het ziekenhuis is een organisatie waarbinnen diverse ‘*silo’s*’ actief zijn (Degeling e.a., 2004), namelijk een managementzuil en een medisch professionele zuil.⁷ Beide zuilen met eigen besturingsprincipes bestaan naast elkaar in het ziekenhuis. Het zijn “*parallelle*” (Mintzberg, 2006) zuilen. De

⁶ De concepten vakgroep en maatschap verwijzen naar een samenwerkingsverband van medisch specialisten rondom een bepaald medisch inhoudelijk vakgebied. De term vakgroep wordt in Nederlandse ziekenhuis gebruikt om een groep van specialisten aan te duiden die in loondienst werken van het ziekenhuis. De term maatschap verwijst naar een samenwerkingsverband waarin zelfstandige medisch specialisten zich verenigd hebben.

⁷ Volgens Beijer en Paquay (2011) ook wel genoemd de “*medische kolom*” en “*ziekenhuiskolom*”, ofwel “*het hiërarchische systeem van de ziekenhuisorganisatie en het [horizontale] systeem van de medische staf*”. Schaaf (2000) heeft het in deze context over het “*hiërarchisch verticaal gestructureerde beheer*” en “*collegiale horizontaal gestructureerde professie*” (p. 144).

hiërarchische en horizontale besturingsprincipes staan tegenover elkaar en vormen een bron van conflict in organisaties (Blau, 1967 in Mintzberg, 2006). In figuur 3.1 wordt de aanwezigheid van twee zuilen in het ziekenhuis met uiteenlopende besturingsprincipes gevisualiseerd.

Figuur 3.1 Besturingsprincipes managementzuil en zuil medici (gebaseerd op Beijer & Paquay, 2011)



3.4 CONFLICT TUSSEN MANAGEMENT EN MEDICI

De conflicterende belangen van het management en medici en hun uiteenlopende besturingsprincipes vormen een voortdurende bron voor conflict (zie Freidson, 2001; Harrison & Pollitt, 1994; Noordegraaf & Van der Meulen, 2008; Realin, 1985).⁸ Het management en de medici in het ziekenhuis hebben divergerende belangen. Medisch specialisten benadrukken hun professionele kennis, vaardigheden en service gerichte oriëntatie om hun professionele autonomie te legitimeren, terwijl managers medische activiteiten proberen te coördineren en te standaardiseren en professionele output proberen te vergroten (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008). De rivaliserende belangen van medici en het management worden gezien als bepalend voor het aanhoudende conflict tussen medisch specialisten en het management in het ziekenhuis (Scholten & Van der Grinten, 1998).

⁸ Er is in ziekenhuizen niet alleen conflict tussen het management en medici, maar er zijn ook spanningen tussen leden binnen de afzonderlijke zuilen (Moen & De Roo, 1993). Zo zijn er spanningen tussen professionals (georganiseerd in maatschappen) die elk hun eigen specialisme hebben en daarmee ook hun eigen belangen.

In alle organisaties is er conflict tussen het management en de uitvoerende kern⁹, maar het conflict komt het meest sterk tot uiting in organisaties waar professionals werken (Vermaak, 2002). Dit komt doordat macht in professionele organisaties in verhouding meer gelijk is verdeeld tussen management en professionals (Hanson, 1996 in Vermaak, 2002). De macht is gespreid in het ziekenhuis (Mintzberg, 2006). In het ziekenhuis bestaan tegelijkertijd wel verschillen in de machtsbronnen tussen het management en medisch professionals. Door de verschillen in machtsbronnen tussen het management en medisch professionals komt de rivaliteit (ofwel conflict) tussen beide partijen naar de voorgrond (Reay & Hinings, 2009). Doordat het management en professionals beschikken over diverse machtsbronnen en zij actief zijn in hun eigen domein waar ze beslissingen nemen, kan er conflict ontstaan wanneer de ene partij op het domein van de ander komt (Vermaak, 2002). De verschillen in machtsbronnen zijn ingebakken in de wijze waarop de managementzuil en de zuil van medisch professionals zijn georganiseerd.

Medisch professionals beschikken over specifieke kennis en vaardigheden die ze nodig hebben voor het leveren van primaire zorg, namelijk het stellen van diagnoses en het uitvoeren van programma's (Mintzberg, 2006). Professionals in een ziekenhuis verwerven deze kennis en vaardigheden door externe training en indoctrinatie (Mintzberg, 2006). De kennis en vaardigheden zijn complex van aard en dat maakt dat professionals een grote mate van handelingsvrijheid hebben in hun eigen werkzaamheden (Moen & De Roo, 1997). Medisch specialisten kunnen in het ziekenhuis relatief autonoom beslissingen nemen en handelingen verrichten op medisch gebied. Ze hebben een grote mate van zeggenschap in het ziekenhuis op basis van hun vakinhoudelijke deskundigheid. De deskundigheidsmacht van professionals, die wettelijk verankerd is in de eigen verantwoordelijkheid voor zorgverlening van zorgverleners in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), zorgt voor autonomie op het medisch professionele domein. De "*klinische autonomie*" (Schepers & Nievaard, 1995, p. 112) is de kern van de autonomie waarover medici in een ziekenhuis beschikken. Door de autonomie zijn professionals moeilijk aan te sturen (Moen & De Roo, 1997). Kenmerkend voor een ziekenhuis is dat medici richting kunnen geven aan de organisatie via het mechanisme van "*bindermacht*" (Moen & De Roo, 1997, p. 872).¹⁰ Hierbij kunnen (coalities van) medici het handelen van anderen blokkeren als dat hen zo uitkomt (Moen & De Roo, 1997).¹¹

⁹ In de literatuur wordt niet alleen gesproken over het 'overconflicti' tussen management en professionals, maar ook tussen management en (mede)werkers (De Caluwé & Vermaak, 2006).

¹⁰ "Er twee ongeschreven wetten in een professionele organisatie die dominant zijn, namelijk de strategieën van defensieve vermindering en non-interventie. Defensieve vermindering leidt ertoe, dat professionals intensief over hun werk praten zonder dat het feitelijk effect van hun handelen of kritiek van cliënten ter sprake komt. De strategie van non-interventie is hiermee nauw verbonden. Het is geen gewoonte dat professionals serieus kritiek op elkaars werkzaamheden formuleren [ook niet als er twijfels bestaan over het functioneren van een professional]" (Moen & De Roo, 1997, p. 872). "De professionele bureaucratie kan niet goed omgaan met professionals die of onbekwaam of nalatig zijn" (Mintzberg, 2006, p. 208). "Realisatiemacht" staat tegenover "bindermacht" (Moen & De Roo, 1997, p. 872).

¹¹ Daar waar professionals beschikken over klinische autonomie, blijft de handelingsvrijheid van medici inzake beleidsmatige en financiële onderwerpen (ook wel "politieke" en "economische autonomie" (Schepers & Nievaard, 1995, p. 113)) in verhouding achter bij klinische autonomie.

De taakverdeling tussen bestuurders en managers in ziekenhuizen is zo afgebakend, dat er sprake is van een vaste ordening in boven- en ondergeschikte posities (Schepers & Nievaard, 1995). Managers die werkzaam zijn in het *“middenmanagement”*, vallen hiërarchisch onder de bestuurders die onderdeel zijn van de *“apex”* van het ziekenhuis (Mintzberg, 2006). Bestuurders en managers ontlenen bevoegdheden aan hun positie in de organisatie (Mintzberg, 2006; Schepers & Nievaard, 1995). In dit verband wordt ook wel gesproken van ‘positiemacht’ (Mintzberg, 2006; Schepers & Nievaard, 1995). Op basis van de positiemacht kunnen bestuurders en managers richting geven aan de organisatie. De Nederlandse overheid draagt in de laatste drie decennia (sinds introductie van budgetteringssystematiek in 1983) in toenemende mate bij aan het versterken van de machtspositie van het management (en de positie van toezichthouders en medezeggenschapsorganen) in het ziekenhuis via regel- en wetgeving (zie hoofdstuk 1 en 9). Maar de mogelijkheden van bestuurders en managers om richting te geven aan het ziekenhuis op basis van hun positiemacht is beperkt als gevolg van de aanwezige deskundigheidsmacht (en daarmee ook hindermacht) van professionals. Bestuurders en managers hebben geen rechtstreekse zeggenschap over medisch specialisten (Mintzberg, 2006). Het management kan *“zijn wil niet opleggen aan professionals van de uitvoerende kern”* (Mintzberg, 2006, p. 202). Bestuurders en managers zijn aangewezen op het subtiele gebruik van hun *“informele macht”* (Mintzberg, 2006, p. 202) om het ziekenhuis te besturen. Informele macht van de bestuurder verwijst volgens Mintzberg naar het voorzichtig een doel bereiken. Ook stelt Mintzberg (2006) dat het management een rol kan spelen in het verhelpen van verstoringen en coördinatieproblemen in het ziekenhuis en in het contact tussen het ziekenhuis en de buitenwereld (Mintzberg, 2006). Hoewel in de professionele bureaucratie de macht toevallig aan professionals, blijft volgens Mintzberg (2006) de Raad van Bestuur (ook wel *“topmanager”*) de machtigste persoon in de professionele organisatie.

3.5 WEDERZIJDSE AFHANKELIJKHEID TUSSEN MANAGEMENT EN MEDICI

Naast conflicterende belangen, uiteenlopende besturingsprincipes en verschillen in machtsbronnen, zijn het management en medici ook van elkaar afhankelijk voor het doen functioneren van het ziekenhuis. Ze zijn van elkaar afhankelijk omdat ze een belang hebben bij de andere actor in het ziekenhuis. Zo hebben bestuurders en managers een belang bij het primaire proces van professionals (Moen & De Roo, 1997). Deze zijn afhankelijk van medisch specialisten voor het leveren van zorg. De medici hebben een belang bij de bedrijfsvoering van het ziekenhuis, die in handen is van het management (Moen & De Roo, 1997). Medisch specialisten zijn afhankelijk van het management in het ziekenhuis vanwege het materiaal, de kennis en de diensten die het ziekenhuis te bieden heeft. Ze zijn hierbij in het bijzonder afhankelijk van bestuurders en managers omdat zij de randvoorwaarden van het primaire proces organiseren en faciliteren. Door de wederzijdse afhankelijkheden zijn het management en medici in het ziekenhuis genoodzaakt om samen te werken (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011) ondanks tegenstelde belangen, uiteenlopende besturingsprincipes en verschillen in machtsbronnen.

Management en medici zijn *“loosely coupled”* (Orton & Weick, 1990).¹² Het ziekenhuis bestaat uit *“relatief autonome eenheden die onderlinge afhankelijkheden kennen”* (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011, p. 1). De vraag is hoe met het conflict tussen partijen als gevolg van hun conflicterende belangen én wederzijdse afhankelijkheden in een professionele organisatie kan worden omgegaan.

3.6 HANTEREN CONFLICT MANAGEMENT EN MEDICI

Het conflict tussen medici en managers als gevolg van conflicterende logica's én wederzijdse afhankelijkheden maken de besturing van het ziekenhuis tot een lastige opgave. Vooral het professionele karakter¹³ van de organisatie – de botsende besturingsprincipes, de uiteenlopende machtsbronnen, de duale zeggenschapslijnen en daarmee het ontbreken van een besturingscentrum – wordt gekenmerkt als problematisch voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis (Moen & Abma, 1992). Bestuurbaarheid is *“de mate waarin men bij machte is een samenlevingsverband met het oog op bepaalde doelstellingen te doen functioneren of veranderen”* (Lammers e.a., 2000, p. 25). De centrale opgave in de besturing van het ziekenhuis wordt in dit onderzoek gezien als het hanteren van conflicterende belangen en onderlinge afhankelijkheden van management en medisch specialisten, met het oog op het doen functioneren of veranderen van het ziekenhuis. De mate waarin een ziekenhuis vervolgens daadwerkelijk als bestuurbaar wordt gezien, verschilt tussen de betrokkenen (*“effectiveness for whom?”*) (Provan & Kenis, 2008) en is afhankelijk van te hanteren criteria en het gekozen paradigma (Keuning & Eppink, 2004; Provan & Kenis, 2008). Is het de mate van slagvaardigheid of is het juist de mate van participatie van actoren in de besturing van het ziekenhuis die als effectief worden bestempeld? En hoe zit het met de legitimiteit van het besturingsarrangement? In hoeverre wordt er waarde gehecht aan de tevredenheid over de wijze van besturen door actoren in het ziekenhuis en externe partijen?¹⁴

¹² Management en medici zijn *“coupled”* omdat *“these elements are linked and preserve some degree of determinacy”* (Orton & Weick, 1990, p. 240). *‘Loosely’* in het concept *‘loosely coupled systems’* verwijst naar *“the fact that these elements are also subject to spontaneous changes and preserve some degree of independence and indeterminacy”* (Orton & Weick, 1990, p. 240).

¹³ Moen en Abma (1992) stellen dat het professionele karakter tot uiting komt in de deskundigheidsmacht van professionals, in het feit dat professionals hun eigen strategie bepalen en een extern referentiekader hebben en het collegiale Stafbestuur. Ook de botsing tussen belangen van medici (georganiseerd in maatschappen) en het ziekenhuis, duale zeggenschapslijnen van medici en managers en het ontbreken van een centraal besturingscentrum zijn kenmerkend voor een professionele organisatie en tegelijkertijd problematisch voor de besturing (Moen & Abma, 1992).

¹⁴ De beschreven dilemma's zijn zowel van toepassing voor de analyse van de effectiviteit van het management, als voor de effectiviteit van netwerken. Aangezien in dit theoretisch raamwerk management en medici zijn beschreven als min of meer autonome partijen die van elkaar afhankelijk zijn en de besturing van een professionele organisatie daarmee veruantschap heeft met het concept netwerkgorganisatie, worden in dit onderzoek de drie spanningsvelden van Provan en Kenis (2008) als uitgangspunt genomen om de bestuurbaarheid van het besturingsarrangement te beoordelen (zie hoofdstuk 9). Provan en Kenis (2008) maken een onderscheid tussen de spanningsbalansen: efficiëntie versus draagvlak, interne versus externe legitimiteit en flexibiliteit versus stabiliteit (gebaseerd op Håkanson & Ford, 2002). De manier waarop wordt omgegaan met deze spanningen is bepalend voor de effectiviteit van netwerken maar ook de effectiviteit van het management – lees in dit onderzoek ook wel de besturing – van een professionele organisatie. De drie dilemma's vertonen sterke gelijkenissen met de criteria voor effectiviteit van de organisatie van Keuning en

In het denken over besturen, is het functionalistische management paradigma dominant (Moen e.a., 2002; Tsoukas & Knudsen, 2003).¹⁵ Binnen dit paradigma wordt verondersteld dat het functioneren van een organisatie afhankelijk is van de mate waarin men bij machte is om anderen te beheersen en te mobiliseren voor het bewerkstelligen van bepaalde taken met behulp van bureaucratische oplossingen (Lammers e.a., 2000). Denk hierbij aan het standaardiseren van werkprocessen, het formaliseren van regels en procedures, het standaardiseren van output, het creëren van hiërarchische organisatiestructuur en posities. Een organisatie is bureaucratisch georganiseerd als het gedrag van actoren op voorhand is vastgesteld of voorspelbaar is (Mintzberg, 2006). Binnen het bureaucratische model dient de organisatie te worden bestuurd door het topmanagement – de bestuurder – en eventueel een ondersteunende staf (Lammers e.a., 2000).

In Mintzberg's (2006) typologie professionele bureaucratie worden bureaucratische en hiërarchische besturingsprincipes beschreven om de spanningen tussen de uitvoerende kern en het management te hanteren. Hoewel in deze typologie de macht toevalt aan medici in de uitvoerende kern en de standaardisatie van kennis en vaardigheden van professionals (gedragsformalisatie door indoctrinatie, opleiding en socialisatie) wordt aangeduid als het centrale coördinatiemechanisme, is het de topmanager die als machtigste persoon in organisatie wordt gezien (Mintzberg, 2006). De aanwezigheid van een structuur waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen een invloedrijke uitvoerende kern, een middenmanagement en een topmanager – die wordt aangeduid door Mintzberg als machtigste persoon in de organisatie – veronderstelt dat een ziekenhuis effectief bestuurd kan worden door het gebruik van hiërarchische en bureaucratische besturingsprincipes.

Omdat management en medici echter van elkaar afhankelijk zijn voor het functioneren van het ziekenhuis en de machtsverschillen tussen beide partijen relatief klein zijn, kunnen zij elkaar niet beheersen met hiërarchische en bureaucratische besturingsmiddelen. Ze hebben beperkte hiërarchische en bureaucratische besturingsmogelijkheden (Moen & De Roo, 1997). Hoewel management en medici beschikken over verschillende machtsbronnen op basis waarvan ze het gedrag van anderen kunnen bepalen (Mastenbroek, 1996)¹⁶, dienen ze terughoudend om te gaan met het beïnvloeden van het gedrag van anderen omdat ze van elkaar afhankelijk zijn (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011). De Bruijn en Ten Heuvelhof (2011) spreken in deze context van een “*machtsparadox*” (p. 122). Wordt er niet terughoudend omgegaan met macht dan kunnen er “*disfunctionele conflicten ontstaan tussen partijen*” (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011, p. 123). Het conflict

Eppink (2004). Net zoals de dilemma's van Provan en Kenis (2008) kunnen deze criteria voor effectiviteit van de organisatie van Keuning en Eppink (2004) worden geïnterpreteerd als criteria voor de bestuurbaarheid van een professionele organisatie. Keuning en Eppink (2004) maken een onderscheid tussen de concepten: efficiëntie, satisfactie, behoeftenvoorziening, flexibiliteit en slagvaardigheid. In lijn met bovenstaande auteurs wordt in hoofdstuk 9 gekeken naar de dilemma's: 1) de mate van participatie versus doelmatigheid; en 2) de mate van interne legitimiteit versus externe legitimiteit.

¹⁵ Er wordt “veel uitgegaan van het organisatieparadigma van beheersen” (Moen e.a., 2002, p. 136).

¹⁶ In de literatuur wordt verondersteld “hoe groter [de afhankelijkheid van de één is] des te meer het gedrag van de een door de ander [zou kunnen worden] bepaald” (Mastenbroek, 1996, p. 39). “Afhankelijkheid is het omgekeerde van macht” (Mastenbroek, 1996, p. 39).

tussen management en medici wordt disfunctioneel wanneer de kans op samenwerking (in de toekomst) wordt verspeeld en partijen het niet langer nodig vinden om zich te houden aan de spelregels in het ziekenhuis (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011). Dat er terughoudend moet worden omgegaan macht, betekent niet dat een partij zich niet strategisch mag gedragen.¹⁷

Omdat het management en professionals elkaar niet kunnen domineren, moet het conflict tussen management en medici op een andere manier worden gehanteerd. Volgens Glouberman en Mintzberg (2001 II) moet er op een nieuwe manier worden gekeken naar de besturing van het ziekenhuis, dat bestaat uit een bundeling van actoren waartussen kloven bestaan. Als reactie en aanvulling op het ziekenhuis als professionele bureaucratie (Glouberman en Mintzberg, 2001 II), stellen zij alternatieve manieren van besturen voor om de kloven tussen verschillende “werelden” in het ziekenhuis te overbruggen, namelijk: quasi formele arrangementen, informele meetings, netwerken, wederzijdse afstemming, standaardisatie van normen en het ontwikkelen van wederzijds respect en vertrouwen. Het accent in deze alternatieve manieren van besturen ligt niet zozeer op het gebruik van (bureaucratische en hiërarchische) structuren en “practices” (Smets e.a., 2015), maar vooral op het (dynamische) proces van besturen (Van der Scheer, 2013).¹⁸

Recent onderzoek (Pache & Santos, 2013; Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2015) laat zien dat actoren met conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden naast elkaar kunnen opereren in een organisatie.¹⁹ Het is echter onduidelijk hoe precies wordt omgegaan met het spanningsveld tussen partijen als gevolg van conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden (Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2015). Met andere woorden, het is onduidelijk hoe deze dominante partijen met conflicterende logica’s ‘co-existeren’ (Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2015). Het is de ingebouwde spanning tussen conflict en samenwerking als gevolg van de conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden die moet worden gehanteerd (Mastenbroek, 1996).

3.7 FOCUS ONDERZOEK

In het klassieke denken over besturen domineert het organisatieparadigma van beheersen. Binnen dit paradigma is de veronderstelling dat het functioneren van een organisatie afhankelijk is van de mate waarin men bij machte is om anderen te beheersen en te

¹⁷ “Strategisch gedrag houdt in dat de gedragingen van een actor niet worden bepaald door inhoudelijke overwegingen, maar erop gericht [zijn de] machtspositie ... te verstevigen” (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011, p. 50).

¹⁸ Van der Scheer (2013) verwijst naar het belang van onderzoek naar het besturingsproces van de zorgorganisatie.

¹⁹ De focus in de literatuur lag voorheen op het in kaart brengen van de dominantie van één partij in een organisatie. Lange tijd werd door institutionele theoretici verondersteld dat “organizational fields” en daarmee het gedrag in organisaties, georganiseerd werden door één dominante logica (e.g. Scott 2008; Thornton and Ocasio 1999 in Reay & Hinings, 2009). Door de focus op conflict tussen de conflicterende logica’s en hun vertegenwoordigers (e.g. Greenwood e.a., 2011; Pache & Santos, 2010 in Smets e.a., 2015) is er vooral veel bekend over de scheiding van de twee werelden (Smets e.a., 2015). Er is minder bekend over “how they co-exist” (Smets e.a., 2015). Daar waar voorheen de aandacht uitging naar “competition” tussen de partijen, zoomt recent onderzoek in op “collaboration” (Reay & Hinings, 2009).

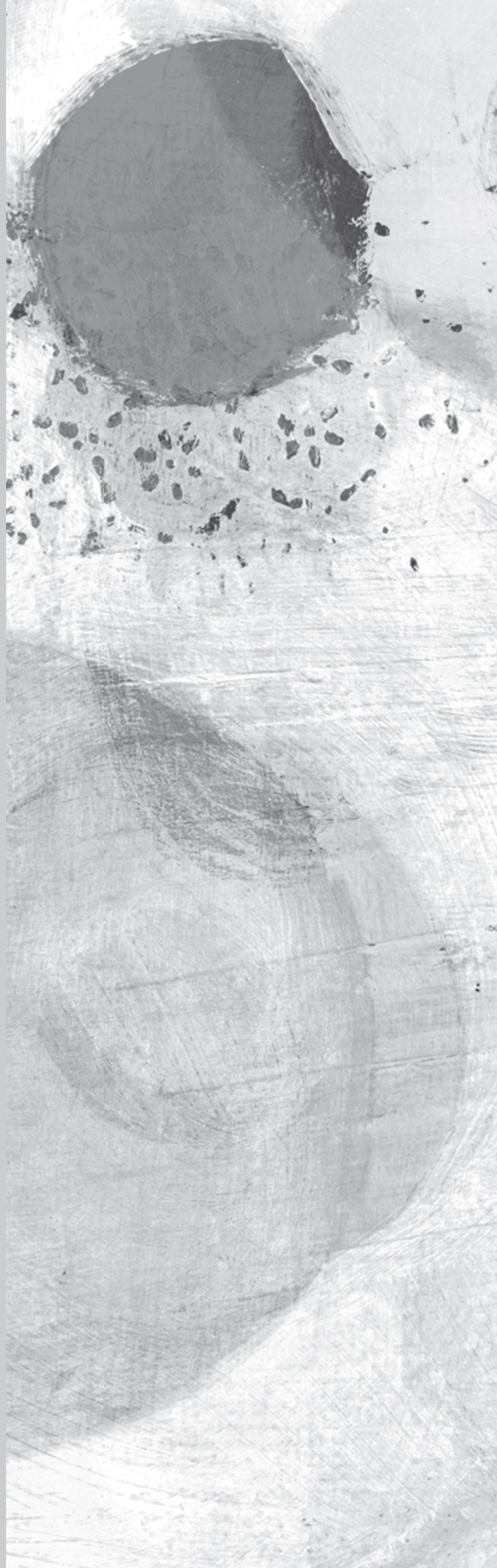
mobiliseren voor het bewerkstelligen van bepaalde taken met behulp van bureaucratische oplossingen (Lammers e.a., 2000). Posities met formele verantwoordelijkheden en bevoegdheden en formele regels in een organisatie kunnen vanuit een bureaucratisch en hiërarchisch perspectief worden benoemd en verklaard. Maar het gedrag van actoren en de spelregels die in een organisatie aanwezig zijn, kunnen niet enkel vanuit een bureaucratisch en hiërarchisch perspectief worden begrepen (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011).²⁰ Management en medici hebben in een ziekenhuis beperkte bureaucratische besturingsmogelijkheden vanwege de relatief gelijke verdeling van machtsposities (Vermaak, 2002) en de toegang tot verschillende machtsbronnen. Het is juist het gedrag van management en medici, hun onderlinge samenspel en de spelregels die zij met elkaar overeenkomen en veranderen, die een centrale rol spelen in de besturing van het ziekenhuis. Management en medici maken in het hanteren van hun conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden gebruik van een subtiel geheel van sociale betrekkingen – namelijk de interactie en verstandhouding tussen partijen – en gedragsregels die zij overeenkomen.

In de literatuur is het onduidelijk hoe precies wordt omgegaan met het spanningsveld tussen twee dominante partijen als gevolg van conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden (Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2015). In dit onderzoek gaat daarom de aandacht uit naar het in kaart brengen van het besturingsarrangement dat bestaat uit een subtiel geheel van posities, rollen en de gedragsregels die management en medici met elkaar overeenkomen en veranderen met het oog op het hanteren van hun wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen. Posities verwijzen naar de formele verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in besturingsstructuur en rollen naar de feitelijke positie van partijen in de besturing van het ziekenhuis.²¹ Gedragsregels zijn de afspraken over hoe men zich hoort te gedragen in de besturing van de organisatie. Om inzicht te krijgen in deze posities, rollen en gedragsregels worden in dit onderzoek de sociale betrekkingen – namelijk de interactie en verstandhouding tussen partijen – expliciet gemaakt. Het besturingsarrangement dat in diverse ziekenhuizen wordt onderzocht, is een samenhangend geheel van elementen – lees een configuratie (Mintzberg, 2006) – dat lokaal²² in de organisaties wordt ontwikkeld.

²⁰ De Bruijn en Ten Heuvelhof (2011) constateren dat “zowel binnen als tussen organisaties [er zich] talloze verschijnselen voor[doen] die vanuit een hiërarchisch perspectief niet kunnen worden benoemd en dus ook niet kunnen worden verklaard” (p.18).

²¹ De beschrijving van de elementen in het concept besturingsarrangement is gebaseerd op Mastenbroek's (1996) relatieaspecten (instrumenteel, sociaal-emotioneel, macht en afhankelijkheid en onderhandeling) en de typering van de concepten cultuur, rol, positie en sociale betrekking van Van Doorn en Lammers (1984). Van Doorn en Lammers (1984) beschrijven cultuur als het geheel van normen en verwachtingen – namelijk opvattingen over hoe men zich hoort te gedragen – en waarden en doeleinden (namelijk gestandaardiseerde opvattingen over wat wenselijk is en centrale maatstaven om gedrag te beoordelen). “De rol is de verbijzondering van de cultuur met betrekking tot het gedrag van de enkeling, die zich in een bepaalde sociale positie bevindt” (Van Doorn & Lammers, 1984, p. 124). Volgens Van Doorn en Lammers (1984) is [een sociale structuur] het geheel van sociale betrekkingen [de kans, dat interactie op een bepaalde wijze tot stand komt en de verstandhouding tussen personen] en posities [de specifieke combinatie van betrekkingen en verhoudingen, waarin de persoon in kwestie staat ten opzichte van de andere leden van de groepering (pp 125)], dat kenmerkend is voor een bepaalde groepering (p. 97).

²² Het lokale karakter van afspraken – of besturingsarrangement – wordt in de literatuur aangeduid met het concept “situatedness” ofwel gesitueerdheid (Hope Hailey & Balogun, 2002; Zuiderent-Jerak, 2007).





DEEL II

EMPIRISCH ONDERZOEK

4

Besturen onder de radar

Uit gespreksverslag Afdelingshoofd en voorzitter Verpleegkundige Adviesraad: “[De] oude [informele] lijnen [worden] in stand ... gehouden. ... Men wilde eigenlijk dat bepaalde dingen via [het management van de eenheden] gingen lopen maar ik zie nog steeds als het moeilijk wordt dan hoep dan gaan de specialisten naar de medische staf en dan zeggen ze van nou moeten we het er doorheen drukken. Of het wordt direct in het politieke getrokken dan. ... Of dat ie de binnenbocht neemt en de Raad van Bestuur meteen belt, zeg maar in plaats van eerst het [management van de eenheden].” (RA 14)¹

In dit hoofdstuk wordt één van de vier casussen besproken. In ziekenhuis A werd enkele jaren geleden een decentrale besturingsstructuur ingevoerd. Het was de bedoeling dat door de introductie van deze besturingsstructuur de besluitvorming in het ziekenhuis voortaan geleid zou worden via het management van de eenheden dat bestaat uit de Manager Bedrijfsvoering, de Medisch Manager en het Afdelingshoofd (een verpleegkundige die ook leiding geeft aan verpleegkundigen). Maar in het ziekenhuis bestaat er onvrede over de werking van de besturingsstructuur en verwarring over de verantwoordelijkheden van vooral de Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager en hun samenwerking. De Manager Bedrijfsvoering zit in een spagaat omdat hij zaken moet doen met meerdere partijen. Er worden in het ziekenhuis vraagtekens geplaatst bij de verantwoordelijkheden van het management van de eenheden, de prominente positie van de stafdiensten in de besturing van het ziekenhuis en de werkzaamheid van de Planning en Control cyclus. Medisch specialisten kiezen ervoor niet alleen via het management van de eenheden en het Stafbestuur zaken te regelen, zoals formeel in het overeengekomen in de besturingsstructuur, maar zij maken juist ook gebruik van alternatieve besluitvormingsroutes. Ze doen rechtstreeks zaken met de Raad van Bestuur omdat ze van mening zijn dat ze onvoldoende via het management van de eenheden en het Stafbestuur kunnen regelen. In het ziekenhuis wordt onderzoek gedaan naar een nieuwe besturingsstructuur en een

¹ RA 14 verwijst naar de respondent in het onderzoek. R staat voor respondent; A (of B, C, D) voor de casus en 14 naar de specifieke respondent in de casus. In bijlage is een overzicht van deze respondenten en hun functies per ziekenhuis terug te vinden.

nieuwe en betere Planning en Control cyclus. Daarbij wordt expliciet gekeken naar de mogelijkheid om meer verantwoordelijkheden onder te brengen bij het management van de eenheden en (in het bijzonder de Medisch Manager) en om het Management Team als tussenlaag (tussen de Raad van Bestuur en het management) weg te halen. Tijdens het onderzoek stond het ziekenhuis aan de vooravond van het doorvoeren van veranderingen in de besturingsstructuur. Deze veranderingen werden tijdelijk in de ijskast gezet vanwege de druk om te bezuinigen én de bestuurlijke onrust. In de Raad van Bestuur vertrokken diverse bestuurders. Ook in het Stafbestuur werd de wacht gewisseld.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de rollen en posities van actoren in de besturing van ziekenhuis A en de manier waarop deze actoren met elkaar omgaan.

4.1 RAAD VAN BESTUUR IN BESTURING ZIEKENHUIS

4.1.1 Discontinuïteit in de Raad van Bestuur

Gedurende de afgelopen jaren hebben er verschillende wisselingen plaatsgevonden in het bestuur van het ziekenhuis. In een paar jaar tijd zijn drie verschillende voorzitters (waarvan één interimmer) van de Raad van Bestuur de revue gepasseerd. Slechts één van de leden van de Raad van Bestuur bleef tijdens deze periode zitten. De discontinuïteit in de Raad van Bestuur staat in schril contrast met de twee decennia die hieraan voorafgingen, waarin het ziekenhuis onafgebroken werd bestuurd door twee dezelfde bestuurders.

Reden voor het vertrek van de eerste voorzitter van de Raad van Bestuur (van de nieuwe lichte bestuurders) was de invulling van zijn functie (RA 3; RA 5). Hij was niet consistent in zijn manier van besturen (RA 5). Een afspraak op de ene dag, kon de dag erna weer veranderd zijn (RA 18). Dit maakte dat het bestuur van het ziekenhuis niet goed functioneerde.² De positie van de voorzitter van de Raad van Bestuur kwam ter discussie te staan op het moment dat hij zich bemoeide met een conflict binnen de medische staf (RA 3). De bestuurder sprong meteen in op het conflict (RA 1). Een respondent gaf aan dat hij dit niet meteen had moeten doen (RA 1). *“Je moet [als bestuurder] zoveel mogelijk [zaken] op die plek laten daar waar het hoort”,* in dit geval bij de medische staf zelf (RA 3). De bestuurder vertrok in een periode dat er net een incident in het primaire proces van het ziekenhuis had plaatsgevonden. Het vertrek van de bestuurder zou niets te maken hebben met deze crisis. Officieel was het de Raad van Toezicht die aanstuurde op het vertrek van de voorzitter van de Raad van Bestuur vanwege een verschil van inzicht tussen de Raad van Toezicht en de bestuurder over de invulling van zijn functie. Het waren vooral de leden van het Management Team – namelijk de Managers Bedrijfsvoering, managers stafdiensten en secretaris Raad van Bestuur – die bepalend zijn geweest tijdens de bestuurscrisis in 2009 (RA 3). Het Management Team heeft met steun van het Stafbestuur het vertrouwen in de bestuurder opgezegd (RA 17; RA 22).

² Bron: geanonimiseerde internetpagina (RAG 1) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

Uit gespreksverslag beleidsmedewerker Stafbestuur: *“Het Management Team ... [heeft] het aangezwengeld maar die zoeken dan wel de steun van de staf. ... Terwijl de steun niet heel expliciet is geweest van het Stafbestuur. Maar door hun aanpak is wel het balletje gaan rollen. Er zijn gewoon gesprekken geweest met het Stafbestuur en de stafvoorzitter in de Raad van Toezicht toen. Ja, dat balletje is toen gewoon doorgedaan. Ik weet het Stafbestuur is toen eerder remmend [geweest]. ... Wel van het loopt inderdaad niet goed [volgens het Stafbestuur], maar niet te hard van stapel lopen. En ook dat er echt in de stafvergadering werd gezegd van jongens, mag ik genotuleerd hebben dat wij [als medische staf] er niet debet aan zijn. ... Weet je wel zo. Eerder een beetje bangig. Ja. Dus daar vind je toch wel de informele macht. Dat je wel [als Stafbestuur] opgezocht wordt op belangrijke momenten.”* (RA 17)

Als gevolg van de bestuurlijke crisis ontstond een behoefte om regels vast te stellen over de omgang met conflicten in de medische staf. Deze regels zijn vastgelegd in het Document conflict Medische Staf (DMS).

Het vertrek van bovengenoemde bestuurder was de start van een periode van discontinuïteit in het bestuur van het ziekenhuis. Na de komst van een interim-bestuurder, die onder andere van de Raad van Toezicht de opdracht kreeg om de besturingsstructuur opnieuw onder de loop te nemen, werd een nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur aangesteld.³ Ook deze bestuurder vertrok na een jaar. Opnieuw was de officiële reden voor het vertrek een verschil van inzicht met de Raad van Toezicht over de invulling van de functie. Volgens respondenten lagen meerdere oorzaken ten grondslag aan het vertrek, namelijk: de onderlinge samenwerking van de twee leden van de Raad van Bestuur was niet werkzaam (geen eenheid) en de competenties van de vertrekkende bestuurder waren niet toereikend voor de functie (RA 5). In het bijzonder viel de door de bestuurder gekozen koers voor de te wijzigen besturingsstructuur, die hij hoofdzakelijk alleen op zijn kamer had uitgewerkt, niet goed in het ziekenhuis (RA 5). De bestuurder had, net zoals de interim-bestuurder, de taak gekregen om aan de slag te gaan met de besturingsstructuur. Hij liep voor de troepen uit en miste aansluiting met het ziekenhuis door de organisatie een kant-en-klaar plan over de te wijzigen besturingsstructuur (in de richting van meer decentrale besturingsstructuur waarbij het overleg van het Management Team zou worden afgebouwd en zou komen te vervallen) te presenteren (RA 3; RA 5).

Het vertrek van verschillende bestuurders in een periode van drie jaar tijd, zorgde ervoor dat de zittende bestuurder meer taken alleen moest doen. Hij was genoodzaakt om meer taken te delegeren (naar onder andere de leden van het Management Team). Tegelijkertijd bleven er ook zaken liggen. De herziening van de besturingsstructuur is hier een voorbeeld van. Hoewel was geconstateerd dat de vormgeving van de in 2001 gekozen decentrale besturingsfilosofie te weinig tot uiting kwam in de organisatie (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010), werd de taak om de besturingsstructuur aan te pakken (opnieuw) doorgeschoven naar de volgende voorzitter van de Raad van Bestuur.

³ Het is tijdens de zittingstermijn van deze bestuurder en de interim-bestuurder dat het onderzoek is verricht.

Hetzelfde gold voor het onderwerp integraal management in de Raad van Bestuur dat door de scheiding van aandachtsgebieden in het bestuur, te weinig van de grond kwam.

4.1.2 Aanstelling nieuwe Raad van Bestuur

Na een periode van wisselingen in de Raad van Bestuur, is in 2012 een nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur aangesteld. In de Raad van Bestuur zijn sindsdien twee bestuurders actief met verschillende achtergronden: één met een medische en de ander met een economische achtergrond. Het lid van de Raad van Bestuur vormt de constante factor in het bestuur tijdens de vele wisselingen van collega's in de Raad van Bestuur. Deze bestuurder (namelijk het lid van de Raad van Bestuur), wordt in het ziekenhuis ervaren als een "integere" en "gedegen" bestuurder (RA 18). Hij wordt gezien als een "technocraat" die graag met de cijfertjes werkt (RA 18). Deze bestuurder ziet zichzelf niet als een "boegbeeld" van de organisatie (RA 3).

Uit gespreksverslag medisch specialist: "[Het lang zittende lid Raad van Bestuur] is een goede bestuurder. Hij delegeert goed. Hij heeft een zeer sterke analytische blik. Weet het kaf van het koren te scheiden, maar gaat er heel technocratisch mee om. De emotie daar geniet hij wel van, wanneer er emotie [in het ziekenhuis] ontstaat, maar hij lijkt er naar te kijken en het mooi te vinden. ... Hij ziet dat er emotie ontstaat, dat zijn plannen stof doen opwaaien, stemverheffingen, en het emotionele relaas dat er op volgt van verschillende stafleden. En dan zit hij eigenlijk wel te genieten als je naar zijn ogen kijkt. [En dan zegt hij:] ja, jongens we kunnen niet anders, dus ja ik hoop op jullie medewerking. En dan loopt een keer een oud Stafbestuurder de deur uit, bekijk het met je handel, heel emotioneel. En dan heeft hij daar later wel een gesprek over, dan trekt ie weer wat bij, of ze drinken samen een glaasje, of ze eten een boterhammetje samen, maar hij voelt onvoldoende aan wat zo'n boodschap met zich mee kan brengen. ... En ik denk dat het dan ook wel weer de-escalereert, dan het dan weer tot een gezond zakelijke overeenkomst kan leiden. Nee, ik vind het geen slechte vent. Tussen alle bestuurders vind ik hem heel gedegen. Hij heeft ook visie hoe een ziekenhuis draait, hoe de gezondheidszorg eruit zou moeten zien, weliswaar de moderne visie ehm het concurrentiemodel. Zeker niet het socialistisch model. ... Maar hij is ook een beetje econoom. ... Daarom is het goed dat er een medespeler [een nieuwe bestuurder] is die van een andere kant komt, die snapt hoe de gezondheidszorg in elkaar zit, hoe ziektes en ziektebeleving in elkaar zitten." (RA 18)

Beide leden van de Raad van Bestuur hebben een eigen portefeuille met eigen aandachtsgebieden. De 'medisch ondersteunende' (denk aan OK, IC, SEH, Laboratoria) en 'voorwaardenscheppende' onderdelen van de organisatie (denk aan Facilitair Bedrijf, Financiën, ICT) vallen in het aandachtsgebied van het lid van de Raad van Bestuur. De voorzitter van de Raad van Bestuur houdt zich bezig met de onderdelen die gericht zijn op de directe patiëntenzorg (Jaarverslag, 2011). Het Bestuursreglement schrijft voor dat de "scheiding tussen beheer en medische zaken" in de verdeling van taken en aandachtsgebieden tussen beide bestuurders, vermeden moet worden (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). De Raad van Bestuur werkt niet volgens het voorgeschreven principe van "integraal management" waarbij elke bestuurder 'gaat' over alle aspecten van de organisatieonderdelen die hij onder zijn hoede heeft (Topstructuur; Advies aan Raad van Toezicht, 2010).

4.1.3 “Centralistisch geleide organisatie”⁴

Het bestuur oefent sterke invloed uit op de besluitvorming van het ziekenhuis. Een respondent (RA 18) stelt dat de Raad van Bestuur in de besluitvorming van het ziekenhuis in toenemende mate beslissingen neemt waarin de medewerkers en medici dienen te volgen. “[Besluiten worden] over je uitgestort en je moet er aan voldoen. Dat gebeurt nu steeds meer en er wordt ook openlijk gezegd: daar heb je [als medicus of als werknemer] even niets mee te maken want dit komt van de directie en dat gaan we dus doen” (RA 18). Volgens de interim-bestuurder vertoont de besturing van het ziekenhuis “kenmerken van een centralistische geleide organisatie” (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). Dit terwijl er in 2001, onder leiding van het lang zittende bestuur, een decentrale besturingsstructuur is ingevoerd waarin veel verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het bestuur van de eenheid (lees Manager Bedrijfsvoering, Medisch Manager en Afdelingshoofd) zijn belegd.

Een reden die wordt gegeven voor de halfslachtige decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in het ziekenhuis is de “controledrang” van de Raad van Bestuur (RA 18). Een andere reden voor de invloedrijke rol van de Raad van Bestuur in de besturing van het ziekenhuis is dat managers, medisch specialisten en medewerkers de Raad van Bestuur weten te vinden als er besluiten genomen moeten worden (zie ook paragraaf 4.7). In de besluitvorming van het ziekenhuis is een directe lijn tussen de Raad van Bestuur en diverse onderdelen van de organisatie (via maar ook buiten lijnen van de decentrale besturingsstructuur om).

Uit observatie: Dat de Raad van Bestuur een stempel drukt op de besluitvorming van het ziekenhuis, werd tijdens het onderzoek zichtbaar in de besluitvorming rondom de geplande bezuinigingen. Ondanks dat er allerlei projectgroepen werden opgezet om mogelijkheden voor bezuiniging te verkennen en te verwezenlijken, was het de Raad van Bestuur die besloot dat er bezuinigd moest worden en waarop er bezuinigd moest worden. “De Taskforce, die had geen formele besluitvormingskracht. De Raad van Bestuur heeft op basis van 50 voorstellen en bezuinigingsvoorstellen uit die Taskforce, 20 thema’s uitgekozen en gezegd van daar gaan we concreet wat mee doen” (RA 3). De Raad van Bestuur is van mening dat zij degene is die dergelijke beslissingen moet nemen vanuit de verantwoordelijkheid die de Raad van Bestuur heeft voor een financieel gezond ziekenhuis. In dat kader zijn bezuinigingen noodzakelijk. Nadat de keuze voor een aantal projecten gemaakt was, informeerde de Raad van Bestuur medewerkers en medici in het ziekenhuis over het bezuinigingstraject en de gekozen projecten. Dit gebeurde onder meer tijdens ‘zeepkistbijeenkomsten’. Medewerkers en medici konden tijdens deze bijeenkomsten ook vragen stellen. Tijdens het bezuinigingstraject ontstond er op een gegeven moment kritiek vanuit de medische staf op de keuze voor enkele thema’s die werden geselecteerd om kosten te besparen en daarnaast op de cijfers van het benchmark onderzoek dat hieraan ten grondslag lag. Tijdens een ‘zeepkistbijeenkomst’ bij de medische staf gaf de Raad van Bestuur toelichting op de keuze voor projecten. Tevens waren een paar medisch specialisten die al voortvarend bezig waren met een bezuinigingsproject benaderd om hierover vertellen tijdens een zeepkistbijeenkomst. Op het moment dat er daarna toch kritische vragen kwamen vanuit de medische staf aan

⁴ Bron: Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010.

de Raad van Bestuur over gemaakte beslissingen, reageerde de Raad van Bestuur als volgt: *“wat wil je nu, samen dit oppakken, of over een jaar zonder baan op straat staan, zeg het maar”* (RA 18). Er werd als argument aangehaald dat in het selectieproces van de projecten diverse prominente mensen in het ziekenhuis, waaronder medici, hadden meegedacht in projectgroepen. Uit dit gezamenlijke selectieproces is de als beste ervaren beslissing genomen. Een respondent merkt op dat het moeilijk is om een dergelijk besluitvormingstraject en keuzes aan te vechten. *“Je kan wel tegen zijn, maar je moet van goede huize komen om dan door te kunnen duwen en wat is je alternatief?”* (RA 3). Na verloop van tijd ging de ‘storm’ liggen en werden de geselecteerde projecten opgepakt.

Dat er veel zaken bij de Raad van Bestuur terecht komen en worden behandeld, komt ook voort uit *“traditie”* (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). Niet alleen de zittende bestuurders (tijdens het onderzoek), maar ook hun voorgangers waren invloedrijke actoren in de besturing van het ziekenhuis. Hoewel tijdens de besturingstermijn van de lang zittende bestuurders in 2001 een nieuwe decentrale besturingsstructuur werd ingevoerd, kenmerkte de manier van besturen zich door centrale sturing. De Raad van Bestuur had de *“touwjes”* in handen (RA 18) en wilde *“het baasje zijn”* (RA 24). Het is tijdens de zittingstermijn van deze lang zittende Raad van Bestuur, dat de meeste medisch specialisten in loondienst zijn komen werken. Het in loondienst treden van medisch specialisten (en daarmee ook de overdracht van diverse maatschappen naar het ziekenhuis) was zogenaamd het resultaat van de verdere uitwerking van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf in het ziekenhuis (Jaardocument, 2001). Het was de bedoeling dat door dit dienstverband de belangen tussen het ziekenhuis en de medische staf en binnen de staf meer gelijkgericht werden (Jaardocument 2001). Het overgaan van de meeste vrijgevestigde specialisten naar een dienstverband met het ziekenhuis, werd in het ziekenhuis gezien als een belangrijke voorwaarde om te komen tot gezamenlijke afspraken met verzekeraars over het terugdringen van wachtlijsten en de instroom van nieuwe specialisten (Jaardocument 2001). Door het loondienstmodel zouden specialisten hun aandacht helemaal kunnen richten op de patiëntenzorg en het welzijn van patiënten en niet de persoonlijke financiële belangen.⁵ De persoonlijke financiële belangen van medisch specialisten werden als storend ervaren voor de besturing van het ziekenhuis.⁶ Bovendien waren in de ogen van de Raad van Bestuur medisch specialisten toch geen echte ondernemers omdat hun vergoeding (destijds) werd bepaald door College Tarieven Gezondheidszorg.⁷ Daarbij komt dat de perceptie was dat alle investeringen door de Raad van Bestuur werden gedaan en de productie ook door het bestuur werd bepaald omdat het ondersteunend personeel in dienst was van het ziekenhuis.⁸ Vrijwel alle artsen werden, vooral door de inspanningen van de voorzitter van de Raad van Bestuur in het directe contact met de afzonderlijke maatschappen en medisch specialisten (RA 6), in loondienst genomen tegen een salaris dat gelijk stond aan het salaris van de vrijgevestigde specialis-

⁵ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RAG 2) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek

⁶ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RAG 2) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek

⁷ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RAG 2) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek

⁸ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RAG 2) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek

ten.⁹ De hiërarchische verhouding tussen de Raad van Bestuur en medisch specialisten die is ontstaan als gevolg van deze constructie, wordt door een respondent omschreven als een “*farce*” (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). De leidinggevende verantwoordelijkheden die horen bij de loondienstconstructie, zijn “*schijnverantwoordelijkheden*” (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). De Raad van Bestuur zou nooit in staat zijn aan zoveel specialisten leiding te geven (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010).

4.2 BESTUREN MET BEHULP VAN “DOMINANTE STAVEN”¹⁰ EN CONSULTANTS

4.2.1 “Dominante staven”

De Raad van Bestuur en het management van de eenheden krijgen ondersteuning van verschillende staven in het ziekenhuis bij de besturing van het ziekenhuis. Zo worden de leden van de Raad van Bestuur ondersteund door stafdiensten op het gebied van financiële control, productieplanning en strategische (arbeids)planning. Maar ook door ondersteunende diensten op het gebied van ICT, P&O en facilitaire zaken. De rol van de (managers van de) staven, wordt als dominant ervaren in het ziekenhuis (vooral door het management van de eenheden). Ze zouden te weinig ondersteunend en faciliterend aan het primaire zorgproces zijn en te veel koersbepalend.

Uit gespreksverslag Manager P&O: “[De ervaring vanuit het primaire proces in het huidige klimaat is dat] met name de staven bepalen welke richting [bet] opgaat. Nou dat vind ik principieel onjuist. Dat zou niet moeten zijn. Dat moet vanuit primair proces. ... Dat het er wat ongeordend uitkomt, dat snap ik, en dan zijn er staven die dat ordenen en goede plannetjes maken. Maar dat is hoe het ervaren wordt.” (RA 7)

Dat (de managers van) de staven een prominente rol hebben in de besturing van het ziekenhuis, wordt zichtbaar in de prominente rol die ze bekleden in het Management Team. De managers van de afdelingen Financiën, ICT, Facilitair Bedrijf en P&O zitten in het Management Team. Vanuit deze plek oefenen zij invloed uit op de besluitvorming in de organisatie, al was het maar omdat ze samen in de meerderheid zijn ten opzichte van de drie Managers Bedrijfsvoering die ook lid zijn van het Management Team. Het merendeel van het Management Team bestaat uit het management van de staven. In het ziekenhuis (vooral in de ogen van de Managers Bedrijfsvoering) heeft het management van deze staven een te prominente rol in de besluitvorming ten opzichte van de Managers Bedrijfsvoering.

De “*dominante*” rol van de staven (RA 7) in de huidige wijze van besturen, is voor een deel een erfenis uit het verleden van het ziekenhuis. Tijdens de zittingstermijn van het

⁹ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RAG 3) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek

¹⁰ De beschrijving dominante staven is afkomstig van een citaat van een respondent (RA 7).

lang zittende bestuur, is in 2001 een organisatiestructuur ingevoerd waarin taken en verantwoordelijkheden werden belegd bij het management van de zorgeenheden. Daar waar mogelijk moesten activiteiten zo veel mogelijk bij de werkvloer worden neergelegd. Maar de – aan het primaire proces en daarmee ook aan de Raad van Bestuur – ondersteunende¹¹ taken mochten niet versnipperd worden (Document organisatiestructuur, 2000). Deze taken moesten centraal worden georganiseerd. De ondersteunende taken werden ondergebracht in centrale staven. Onder leiding van het voormalige bestuur (1987 – 2007) – waarin één bestuurder econoom was – zijn de staven en in het bijzonder de afdeling Financiën, naar elkaar en naar de Raad van Bestuur toe gekropen (RA 24). Er was een controller werkzaam die een duidelijke stempel drukte op de besturing van het ziekenhuis en waardoor de Raad van Bestuur meer op afstand kwam te staan (RA 18). Bij de introductie van de gedecentraliseerde organisatie was de veronderstelling dat een Planning en Control cyclus een belangrijk instrument was om deze besturingsstructuur goed te laten functioneren (Jaardocument, 2001). Eén van de vier projectgroepen die in het leven werd geroepen om dit nieuwe besturingsmodel te ontwikkelen, richtte zich dan ook expliciet op de ontwikkeling van een Planning en Control cyclus (Document organisatiestructuur, 2000).¹²

In het huidige ziekenhuis – en opnieuw onder leiding van een econoom – wordt een goede financiële management cyclus nog steeds gezien als een belangrijke voorwaarde voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Dat een goede Planning en Control cyclus prioriteit heeft, blijkt uit de opdracht die enkele leden van het Management Team hebben gekregen van de Raad van Bestuur om in andere ziekenhuizen niet alleen naar de besturingsstructuur, maar ook naar het financiële systeem en de rapportagestructuur te kijken. De assumptie is dat een verbeterde financiële structuur (met een goed functionerende management cyclus en rapportage model) bijdraagt aan een betere vormgeving van de organisatie en ervoor zorgt dat mensen sneller hun verantwoordelijkheden nemen. In het benchmark onderzoek werd dan ook gelet op de inrichting van het “dashboard” en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het niveau van de eenheden. In het ziekenhuis bestaat ontevredenheid over de Planning en Control cyclus, omdat deze cyclus en de bewaking daarvan in de praktijk niet strak genoeg wordt ervaren (Topstructuur: advies Raad van Toezicht, 2010).¹³

¹¹ In het ziekenhuis wordt in deze context gesproken over “facilitaire” en “ondersteunende” zaken (Rapport Samenwerking, organisatiestructuur, 2000).

¹² Andere projectgroepen richtten zich op de werkeenheden, het Facilitair bedrijf en de ondersteuning, projectgroep contracten, reglementen en functiebeschrijvingen (Document organisatiestructuur, 2000)

¹³ In het ziekenhuis wordt gewerkt met een vijfjarige beleidscyclus. In een visienota wordt de richting van het ziekenhuis bepaald op het gebied van zorg, organisatie en cultuur (Document Positie van de Medische Staf op operationeel, tactisch en strategisch niveau en informatievoorziening). Deze visienota wordt door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur vastgesteld en de Raad van Toezicht goedgekeurd (RA 17). Het meerjarenbeleid is in 2010 voor de eerste keer tot stand gekomen onder leiding van secretaris Raad van Bestuur en beleidsmedewerker Stafbestuur (projectgroep) in samenwerking met een groep “visionairen”, zowel medisch specialisten als Afdelingshoofden (RA 17). De medische staf werkt de visie op zorg uit de visienota uit in een medisch beleidsplan (Document Positie van de Medische Staf op operationeel, tactisch en strategisch niveau en informatievoorziening). Het meerjarenbeleid vormt de basis voor de jaarplannen en activiteiten van het ziekenhuis. De Planning & Control cyclus start in het voorjaar met de Kaderbrief. Op basis van deze Kaderbrief die door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur wordt vastgesteld, worden de

4.2.2 Consultants en programmamanagers geven advies

In het ziekenhuis werden externe consultants en tijdelijke (programma)managers ingeschakeld. Zij werden uitgenodigd om advies uit te brengen over de besturingsstructuur, het verkoopformat en de positionering van communicatie in het ziekenhuis. In het kader van de financiële reorganisatie van het ziekenhuis werd een extern adviesbureau ingeschakeld om een benchmark onderzoek te verrichten naar de financiële status van het ziekenhuis. Ook werd er tijdelijk een externe programmamanager ingeschakeld om het financiële reorganisatietraject te trekken. De externe programmamanager was vijf jaar daarvoor als Manager Bedrijfsvoering werkzaam geweest in het ziekenhuis. De keuze van de Raad van Bestuur om een externe (programma)manager binnen te halen om de bezuinigingsoperatie in goede banen te leiden, werd niet goed ontvangen in het ziekenhuis. Het Stafbestuur¹⁴ en het Management Team zagen het inhuren van externen niet zitten vanwege de hoge kosten en de risico's die het inhuren van een externe met zich meebrengen.

Tijdens een overleg (Observatie Management Team 11-5-2011) gaf één van de Managers Bedrijfsvoering te kennen niet blij te zijn met de aanstelling van de programmamanager van het financiële reorganisatietraject: *“weer een externe, [dat] kost geld”* (RA 10). Volgens deze Manager Bedrijfsvoering worden de managers met de aanstelling van een programmamanager voor een voldongen feit gesteld door de Raad van Bestuur. Dit haalt de drive bij managers weg (RA 10). Een andere Manager Bedrijfsvoering merkte in het overleg op dat de projecten rondom bezuinigingen niet los te zien zijn van de besturing in de werkeenheden. Juist de managers in de eenheden zouden zich moeten bezig houden met de bezuinigingen. De handen van de Managers Bedrijfsvoering jeukten (ten tijde van het onderzoek) om aan de slag te gaan met het herfinancieringsproces. Maar door dit onderwerp neer te leggen bij een andere programmamanager, werd de Managers Bedrijfsvoering hun (eind)verantwoordelijkheid ontnomen. Het lid van de Raad van Bestuur reageerde tijdens het overleg hierop dat hij het hier niet mee eens was. Dit was niet de bedoeling. Niet alle managers waren er in eerste instantie van gecharmeerd om een externe in te huren vanwege hoge kosten en de demotiverende werking voor het management. Door iemand anders op dit onderwerp te zetten, werd de suggestie gewekt dat de Managers Bedrijfsvoering hier niet toe in staat waren (opmerking Manager Bedrijfsvoering, overleg Management Team-Raad van Bestuur). Dit terwijl zij zelf vonden *“dat ze het zelf konden”* (RA 8). De keuze voor het inhuren van een externe is inmiddels geaccepteerd volgens de programmamanager: *“En ehm inmiddels, zijn we een maand verder, en hoor je niemand er meer over, en nu zijn ze blij, ze zien dat er wat gebeurt”* (RA 8).

jaaractiviteitenplannen van het Stafbestuur, de eenheden en de vakgroepen gemaakt (RA 17). Deze plannen krijgen een plek in het jaarplan (inclusief begroting) van het ziekenhuis welke door de Raad van Bestuur wordt vastgesteld. De verschillende documenten en de gemaakte afspraken tussen de Raad van Bestuur en het management van de eenheden tijdens de najaarsoverleggen, vormen de basis voor verantwoordingsgesprekken hierover in ziekenhuis (RA 17). De evaluatie hiervan vindt plaats in het voorjaarsoverleg. Tussentijds wordt er elk kwartaal gerapporteerd over realisatie en plannen.

¹⁴ Ook het Stafbestuur keek kritisch naar de aanstelling van een externe programmamanager (Observatie vergadering Stafbestuur 17-5-2011): *“Ik ben blij dat er een manager is om managementproblemen op te lossen”*.

In het ziekenhuis wordt gemopperd over de hoge kosten die het inhuren van externen met zich meebrengt (onder andere door het Stafbestuur en Management Team).¹⁵ Het buiten de bestaande organisatie organiseren van veranderingen kost niet alleen veel geld, maar brengt ook risico's met zich mee omdat (adviezen van) externen te veel los staan van de organisatie (RA 8). De verantwoordelijkheid van mensen binnen de organisatie om een onderwerp op te pakken, ontbreekt doordat externe partijen worden ingeschakeld.¹⁶ Door het ontbreken van de verantwoordelijkheid en betrokkenheid bekliven projecten niet in de organisatie. Een voorbeeld van een advies van een extern bureau dat is komen stil te liggen na het vertrek van de consultants, betreft het besturingsmodel van de organisatie.

Uit gespreksverslag programmamanager en voormalig Manager Bedrijfsvoering: "Dit ziekenhuis heeft in het verleden veel programma's gedraaid die ook met veranderingen te maken hadden, verbeteringen van zorg etcetera, die altijd buiten [de organisatie] zijn georganiseerd. Zoals ik het zeg, er zaten twee, drie man in strakke pakken. Die zaten hier op een kamer op de directie afdeling en hadden allemaal hun lijntje en dergelijke, en waren aan het duwen en trekken en dergelijke in de hoop en het vertrouwen dat het goed kwam. Dat heeft wel resultaat opgeleverd, maar alleen korte termijn resultaat. Maar toen de mannen vertrokken waren, zijn ze weer heel snel naar de oude situatie toegegaan. Dus het heeft niet beklifd. En één van mijn stellingen is en was toen, omdat [het lijnmanagement] toen geen verantwoordelijkheid had of nam in het proces, is het een beetje een autistisch proces geworden." (RA 8)

De houdbaarheidsdatum van externe (programma)managers, consultants en ook interim-bestuurders, wordt gezien als meer beperkt in verhouding tot mensen die in vaste dienst werken (RA 8). Door het inschakelen van externe spelers verslapt de focus op het doel en de drive in de organisatie (RA 8). Het zou zorgen voor een verlies aan daadkracht in de organisatie (RA 8). In het ziekenhuis verwateren projecten vaak omdat er een probleemje ontbreekt (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010).

Tegelijkertijd kunnen externe consultants door hun onafhankelijke positie wel vrij bewegen in het ziekenhuis. Wat betreft de rol van de ingehuurde programmamanager in het ziekenhuis wordt dan ook het volgende opgemerkt:

Uit gespreksverslag programmanager en voormalig Manager Bedrijfsvoering: "Wat mijn rol lastig maar tegelijkertijd ook heel makkelijk maakt, dat ik [binnen dit bezuinigingsprogramma] geen enkele verantwoordelijkheid voor de uitvoering heb. Dus [mijn rol] is lastig omdat ik geen directe sturing heb en makkelijk omdat ik die sores ook niet heb. Dus ik moet zorgen dat die projectleiders gaan lopen. Nou die hebben heel veel dingen aan hun hoofd... Ik ben

¹⁵ Voorbeeld van een reactie van een manager op het inhuren van een extern bureau voor analyse besturingsmodel die kritisch is over toegevoegde waarde externe en de kosten die hieraan verbonden zijn: "QuickScan zal wel 30.000 euro kosten" (RA 10).

¹⁶ Eigenaarschap is iets wat in zijn algemeenheid ontbreekt in het ziekenhuis (Topstructuur; Advies aan Raad van Toezicht, 2010). Problemen rondom onduidelijkheid over eigenaarschap in de besluitvorming van ziekenhuis moeten voorkomen worden (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010).

niet verantwoordelijk voor de uitvoering dan wel voor mensen, voor de operations ben ik niet verantwoordelijk ... [Dus ik moet ervoor zorgen] dat de lijnen helder zijn, en dat als dreigt dat mensen vastlopen, dat je ze een steuntje geeft of dat je helpt van ga daar eens praten of daar eens kijken. Het is meer procesbegeleiding, coaching dat soort zaken. En zorgen dat de ondersteuning en de facilites goed geregeld zijn... Ik [kan] zonder last en ruggenspraak dingen doen be. Ik heb een vrije positie. De [Afdelings]hoofden¹⁷, ik moet een goede verstandhouding hebben met hen, maar ik ga er niet over. Dus dat geeft mij een vrije positie. Ik ben ook nog eens een keer niet afhankelijk van dit ziekenhuis. Want als de klus klaar is, ga ik weg. Dus dat maakt dat ik veel makkelijker beweeg en ik dus niet in een kramp schiet als er wat gebeurt van oeh. Of dat ik zoiets heb van daar gaan we weer. Of oh shit, zit die weer te mieren met die of weet ik het. Dat heb ik dus niet.” (RA 8)

4.3 INTERACTIE RAAD VAN BESTUUR EN MANAGEMENT

4.3.1 Tussenlaag Management Team

De managers die deel uitmaken van het Management Team zijn drie Managers Bedrijfsvoering (van de snijdende, beschouwende en zorg ondersteunende organisatieonderdelen), de manager van het Facilitair Bedrijf, de manager van de afdeling Financiën, de manager van de afdeling Personeelszaken, de manager ICT en de secretaris van de Raad van Bestuur. Het Management Team valt hiërarchisch direct onder de Raad van Bestuur. Twee keer per maand heeft het Management Team formeel overleg met de Raad van Bestuur. De andere twee weken in de maand hebben de leden van het Management Team een overleg zonder de Raad van Bestuur (operationeel Management Team). De managers die deel uitmaken van het Operationele Management Team, met uitzondering van de secretaris Raad van Bestuur, geven leiding aan de Afdelingshoofden (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010).

In het ziekenhuis is verwarring over de rol van het Management Team in de besturing van het ziekenhuis. *“Het is niet altijd duidelijk waarover de Raad van Bestuur beslist en wat de bevoegdheden van de Management Teamleden zijn”* (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). De werkzaamheden van het Management Team en de Raad van de Bestuur lopen door elkaar heen.

De verwarring over de verdeling van bevoegdheden van het Management Team en de Raad van Bestuur wordt vergroot door het bestaan van de twee Management Teams (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). In het ene overleg van het Management Team sluit de Raad van Bestuur aan en bij het andere niet. Formeel gezien worden de leden van het Management Team geacht te adviseren en fungeren als een waarnemer op *“tactisch niveau”* (Document positie medische staf, 2000). Het Management Team zou gericht moeten zijn op *“informatie-uitwisseling, besluitvorming, draagvlak verkrijgen en*

¹⁷ In dit onderzoek wordt de term *Afdelingshoofd* gehanteerd en niet de terminologie uit de ziekenhuizen zelf om verwarring bij de lezer te voorkomen.

gezamenlijk beeldvorming” (Rapportage evaluatie organisatiestructuur, juni 2006). In het werkoverleg van de leden van het Management Team moet de beleidsuitvoering worden besproken (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). In het overleg van het Management Team en de Raad van Bestuur samen is het de bedoeling dat beleid wordt voorbereid en besluiten worden genomen door de Raad van Bestuur het advies van het Management Team gehoord hebbende (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010).

Er worden vraagtekens geplaatst bij de mate waarin het Management Team daadwerkelijk een adviserende rol ten opzichte van de Raad van Bestuur speelt (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). *“Het valt te betwijfelen of de betekenis van de toevoeging ‘operationeel’ [in de term operationeel Management Team] tot alle medewerkers is doorgedrongen”* (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). De leden van het Management Team hebben dan wel formeel een adviserende taak richting de Raad van Bestuur – en zijn verantwoording verschuldigd aan de Raad van Bestuur waaronder zij hiërarchisch vallen – maar het Management Team volgt ook haar eigen koers door zonder toestemming van de Raad van Bestuur besluiten te nemen (RA 5). Hetzelfde geldt overigens ook voor de Raad van Bestuur die zonder betrokkenheid van het Management Team besluiten neemt. Onderstaand citaat geeft aan dat de leden van het Management Team zich voor het hoofd gestoten voelen als de Raad van Bestuur besluiten neemt zonder dat de leden van het Management Team hierin betrokken zijn.

Uit gespreksverslag inzake aanstelling programmamanager door Raad van Bestuur in bezuinigingsoperatie: *“En ja dan komt er natuurlijk een nieuwe programmamanager. [Dat is door Raad van Bestuur] ook buiten ons om besloten. En het effect wat je nu ziet is dat alle projectleiders van andere projecten, komen bij mij vragen hoe ze het moeten aanpakken. Dat wist ik van tevoren. Ik ken de organisatie. Ik heb projecten gedaan, dat weet iedereen. En dan stellen ze een externe aan en dat kost je een bak met geld. Naja goed. Dat is dan show, window dressing denk ik dan. Dat is mijn persoonlijke frustratie. Daar kan ik toch niets aan doen. Dus daar moet je niet te lang over nadenken. Kennelijk hebben [de bestuurders] hier meer vertrouwen in. Dus ehm. ... Ik bedoel ik ga ervoor, huppakee. Die knop zet ik wel weer om. Maar ik vind het niet de schoonheidsprijs verdienen.”* (RA 10)

Omdat de werkzaamheden van het Management Team en de Raad van Bestuur door elkaar lopen en de leden van het Management Team op de stoel van de Raad van Bestuur gaan zitten uit eigen beweging of gedwongen (zie ook paragraaf 4.3.3), is het Management Team verworpen tot een *“tussenlaag”* tussen de Raad van Bestuur en de eenheden in plaats van een – zoals bedacht in de in 2001 geïntroduceerde besturingsstructuur – Management Team met een *“verbindingsrol”* (Powerpoint extern adviesbureau, 2011; Notitie interim-bestuurder, 2011). Er worden in het ziekenhuis dan ook niet alleen vraagtekens geplaatst bij de activiteiten van het Management Team, maar ook bij de toegevoegde waarde van deze tussenlaag (Powerpoint extern adviesbureau, 2011; Notitie interim-bestuurder, 2011; RA 3).

De huidige rol van het Management Team staat ter discussie in het ziekenhuis. Diverse (interim)bestuurders, een extern adviesbureau (2011), een voormalig bestuurder (2011) en een delegatie van managers (in benchmark onderzoek) hebben zich in opdracht van de Raad van Toezicht of de Raad van Bestuur gebogen over een nieuwe besturingsstructuur en de rol (van de leden) van het Management Team. Daar waar de interim-bestuurder aanstuurde op een scheiding van verantwoordelijkheden tussen het Management Team en de Raad van Bestuur, adviseerde het externe adviesbureau en de toenmalige bestuurder (2011) om het Management Team overleg af te bouwen en te laten vervallen. Maar omdat er geen draagvlak was in het ziekenhuis om het overleg van het Management Team af te bouwen, is de besluitvorming over de besturingsstructuur blijven liggen. Met de komst van een nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur in 2012 is dit onderwerp weer opgepakt door de bestuursvoorzitter.

4.3.2 Conflict in Management Team

De verstandhouding tussen de leden van het Management Team kenmerkt zich door een *“wij-zij verhouding”* (RA 3). In het bijzonder de relatie tussen de managers van de staven en de Managers Bedrijfsvoering (RA 3). De verhoudingen tussen de Managers Bedrijfsvoering zijn vooral op scherp komen te staan toen – door een voormalig bestuurder (2011) – het idee werd gelanceerd om de Management Team laag af te bouwen (of zelfs af te schaffen) en de positie van de Manager Bedrijfsvoering te laten vervallen (RA 7; RA 11). De besluitvorming over de besturingsstructuur en de rol (van de leden) van het Management Team, lag tijdens het onderzoek stil. Omdat de keuze om de positie van de Manager Bedrijfsvoering te laten vervallen nog in de lucht hing, bleef de positie van de Managers Bedrijfsvoering onzeker. De onderlinge verstandhouding tussen managers in het Management Team werd daardoor verstoord.

De verstoorde en scheve verstandhouding als gevolg van de verkenning van nieuwe besturingsstructuren en de positie van de Manager Bedrijfsvoering staat niet op zichzelf. De relatie tussen de leden van het Management Team stond volgens sommige leden van het Management Team al onder druk omdat de manager(s) van de staven (vooral de manager P&O genoemd) nauw optrekken met de Raad van Bestuur (RA 7). Dit gaat in tegen de verwachtingen dat (de managers van) de staven primair ondersteunend moeten zijn aan het primaire proces.

De scheve verhouding tussen het management van de stafdiensten en het management van het primaire proces komt tot uiting in de besluitvorming van het Management Team. Het management van de stafdiensten zou te veel een stempel drukken op de besluitvorming in het Management Team (alleen al vanwege de meerderheid aan stemmen) en te weinig ondersteunend en faciliterend zijn aan het primaire proces (zie ook paragraaf 4.2). Al was het maar omdat in het Management Team meer managers van de staven werkzaam zijn dan Managers Bedrijfsvoering die verbonden zijn aan het primaire zorgproces. Tijdens overleggen van het Management Team werd de vijandige sfeer tussen Managers Bedrijfsvoering en het management van de staven zichtbaar (observaties).

Daar waar het management van de staven te weinig gericht zou zijn op de ondersteuning van het primaire proces, wordt de betrokkenheid van de Managers Bedrijfsvoering in zowel het Management Team als het bestuur van de werkeenheden op tactisch niveau als disfunctioneel ervaren. De Managers Bedrijfsvoering hebben namelijk meerdere petten op als ze aan de tafel van het Management Team zitten. Dit komt omdat ze diverse belangen dienen, namelijk die van de verschillende bestuurlijke eenheden (ook wel het primaire proces), de Raad van Bestuur en het Management Team. Dit zorgt voor een loyaliteitsconflict van de Manager Bedrijfsvoering (zie paragraaf 4.3.3 en 4.4 voor de rol van de Managers Bedrijfsvoering in de besturing van het ziekenhuis).

4.3.3 Manager Bedrijfsvoering “afvoerputje”¹⁸ ziekenhuis

De Manager Bedrijfsvoering maakt onderdeel uit van het Management Team en het bestuur van de werkeenheden. Dit bestuur – dat bestaat uit Manager Bedrijfsvoering, Medisch Manager en Afdelingshoofd – is verantwoordelijk voor het totale beleid binnen de werkeenheden. Maar in de dagelijkse gang van zaken beschikt het bestuur nauwelijks over instrumenten om de verantwoordelijkheid volledig waar te maken (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). Het bestuur van de eenheden heeft verantwoordelijkheden maar in verhouding weinig bevoegdheden. Formeel – zoals vastgesteld in de in 2001 geïntroduceerde besturingsstructuur – zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de besturing van het ziekenhuis vooral belegd bij het management van de eenheden. In de praktijk is dit echter niet het geval. Het zijn vooral de leden van de Raad van Bestuur die een centrale rol vervullen in de besturing van het ziekenhuis. In de werkrelatie tussen de Raad van Bestuur en de werkeenheden komt de ‘decentralisatiegedachte’ (van de in 2001 geïntroduceerde besturingsstructuur) weinig tot uiting (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010).

In de periode dat er slechts één bestuurder actief was, hebben de leden van het Management Team de bestuurder ondersteund in zijn functie als bestuurder. Maar ook nu er weer twee bestuurders zijn, worden taken gedelegeerd naar het Management Team en in het bijzonder de Managers Bedrijfsvoering. Zij zijn de pioniers geworden van de Raad van Bestuur (Powerpoint extern adviesbureau, 2011). De “*Raad van Bestuur is de Managers Bedrijfsvoering gaan gebruiken als tussenlaag in plaats van verbindingsrol*” (Powerpoint extern adviesbureau, 2011). De Managers Bedrijfsvoering mogen wel de “[rot]klussen” opknappen (RA 22). Zij mogen het “*impopulaire werk doen*” (RA 10). Als moeilijk ervaren taken worden overgedragen aan de Managers Bedrijfsvoering.

Uit gespreksverslag programmamanager en voormalig Manager Bedrijfsvoering: “*Alles wat met bedrijfsvoering (te maken heeft) ... daar zijn [de Managers Bedrijfsvoering] toch voor. ... Voor je het weet ben je het afvoerputje van het ziekenhuis.*” (RA 8)

Uit gespreksverslag manager p&o: “*In de optiek van de Raad van Bestuur worden de dokters aangestuurd door de managers, of ze sturen de managers om de boodschap zeg maar. Maar de*

¹⁸ Bron: RA 8.

managers zeggen ja maar ik ben niet verantwoordelijk voor de aansturing van de dokters, want dat is de Raad van Bestuur. Nou daar ligt natuurlijk een zee van ruimte voor de dokters om een bepaald gedrag te gaan vertonen.” (RA 7)

De Managers Bedrijfsvoering zitten volgens respondenten in een lastige positie doordat ze de belangen van de Raad van Bestuur, het Management Team en de verschillende werkeenheden waar zij mee werken, bij elkaar moeten brengen. Niet alleen legt de werkrelatie met de Raad van Bestuur druk op de positie van de Managers Bedrijfsvoering, maar ook de werkrelatie van de Manager Bedrijfsvoering met de Medisch Manager en zijn achterban is lastig (zie voor dynamiek bestuur werkeenheden volgende paragraaf en paragraaf 4.7 voor rol directe lijnen medische staf en Raad van Bestuur).

4.4 BESLUITVORMING IN MANAGEMENT VAN DE EENHEDEN

4.4.1 Medisch Manager heeft beslissende rol in besluitvorming

Het bestuur van iedere eenheid¹⁹ bestaat uit een Manager Bedrijfsvoering, een Medisch Manager en een Afdelingshoofd. Het is de medisch specialist in de besturing van het ziekenhuis (RA 14) en in het bijzonder Medisch Manager – die medisch specialist en Medisch Manager is – die in de besluitvorming door het management van de eenheid een beslissende rol speelt (RA 10). Wanneer een Medisch Manager (of zijn achterban) het niet eens is met een idee of plan van dit bestuur, dan gebeurt het ook niet (RA 18).

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: “Eh consensus betekent dat je zoveel mogelijk het eens bent. ... Maar als [specialisten] uiteindelijk zeggen, dat gaan we toch niet doen dan heb ik [als Manager Bedrijfsvoering] eigenlijk het nakijken. Dat zit in ons model ... Als het niet lukt om het eens te worden dan [is] de dokter leidend in die productie afspraken. En dan komt de Raad van Bestuur. Dan krijg je natuurlijk een najaarsoverleg waarin je tegenover de Raad van Bestuur moet uitleggen waarom je deze afspraken wil maken.” (RA 10)

De beslissende rol van de Medisch Manager in het management van de eenheid wijkt af van de beschreven verantwoordelijkheden van de bestuursleden van de eenheid in de in 2001 geïntroduceerde decentrale besturingsstructuur. Formeel gezien zijn de leden van het management van de eenheid gezamenlijk verantwoordelijk voor het totale beleid binnen de werkeenheden.

Uit document: “Het bestuur draagt gezamenlijk en collectief verantwoordelijkheid voor het realiseren van de doelstellingen van de werkeenheden binnen de vastgestelde beleidskaders en de afgesproken budgettaire ruimte en legt daarover verantwoording af aan de [Raad van Bestuur]” (Rapport Organisatieprincipes voor samenwerken, 1997).

¹⁹ In deze organisatie wordt de term “werkeenheden” gebruikt.

In lijn met de geïntroduceerde besturingsstructuur hebben de drie leden binnen het bestuur formeel een even zware stem en bepalen ze zelf of één van hen als voorzitter optreedt. De bestuursleden van de werkeenheden zijn formeel gelijkwaardig binnen het bestuur. Er zou naar worden gestreefd dat de bestuursleden het zoveel mogelijk met elkaar eens zijn en op basis van het principe van consensus besluiten nemen (Rapport Organisatieprincipes voor samenwerken, 1997). Maar in de praktijk blijkt dat de Medisch Manager een bepalende rol heeft in de besluitvorming van het eenhedenbestuur. Ze worden door medici als meer dan gelijkwaardig gezien (RA 18).

In 2001 werd bij de invoering van de besturingsstructuur, het functieprofiel van de Medisch Manager vastgelegd. In het ziekenhuis worden de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Medisch Manager binnen het management van de eenheid én ten opzichte van zijn collega specialisten (zie paragraaf 4.4.2) als onduidelijk ervaren.

4.4.2 Gebrek aan mandaat Medisch Managers

Formeel heeft de Medisch Manager het mandaat van de leden van de vakgroep/maatschap gekregen om in hun naam besluiten te nemen voor de vakgroep/maatschap.²⁰ Er zijn in het ziekenhuis Medisch Managers werkzaam die formeel gemandateerd worden door de vakgroep/maatschap én die ook zeggenschap binnen de vakgroep/maatschap hebben. Maar er zijn ook Medisch Managers actief die beschikken over beperkt mandaat om voor de vakgroep/maatschap besluiten te nemen in het bestuur van de eenheid. Medisch specialisten zijn op de eerste plaats in het ziekenhuis gaan werken omdat ze hun vak heel leuk vinden en dus niet omdat ze manager willen worden (RA 13). Er zijn dan ook Medisch Managers die door de vakgroep/maatschap naar voren zijn geschoven omdat het hun beurt is om deze positie te bekleden. Hiermee wordt het Medisch Managerschap in sommige gevallen een soort van corveetaak (RA 3). Medisch Managers die naar voren worden geschoven omdat het hun beurt is, genieten niet altijd het mandaat van hun collega's in de vakgroep/maatschap. Het is dan ook niet altijd de Medisch Manager zelf die bepalend is voor de keuzes die worden gemaakt in het bestuur van de werkeenheden. De collega specialisten in de vakgroep/maatschap die de Medisch Manager vertegenwoordigt, hebben vaak ook veel te zeggen.

De Medisch Manager heeft niet altijd het mandaat van zijn vakgroep/maatschap. Het is voor de Medisch Manager een uitdaging om de vakgroep/maatschap collega's op één lijn te krijgen. Daarnaast staat de Medisch Manager voor de uitdaging om met één oog te kijken naar de belangen van de vakgroep/maatschap, maar met het andere oog ook naar de belangen van de eenheid die de belangen van de vakgroep/maatschap overstijgen. Er zijn binnen het ziekenhuis vakgroepen/maatschappen die meer gericht zijn op de belangen van de eigen vakgroep/maatschap dan die van de organisatie:

²⁰ *Gemandateerd in de functietitel van de Medisch Manager in dit ziekenhuis, namelijk Gemandateerd medisch specialist, verwijst naar het mandaat dat deze persoon zou moeten krijgen van vakgroep/maatschap leden om in hun naam besluiten te nemen voor vakgroep/maatschap.*

Uit gespreksverslag manager ontwikkeling: *“Maar kijk ze zijn specialist geworden omdat ze hun vak heel erg leuk vinden. Dus zoveel mogelijk speelgoed om hen heen is voor hen een belangrijke factor. Dus een belang kan zijn gewoon het organiseren van speelgoed. Maar is daar het organisatiebelang mee gediend? Nee, vaak niet. ... Ze gaan gewoon winkelen, van hoeveel vriendjes kan ik verzamelen. Zo werkt dat nou eenmaal.”* (RA 13)

Om de eigen belangen van de vakgroep/maatschap te verwezenlijken zoeken Medisch Managers soms steun bij andere bestuursleden.

Uit gespreksverslag Medisch Manager: *“Als ik al van tevoren zie aankomen dat het moeilijk wordt [in het bestuur van de werkeenheden] dan ga ik al op voorhand naar de andere bestuurder [namelijk het Afdelingshoofd] om die op mijn lijn te krijgen.”* (RA 23)

Maar Medisch Managers (of medisch specialisten) die een stempel drukken in de besturing van de werkeenheden, zijn niet altijd gericht op het verwezenlijken van hun eigen belangen. Geledingen kunnen hun eigen belangen ook *“laten gaan”* (RA 22). Dit betekent dat de uitkomst van een gesprek hen niets interesseert. Eén respondent gaf aan dat als het onderwerp niet zo relevant is (voor de vakgroep/maatschap) dat hij zijn medebestuurders de vrije hand gaf in de besluitvorming. *“Het gaat hierbij vooral om kleine dingen”* (RA 22).

4.4.3 Medici beperken manoeuvreerruimte Manager Bedrijfsvoering

In het bestuur van elke werkeenheden is een Manager Bedrijfsvoering werkzaam. In totaal zijn er drie Managers Bedrijfsvoering werkzaam in het ziekenhuis. Dit betekent dat iedere manager deel uit maakt van diverse besturen van verschillende werkeenheden²¹. De Manager Bedrijfsvoering is in de dagelijkse praktijk ondersteunend aan de Medisch Manager. Een respondent gaf aan dat Managers Bedrijfsvoering – niet alleen weinig bevoegdheden hebben ten opzichte van de Raad van Bestuur – maar ook ten opzichte van de medici in de werkeenheden(en) (RA 10).

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“Ja uiteindelijk heb ik [als Manager Bedrijfsvoering] geen bevoegdheden en dat weten [de Medisch Managers]. En ik kan het wel benoemen, maar ik kan er niks aan doen. ... Ja, hooguit voelen ze zich geattendeerd op. In het meest gunstige geval. Daar maak ik me geen illusies over dat je op basis van je argumentatie en je redelijkheid probeer je hen in de redelijkheid te krijgen en. Ja, ik ben niet pessimistisch. Ik vind dat het ook vaak wel werkt bij veel specialismen. Dat ze het heel serieus nemen. En zeggen van daar heb je ook wel gelijk in en daar moeten we naar kijken. De meesten doen dat wel. Het is een uitzondering waar je weinig grip op krijgt.”* (RA 10)

²¹ De formele positie van Managers Bedrijfsvoering is geïntroduceerd met de invoering van de nieuwe organisatiestructuur in 2000. Formeel gezien zijn de Managers Bedrijfsvoering volgens het organisatiemodel dat in 2000 is geïntroduceerd “lid ... van de besturen in hun werkveld, hebben zij de verantwoordelijkheid voor werkeenheden overstijgende onderwerpen en dragen zij zorg voor een goede afstemming tussen de werkeenheden en een goede communicatie tussen de Raad van Bestuur en de besturen van de werkeenheden” (Organisatieprincipes organisatiemodel, 2000, p. 19-20).

De verstandhouding tussen de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager en medisch specialisten in de vakgroep/maatschap zijn bepalend voor de rol die de Manager Bedrijfsvoering speelt in het bestuur van de werkeenheden. Hetzelfde geldt voor de credits die de Manager Bedrijfsvoering bij hen heeft opgebouwd.

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: "Nou ik denk, de manoeuvreerruimte wordt wel bepaald door de credits die je opgebouwd hebt. Dus als een vakgroep je vertrouwt, dan gaan ze heel erg op je oordeel af. Gebruiken ze die. Vragen ze ook om. En daardoor krijg je heel veel ruimte om dingen in te voeren. En als je dan zegt van jongens dit is echt nodig, dan geloven ze je ook. Dus dat is je manoeuvreerruimte. Als je ehm. Ik heb ook wel gezien dat mensen op deze plek zaten als Manager Bedrijfsvoering die veel meer hun persoon wilden laten gelden. Dan gingen gewoon alle deuren dicht. Daar hebben specialisten over het algemeen geen boodschap aan en [Afdelingshoofden] ook niet. En ehm dan krijg je ook geen ruimte meer om te onderhandelen. Dan loop je helemaal vast. Dus het is wel een beetje politiek wat je zit te bedrijven. Ja..., dat is in de politiek natuurlijk ook communiceren en overtuigen ehm overtuigen van je integriteit want anders ben je eigenlijk nergens." (RA 10)

Een goede verstandhouding met medisch specialisten, persoonlijke merites en het gebruiken van inhoudelijk sterke argumenten worden genoemd als belangrijke voorwaarden die nodig zijn voor een Manager Bedrijfsvoering om samen met de Medisch Manager (en collega's in de vakgroep/maatschap) in het bestuur van de werkeenheden tot besluiten te komen (RA 10). Maar volgens een respondent blijft er altijd een beetje wantrouwen van medici richting de Manager Bedrijfsvoering (RA 14). Omdat het referentiekader van specialisten buiten het ziekenhuis ligt en zij in de besluitvorming primair georiënteerd zijn op de mening van de beroepsgenoten, ligt er een uitdaging voor de Manager Bedrijfsvoering om ook ziekenhuisbrede belangen op de kaart te zetten.

Volgens een respondent hebben de specialisten hun referentiekader buiten het ziekenhuis en "zullen [ze] zich dus per definitie minder aantrekken van het ziekenhuis dan van wat hun beroepsgenoten zeggen" (RA 10). Echter omdat veel doktoren in loondienst zijn in dit ziekenhuis "weten [ze] dat ze afhankelijk zijn van de gezondheid van de organisatie, dat is de argumentatie op basis van waar je ze [als Manager Bedrijfsvoering] meekrijgt. Dus dat je een financieel gezond bedrijf wil hebben. Daar gaan ze ook wel voor, daar kan je ze wel in bewegen. En dat dingen prettig moeten samenwerken daar gaan ze ook voor." (RA 10)

4.4.4 "Loyaliteitsconflict"²² Manager Bedrijfsvoering

De Manager Bedrijfsvoering heeft niet alleen te maken met de Medisch Manager van een vakgroep/maatschap maar van diverse vakgroepen/maatschappen, de Afdelingshoofden in de besturen van de verschillende eenheden, de leden van het Management Team en de Raad van Bestuur (zie paragraaf 4.3). Dit betekent dat de Manager Bedrijfsvoering de verschillende belangen die deze partijen hebben, bij elkaar moet brengen. Zo wordt een Manager Bedrijfsvoering geacht te denken in termen van kwaliteit van zorg en financiële

²² Bron: Powerpoint extern adviesbureau (2011).

belangen van de vakgroep/maatschap, maar wordt ook gevraagd om beslissingen te nemen in het belang van het ziekenhuis. Hierdoor ontstaat er een *“belangenconflict”* (RA 23) ook wel *“loyaliteitsconflict”* (Powerpoint extern adviesbureau, 2011).

De Manager Bedrijfsvoering heeft vier verschillende rollen. Ten eerste, is de Manager Bedrijfsvoering lid van het bestuur van de werkeenheden. Binnen dit bestuur is hij samen met de Medisch Manager en het Afdelingshoofd verantwoordelijk voor het functioneren van de werkeenheden. Een Manager Bedrijfsvoering moet verantwoording afleggen over het functioneren van de verschillende werkeenheden samen met de andere twee bestuursleden bij de Raad van Bestuur (Rapport Organisatieprincipes voor samenwerken, 1997). In zijn rol als Manager Bedrijfsvoering wordt hij geconfronteerd met de autonome positie van de Medisch Manager zoals hierboven beschreven.

Ten tweede, is de Manager Bedrijfsvoering verantwoordelijk voor het functioneren van de werkeenheden en de Afdelingshoofden die daarbinnen actief zijn (RA 8). De managementtaken in de afzonderlijke afdelingen worden grotendeels opgevangen door de Afdelingshoofden in de werkeenheden (RA 12). De verhouding tussen de Manager Bedrijfsvoering en het Afdelingshoofd is hiërarchisch maar in het bestuur van de werkeenheden zijn zij gelijkwaardig. *“[Dat is een] rare situatie, dat botst”* (RA 23). De Manager Bedrijfsvoering is in het bestuur de collega van het Afdelingshoofd, maar daarbuiten valt het Afdelingshoofd hiërarchisch onder de Manager Bedrijfsvoering. *“Dit is soms lastig maar leidt in de huidige praktijk niet tot ernstige problemen”* (Topstructuur: Advies aan Raad van Toezicht, 2010).

Op de derde plaats is de Manager Bedrijfsvoering coördinator van werkzaamheden in de eenheden maar ook tussen verschillende eenheden. De Manager Bedrijfsvoering zit namelijk in het bestuur van meerdere werkeenheden. De gedachte achter deze constructie is dat het werkveld overstijgend werken en denken moet stimuleren. Een respondent (RA 10) merkt op dat het werken van een Manager Bedrijfsvoering binnen een werkeenheden al problematisch kan zijn, laat staan werkveld overstijgend werken binnen verschillende werkeenheden vanwege de diversiteit aan belangen.

En ten slotte, is de Manager Bedrijfsvoering ook lid van het Management Team (RA 8) (zie 4.3).

In de dagelijkse praktijk zijn de verschillende rollen lastig te combineren. Het is moeilijk om te onderhandelen met diverse partijen. Een Manager Bedrijfsvoering kan makkelijk worden weggestuurd door de vakgroep/maatschap als hij niet voldoet aan de verwachtingen van medisch specialisten in de vakgroep/maatschap. Veel Managers Bedrijfsvoering zijn de afgelopen jaren vervangen (RA 18). Recentelijk moest een Manager Bedrijfsvoering nog het veld ruimen om hij zijn *“ego”* liet domineren in de besturing van de eenheid in plaats van voorzichtig om te gaan met de precare spanningsbalans tussen de verschillende belangen en zich terughoudend op te stellen ten opzichte van de medisch specialisten (RA 10).

Uit gespreksverslag Afdelingshoofd: *“De [positie] van de Manager Bedrijfsvoering is wel eens lastig. Die is dubbel. [Een voorbeeld: zo zit één van de Managers Bedrijfsvoering in het werkeenheden bestuur van de IC], maar is natuurlijk ook [lid van het] Management Team en moet wel eens een keuze maken. [Deze Manager Bedrijfsvoering] heeft bijvoorbeeld ook deelgenomen in de keuze om de IC geen ICT uren te geven. Dat is voor [die Manager Bedrijfsvoering] ook niet makkelijk natuurlijk, want hij heeft verschillende belangen en verschillende petten. En dat krijgt ie direct om zijn oren van de medisch specialisten. Die vegan daar [gewoon] de vloer meer aan. En dat voedt ook altijd, zolang we deze constructie hebben, een jaar of 10 of zo, het blijft dat ze hem [als Manager Bedrijfsvoering] daar [bij de medisch specialisten] altijd een beetje wantrouwen.”* (RA 14)

Medisch specialisten gebruiken andere routes dan het bestuur van de eenheden om zaken te regelen (zie paragraaf 4.7). Medici passeren hun Manager Bedrijfsvoering om zaken te regelen. Medisch specialisten gaan bijvoorbeeld naar het Stafbestuur of zelfs rechtstreeks naar de Raad van Bestuur. In het licht van alternatieve routes die worden gebruikt door medici is het voor de Manager Bedrijfsvoering van belang om back-up te hebben van de Raad van Bestuur (RA 10).

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“Kijk voor mij [als Manager Bedrijfsvoering] is het natuurlijk heel belangrijk. Dat is voor iedereen. Welke baan je ook hebt, het is van cruciaal belang, van hoe is jouw leidinggevende, en wat is je manoeuvreerruimte, van heb je back-up zeg maar als je besluiten neemt. En dat is in deze rol heel sterk omdat wij natuurlijk een soort van aangeschoten wild kunnen worden als je allerlei impopulaire dingen doet en op het moment dat het niet goed valt dan staat de Raad van Bestuur niet achter je. Dat is in deze [positie] echt heel belangrijk. ... En dan bedoel ik, wij zijn degenen die het impopulaire werk moeten doen, maar dan moet er ook geen escape route zijn richting de Raad van Bestuur. En dat vind ik echt cruciaal in deze [positie]. Dat staat of valt met ehm hoe stevig blijft de Raad van Bestuur staan, voor de eigen besluiten die ze genomen hebben natuurlijk.”* (RA 10)

Zelf heeft de Manager Bedrijfsvoering ook de mogelijkheid om naar de Raad van Bestuur te gaan op het moment dat het besluitvormingsproces in de werkeenheden escaleert. Een respondent gaf aan dat het enige wat een Manager Bedrijfsvoering kan doen als de spanningen hoog oplopen, is dit doorseinen naar de Raad van Bestuur. Maar dit kan enkel door de Raad van Bestuur op een discrete manier te souffleren *“want anders dan is het net zo dat je een dergelijke vakgroep verraadt natuurlijk. Dat is dus best een precair spel”* (RA 10).

De verschillende rollen zijn in de dagelijkse praktijk moeilijk om te combineren. Maar het is juist door de centrale positie in het netwerk van geledingen dat de Manager Bedrijfsvoering informatie krijg vanuit diverse invalshoeken (RA 23). Dit maakt dat de positie van de Manager Bedrijfsvoering in de besturing van het ziekenhuis een *“spilfunctie”* is (RA 4).

4.4.5 (Her)inrichting besturingsstructuur oplossing ervaren “onduidelijkheid”²³

Respondenten zijn het erover eens dat de verschillende rollen van de leden van het bestuur van de werkeenheden, maar vooral van de Manager Bedrijfsvoering moeilijk te combineren zijn. Toch wordt de oorzaak van het complexe spel van rollen in het bestuur van de eenheid in het ziekenhuis ook gezocht in de onduidelijkheid van de positie van het bestuur van de eenheden. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de leden van het bestuur en vooral die van de Manager Bedrijfsvoering ten opzichte van de Medisch Manager, worden als niet duidelijk ervaren. De positie van de Manager Bedrijfsvoering zou niet worden ingevuld zoals dit oorspronkelijk de bedoeling was volgens de in 2001 geïntroduceerde decentrale besturingsstructuur. Zo wordt de vraag gesteld of het een “*verlengstuk van de Raad van Bestuur [is] of ... van de werkeenheden*” (RA 3). Een respondent sprak in deze context over een “*weeffout*” in deze positie (RA 23). De ervaren onduidelijkheid over de rol van de Manager Bedrijfsvoering zou ruis in de besluitvorming veroorzaken (RA 3). Het afwijken van de in 2001 geïntroduceerde besturingsstructuur in het management van de eenheden, wordt ervaren als problematisch voor de besluitvorming in het ziekenhuis (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). Dat bestuurders, managers, specialisten en verpleegkundigen het bestuur van de werkeenheden niet consequent benaderen als aanspreekpunt van de eenheid – zoals dat in de in 2001 ingevoerde decentrale structuur is vastgelegd – zorgt ervoor dat de ervaren onduidelijkheid van de rol van Manager Bedrijfsvoering in het ziekenhuis wordt vergroot.

Om de ervaren onduidelijkheden en weeffouten in de besturingsstructuur aan te pakken, gaat in het ziekenhuis de aandacht vooral uit naar het (her)inrichten van de besturingsstructuur, de posities binnen deze structuur en het optimaliseren van stuurinformatie (via de Planning en Control cyclus). Binnen het ziekenhuis wordt gesproken over het laten vervallen van de positie van Manager Bedrijfsvoering en over het idee om de Medisch Manager een meer prominente positie te geven in het aansturen van de eenheden. Het meer centraal stellen van de Medisch Manager in het bestuur van de eenheid, door deze de rol van voorzitter te geven, zou betekenen dat de Medisch Manager bij een gebrek aan consensus in het bestuur knopen kan doorhakken (Topstructuur: Advies aan Raad van Toezicht, 2010). Een verdere decentralisatie van verantwoordelijkheden in de eenheden en vooral in de richting van de Medisch Manager, werd geschetst door de interim-bestuurder, een extern bureau, de in 2011 vertrokken bestuurder en het zittende bestuur.

In huis bestaat het beeld dat het bestuur meer vrijheid en ruimte moet krijgen om de eenheid aan te sturen. Ook het Stafbestuur kan zich erin vinden dat er meer decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden moet plaats vinden: het bestuur van de eenheden moet meer mandaat krijgen (de vraag is wel of de rol van Medisch Manager in the lead niet wat overdreven is) (observatie vergadering Stafbestuur). Met behulp van drie (tijdens het onderzoek nog te bepalen) eenheden zullen drie pilots worden gedraaid met de Medisch Manager in de “*lead*” in het bestuur van de eenheid (RA 3). Er bestaan

²³ Bron: RA 7.

nog wel vragen over de precieze invulling en inrichting. Wat betekent dit bijvoorbeeld voor gesprekken tussen de Raad van Bestuur en eenheden? Wat betekent dit voor beoordelingsgesprekken? De vraag die ook gesteld wordt, is of een medicus die gelijkwaardig is aan zijn collega specialisten, een rol kan aannemen die boven vakgroep/maatschap staat?²⁴

Naast aandacht voor de besturingsstructuur, posities en de Planning en Control cyclus met het oog op het optimaliseren van de besturing in het ziekenhuis, worden in het ziekenhuis ook trainingen gegeven aan Managers Bedrijfsvoering en Afdelingshoofden om de managementkennis en -vaardigheden te vergroten (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010). Maar voor de Medisch Managers ontbreekt een “actief aanbod” aan opleidingen en trainingen (Topstructuur: advies aan Raad van Toezicht, 2010).

4.4.6 Verdeelde loyaliteit Afdelingshoofd

Het merendeel van de besturing in de afdelingen komt neer op de Afdelingshoofden, met andere woorden de leidinggevenden van de verpleegkundigen. In elk bestuur van de werkeenheden zit een Afdelingshoofd. Binnen het bestuur is het Afdelingshoofd formeel gelijkwaardig aan de andere twee bestuursleden en buiten het bestuur valt dit Afdelingshoofd hiërarchisch onder de Manager Bedrijfsvoering.²⁵ Het Afdelingshoofd heeft in het bestuur de neiging om op te trekken met de medisch specialist in het bestuur (namelijk de Medisch Manager).

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: “Het [Afdelings]hoofd kiest zijde van specialist, in veel gevallen. Ja, dat is een counterpart. De verhoudingen tussen specialisten en verpleging is vaak nog heel erg klassiek hoor. De verpleging volgend. Vind ik wel, uitzonderingen daargelaten natuurlijk, maar over de brede linie is het vrij klassiek.” (RA 8)

Maar het Afdelingshoofd volgt juist ook de Manager Bedrijfsvoering in de besluitvorming in het bestuur van de eenheid. Het Afdelingshoofd volgt de lijn van de Manager Bedrijfsvoering door te zeggen dat het Afdelingshoofd uiteindelijk toch “geen mandaat” (RA 20) of “geen stem” heeft in het geval van botsende beelden tussen het Afdelingshoofd en de Medisch Manager. Daarbij hebben de taken van het Afdelingshoofd veel overlap met de aandachtsgebieden van de Manager Bedrijfsvoering (RA 4).

Uit gespreksverslag manager bouw en voormalig secretaris Raad van Bestuur: “Het kan ook zijn dat verpleegkundigen hun weg in de organisatie in ieder geval wat makkelijker vinden, ook omdat misschien de Manager Bedrijfsvoering meer aansluit bij [Afdelings]hoofden. Dus daar

²⁴ Mocht er een organisatiestructuur worden ingevoerd, dan wordt er gekozen voor een evolutionaire invoering. Dit in tegenstelling tot de voorgestelde revolutie van de voorgaande bestuurder. Doordat de toenmalige voorzitter van de Raad van Bestuur naar buiten kwam met een door hem bedachte organisatiestructuur kreeg hij hiervoor geen draagvlak.

²⁵ In vergelijking met de Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager opereert het Afdelingshoofd meer op de achtergrond. De Afdelingshoofden opereren binnen de (met de Manager Bedrijfsvoering) afgesproken kaders in het ziekenhuis (RA 12). Ze geven bovendien informatie door aan de werkvloer. Maar niet alle informatie komt altijd door. Een respondent gaf bijvoorbeeld aan dat indien hij zelf niet betrokken zou zijn bij diverse commissies en projectgroepen, hij ook geen overzicht zou hebben over datgene wat er in het ziekenhuis speelt (RA 14). Deze groep sluit zich zichzelf buiten als het gaat om informatievoorziening.

al een belangrijke belangenbehartigingslijn zit. ... De Verpleegkundige Adviesraad wordt ook geleid door [Afdelings]hoofden, dus als ze thema's hebben dan gaan ze dat toch het eerste bespreken in een [Afdelings]hoofden overleg, en met de Managers Bedrijfsvoering. ... En als je ook kijkt naar de huidige bestuurders, hun informatie daarover zullen ze toch heel gemakkelijk via de Managers Bedrijfsvoering krijgen en ze hebben ook een apart overleg, tenminste als dat nog steeds zo is, met die Managers Bedrijfsvoering, dus dan wordt toch veel meer die verpleegkundige kant vereenzelvigd met wat de wat meer bedrijfsmatige kant." (RA 4)

4.5 WERKGROEPEN EN COMMISSIES IN BESTURING

In het ziekenhuis wordt gewerkt met werkgroepen en commissies²⁶ om de samenwerking tussen geledingen te faciliteren. Uit een onderzoek naar de organisatiestructuur in 2006 bleek dat de organisatiestructuur van diverse werkeenheden te weinig werkgroep overstijgende samenwerking faciliteert en het werken met werkgroepen en commissies hiervoor uitkomst zouden moeten bieden.

Uit document: "De werkgroep overstijgende samenwerking komt tot stand via commissies en werkgroepen, gebruikersgroepen, de Managers Bedrijfsvoering en multidisciplinaire poliklinieken" (Rapport evaluatie organisatiestructuur, 2006, p.3).

De commissies en werkgroepen, waarin "[*verschillende*] partijen vertegenwoordigd zijn" (RA 4), worden in het ziekenhuis ingezet om eenheid overstijgende samenwerking te faciliteren en wordt ingezet om bepaalde (strategische) thema's te verkennen en veranderingen door te voeren.

Werkgroepen in bezuinigingsoperatie

Een voorbeeld van een besluitvormingsproces waarin recentelijk gebruik is gemaakt van werkgroepen is het bezuinigingsproces. Dit proces wordt hieronder beschreven.

Uit gespreksverslag bestuurder: "De besparingsoperatie, maar dat is ook weer [iets] groots en zeer gevoelig, waarbij de dagelijkse routine, hoe je dingen normaal doet, misschien zo nu en dan opzij geschoven gaat worden, omdat het van belang [is]. Wij vinden dat wat van de regels overruled moeten worden en dat maakt het meteen ook kwetsbaar." (RA 3)

De bezuinigingsoperatie is opgebouwd uit verschillende fasen (observatie overleg bezuinigingsoperatie). Eerst worden er projecten gedefinieerd en vervolgens worden deze uitgevoerd. Bij aanvang van de bezuinigingsoperatie is er een 'Taskforce' in het leven geroepen om projecten aan te wijzen die kunnen leiden tot kostenbesparingen en om de doelmatigheid te vergroten. Daarna zijn er projectgroepen aangesteld om invulling te geven aan de projecten. De projectgroepen zijn samengesteld om dieper in te gaan op

²⁶ Denk hierbij aan de Patiëntenklachtencommissie, Centrale Veilig Incident Melden-commissie (centrale VIM-commissie), Ethische Commissie en Centrale OpleidingsCommissie (Jaarverslag, 2011).

de haalbaarheid van bepaalde bezuinigingsmogelijkheden. De projectgroepen die in het leven geroepen zijn in het herfinancieringsproces, worden geleid door zowel een manager (en/of Afdelingshoofd) als een medisch specialist. Bij de formatie van deze projectgroepen zijn er voor het eerst duale projectgroepen geïntroduceerd waarbij managers (namelijk Manager Bedrijfsvoering) gekoppeld worden aan specialisten. De medicus wordt hierbij veelal ondersteund door de manager (RA 10). De projectleiders hebben (net zoals de Raad van Bestuur en programmamanager) aangeven wie ervoor gevraagd zou moeten worden. Op het moment dat er te veel specialisten vanuit één discipline vertegenwoordigd waren, werd de Raad van Bestuur hierop aangesproken (door de programmamanager van de bezuinigingsoperatie tijdens overleg Management Team). Een lid van de Raad van Bestuur vroeg daarna suggesties aan het Stafbestuur voor potentiële kandidaten voor projectgroepen. Specialisten werden nauw betrokken in het bezuinigingsproces omdat het een onderwerp is dat de ‘specialisten raakt’ maar ook omdat zij ‘veel impact’ hebben in de organisatie. De mensen die zijn benaderd voor het deelnemen aan projectgroep hebben volgens respondenten inhoudelijk affiniteit met het onderwerp, kennis van zaken en ‘positie’ in de staf (RA 8).

Uit gespreksverslag programmamanager en voormalig Manager Bedrijfsvoering: *“En de mensen die we gevraagd hebben, die hebben inhoudelijk affiniteit, of weten ervan, maar hebben ook positie in de staf. En als je die dubbel hebt dat is een mogelijke succesfactor natuurlijk.”* (RA 8)

Andere redenen waarom mensen zijn benaderd voor de projectgroepen zijn het enthousiasme, de al eerder bewezen diensten, de intelligentie, een kritische houding en de formele positie in de organisatie (RA 5; RA 8; RA 9; RA 13).

De samenstelling van de projectgroepen kent diverse doelen: het verkrijgen van goede ideeën, het inwinnen van informatie, maar ook het verkrijgen van draagvlak. Tijdens een zeepkistbijeenkomst waarbij een lid van de Raad van Bestuur en medisch specialisten aanwezig waren, was te zien hoe men medici wilde enthousiasmeren voor bezuinigingen door medici die in projectgroepen zaten, te laten presenteren.

Observatie zeepkistbijeenkomst²⁷ bezuinigingsproces (aftrap tijdens overleg medisch staf): Een lid van de Raad van Bestuur deed de aftrap en verwees hierbij naar een positieve sessie die hij eerder had bijgewoond deze week waar medewerkers aanwezig waren. Na de aftrap gaf de bestuurder het woord aan projectleiders van verschillende projecten. De presentatie werd verzorgd door medici die in de projecten waren betrokken. Het waren jonge medici die vol enthousiasme spraken over de aanpak en ook de resultaten die ze bereikt hadden met hun projecten. De aanwezige medici reageerden hier verschillend op: sommigen positief en sommigen kritisch.

²⁷ In het ziekenhuis werden niet alleen zeepkist bijeenkomsten voor medici, maar ook voor medewerkers in de organisatie georganiseerd. De Raad van Bestuur heeft nagedacht wie, wanneer, waarover wel en niet te informeren betreffende het bezuinigingsproces.

Een respondent heeft het over het aantrekken van potentiële ambassadeurs voor werkgroepen (niet zozeer inzake bezuinigingsproces maar in algemene zin).

Uit gespreksverslag bestuurder: *“Dus eigenlijk is het feit dat wij in 2011 te horen kregen dat we dringend moesten bezuinigen... Dat getal heb ik gebruikt, samen met de inspanning nieuwbouw, waar mensen ook wel van zien dat dat serieus is, dan kom ik opeens met een groot bedrag en noodzaak tot ombuiging. En dan zoek je ook wat medestanders in het proces, dus zo'n Taskforce proces, ja daar hebben we een aantal mensen uit de medische staf ook bij betrokken die, ja die worden dan ook je ambassadeurs naar het... die rol waar je toch het meeste mee van doen hebt, namelijk de leden van de medische staf. En dan heb je, je weet altijd dat er wat mensen zijn die recalcitrant zijn en dat er mensen zijn die als ze overtuigd zijn dat ze ook echt bereid zijn om hun nek uit te steken en mee te gaan doen. Als je ervoor zorgt dat je een aantal mensen in de organisatie zover krijgt dat ze zich committeren en gebruik je daar de officiële bestuursstructuur voor, maar in beperkte mate. In die Taskforce daar zaten wel mensen die ook in het Stafbestuur zaten en in de ondernemingsraad. Dus op die manier waren ze betrokken, maar ze zaten op persoonlijke titel. Want in zo'n Taskforce ga je ook dingen voorstellen waarvan je weet dat dat weerstand gaat oproepen. Dus je kan niet op die manier bij voorbaat al een besluitvormingsorgaan aan je binden. Dus dat gaat vrij subtiel.”* (RA 3)

Niet alleen mensen die enthousiast zijn, maar juist ook mensen die negatief zijn, worden soms bewust betrokken in werkgroepen.

Uit gespreksverslag bestuurder: *“Ja. Ja. Ja, dat doe ik niet bij. Niet altijd. Maar in zo'n geval, van dit voorbeeld, dan denk ik van de man is niet dom, hij is super betrokken, maar zit altijd te ageren. Wat hij nou vooral in negatieve energie steekt, als er een punt komt dat hij dat constructief gaat gebruiken dan is zo iemand goud waard en dan kan hij heel veel voor de organisatie opleveren. ... Ja, en dat werkt niet altijd. Het kan best zijn dat hij vooral een stoorzender blijft. Maar dat risico dat nemen we.”* (RA 3)

Binnen het bezuinigingsproces worden er kritische vragen gesteld bij de keuze voor projectgroepen in het bezuinigingsproces. De projectgroepen zouden mogelijk een “dek-mantel” zijn voor de selectie van bepaalde bezuinigingsprojecten (RA 17). Zo heeft het Stafbestuur bij aanvang van bezuinigingsproces een brief gestuurd naar Raad van Bestuur dat zij gekend wilde worden in dit proces. Het betreft namelijk een onderwerp dat de medische staf aangaat. Maar gedurende het proces is het voor Stafbestuur onduidelijk hoe tot bepaalde besluiten gekomen is.

Uit gespreksverslag beleidsmedewerker Stafbestuur blijkt dat het Stafbestuur ook kritisch tegenover de werkgroepen staat: *“Naja er zijn werkgroepen geweest. Vijf werkgroepen van de Taskforce gekeken van welke winst is er nog te behalen. Soms wordt wel door de staf gevoeld van hoe is het nou, hoe is nou precies die beslissing genomen van alles wat daar genoemd is en alle projecten die daar uiteindelijk liggen. Waren die niet al veel eerder bekend. Of waren die een soort dekmantel om uit te komen op deze punten. Hoe is die besluitvorming gegaan.”* (RA 17)

Zelf geeft één van de bestuurders aan dat deze werkgroepen vanuit een bepaald perspectief kunnen worden ingezet om het spel mee te spelen.

Uit gespreksverslag bestuurder: “Maar dat is.. zo’n Taskforce, die had geen formele besluitvormingskracht. De Raad van Bestuur heeft op basis van 50 voorstellen en bezuinigingsvoorstellen uit die Taskforce, heeft die er 20 uitgekozen, en gezegd van daar gaan we concreet wat mee doen. En dat is de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur en als mensen het er niet mee eens zijn dan moet je je bij die Raad van Bestuur en niet bij die Taskforce melden, want het is onze schuld. En als mensen dan bij ons komen dan ga ik natuurlijk wel het spelletje spelen van nou ja we hebben hier een aantal belangrijke mensen uit de organisatie hier in het voorproces bij betrokken en het is het beste wat we konden bedenken, dus je kan wel tegen zijn, maar je moet van goede huize komen om dan door te kunnen duwen en wat is je alternatief?” (RA 3)

Het is uiteindelijk de Raad van Bestuur die de verantwoordelijkheid heeft om beslissingen te nemen, zelfs als erover gesputter wordt (RA 3). Door een respondent werd opgemerkt dat de projecten van het bezuinigingsproces haaks staan op datgene wat mensen in eigen “toko” willen regelen (RA 18).

Uit gespreksverslag medicus: “Want het wordt over je uitgestort en je moet er aan voldoen. En nu dat steeds meer gebeurt en er ook openlijk wordt gezegd daar heb je [als medicus of als werknemer in werkeenhed] even niets mee te maken want dit komt van de directie en dat gaan we dus doen. Dan zeg ik waarom bestuur ik [als medicus in eenheid] nog?” (RA 18)

4.6 INTERACTIE STAFBESTUUR EN RAAD VAN BESTUUR

4.6.1 Discussie “nevenschikking”²⁸ Stafbestuur

De onderlinge verhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur is een onderwerp dat mensen, vooral het Stafbestuur en de medische staf, in het ziekenhuis bezighoudt. Dat de onderlinge relatie onderwerp van gesprek is, bleek eerder uit de discussie over de onderlinge relatie tussen beide geledingen bij het uitwerken en vaststellen van het Medisch beleidsplan in 2006. Op het moment dat deze relatie op papier werd uitgewerkt, waren er diverse opvattingen over de positie van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur in het ziekenhuis. Het Stafbestuur vond dat zij een ‘grote’ rol diende te spelen in het ziekenhuis ten opzichte van de Raad van Bestuur. Zij zou “*nevengeschikt*” moeten zijn aan de Raad van Bestuur (Medisch Beleidsplan 2006-2010). Dit betekent dat zij door de Raad van Bestuur gekend moet worden in de ziekenhuisbrede besluitvorming en medebepalend is voor besluiten die in het ziekenhuis worden genomen. Maar volgens de toenmalige Raad van Bestuur was slechts een ‘kleine’ rol weggelegd voor het Stafbestuur. De Raad van Bestuur draagt de eindverantwoordelijkheid voor het functioneren van het ziekenhuis en het Stafbestuur zou een adviserende rol dienen te spelen ten opzichte van

²⁸ Bron: Medisch Beleidsplan (2006-2010).

die Raad van Bestuur. Deze adviserende rol zou daarmee lijken op de rol van de medezeggenschapsorganen zoals de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad die wettelijk gezien een adviesrecht hebben in het ziekenhuis.

Na discussie werd bij de uiteindelijke vaststelling van het Medisch beleidsplan formeel gekozen voor een “*nevengeschikte*” rol van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur.

Uit Medisch Beleidsplan (2006-2010): *“In het ziekenhuis functioneert het Stafbestuur nevengeschikt aan de Raad van Bestuur. Onder nevengeschikt verstaan wij dat de medische staf bij beleidsvoorbereiding en strategische beslissingen een essentiële en medebepalende rol vervult. Dit is gebruikelijk in een Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf, en dit willen we ook vooral zo houden. Strategische beslissingen nemen we gezamenlijk, en zoals statutair bepaald draagt de Raad van Bestuur de eindverantwoordelijkheid.”* (Medisch beleidsplan 2006-2010)

Niet alleen in het Medisch Beleidsplan, maar ook in andere documenten wordt verwezen naar deze nevengeschikte positie van het Stafbestuur en de relatie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. Zo is de nevengeschikte positie van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur ook vastgelegd in het huishoudelijk reglement, diverse jaarverslagen en in een document (2000) waarin de positie van de medische staf in verschillende onderdelen van de organisatie is opgenomen. Formeel is de relatie tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur geregeld in het Document Medisch Staf. Daar waar een nevengeschikte rol van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur formeel is vastgezet in diverse documenten, laat de besturingspraktijk een andere rol zien (zie volgende paragraaf).

4.6.2 Stafbestuur adviseur Raad van Bestuur

Volgens de formele afspraken neemt het Stafbestuur een “*nevengeschikte*” positie in ten opzichte van de Raad van Bestuur. In de besturingspraktijk van het ziekenhuis is de rol van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur niet zo eenduidig. De leden van het Stafbestuur zijn van mening dat vanuit juridisch oogpunt gezien, het de taak is van het Stafbestuur om advies uit te brengen aan de Raad van Bestuur (RA 2). Tegelijkertijd is het Stafbestuur van mening dat zij als vertegenwoordiger van de medische staf gekend moet worden door de Raad van Bestuur inzake besluitvorming over ziekenhuisbrede besluitvorming. Dit verwijst niet zozeer naar een adviserende rol maar naar een nevenschikte rol van het Stafbestuur.

Wanneer er wordt gekeken naar de besturingspraktijk valt op dat het Stafbestuur niet altijd gekend wordt in besluitvorming door de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur heeft de neiging om zelf besluiten te nemen en ervoor te kiezen om het Stafbestuur hierin niet te betrekken. Het Stafbestuur wordt niet altijd meegenomen in besluitvorming en niet altijd helder geïnformeerd over besluitvorming. Zelfs niet als het Stafbestuur zelf expliciet vraagt om betrokken te worden en onderwerpen te bespreken met de Raad van Bestuur. Het Stafbestuur vindt niet altijd steun bij de Raad van Bestuur voor een

meer beleidsbepalende rol van het Stafbestuur in besluitvorming. Op het moment dat het Stafbestuur tijdens het onderzoek niet werd meegenomen in besluitvorming door de Raad van Bestuur, zoals werd verwacht door het Stafbestuur (RA 17), laaide de discussie over de verhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur weer op (observatie overleg Stafbestuur en Stafbestuur met Raad van Bestuur). Hieronder een paar voorbeelden waaruit blijkt dat de Raad van Bestuur zonder betrokkenheid van het Stafbestuur besluiten neemt.

Uit observatie en gespreksverslag beleidsmedewerker Stafbestuur: Om een goed beeld te krijgen van de koers die het ziekenhuis zou moeten varen en welke keuzes te maken met betrekking tot de besturingsstructuur, is een extern bureau ingeschakeld. Op basis van een onderzoek in het ziekenhuis heeft dit bureau een onderzoekrapport geschreven. In de aanloop naar de presentatie heeft het Stafbestuur dit rapport opgevraagd. Tijdens deze presentatie werden door leden van het Stafbestuur vragen gesteld over de inhoud van deze presentatie en het rapport. De Raad van Bestuur reageerde hierop door te zeggen dat Stafbestuur eerder naar het rapport had moeten vragen. Voor het Stafbestuur voelde het alsof het rapport als voldongen feit werd gepresenteerd. De leden van het Stafbestuur voelden zich niet gekend. Volgens één van de respondenten liep daarmee de verstandhouding tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur een deuk op (RA 17).

Uit observatie: Een ander voorbeeld waarin de verstandhouding tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur ook in beeld kwam, was het bezuinigingsproces in het ziekenhuis. Om bezuinigingen in de organisatie te realiseren en het ziekenhuis meer efficiënt te organiseren, zijn een Taskforce en later projectgroepen in het leven geroepen. Bij aanvang van het proces stuurde het Stafbestuur een brief naar de Raad van Bestuur om aan te geven dat zij gekend wilde worden in dit proces. Maar voor het Stafbestuur bleef het gedurende het proces onduidelijk hoe en door wie keuzes werden gemaakt voor projecten die moeten leiden tot bezuinigingen. Tot op bepaalde hoogte kon het Stafbestuur uiteindelijk zelf de beslissingen wel achterhalen (RA 17). De uitleg die ze kregen van de Raad van Bestuur op de vraag waarom welke keuzes gemaakt waren, bleef echter summier.

Het Stafbestuur laat door hun adviserende houding volgens respondenten soms zelf ruimte liggen om een meer nevenschiktelijke rol op te pakken (RA 17; RA 18). De ruimte die het huidige Stafbestuur open laat (in vergelijking met voorgaande Stafbesturen), wordt ingevuld door anderen in de organisatie, waaronder de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur neemt de vrijgevallen ruimte in (RA 17). Het Stafbestuur heeft meer een adviserende dan een gelijkwaardige rol ten opzichte van de Raad van Bestuur. Het Stafbestuur beweegt meer in de richting van een “*adviescollege*” dan een bestuur met “*eindverantwoordelijkheid*” (RA 18)

De adviserende rol van het Stafbestuur richting de Raad van Bestuur wordt zichtbaar in de voorbesprekingen van het Stafbestuur en wijze waarop de leden van het Stafbestuur in gesprek gaan met Raad van Bestuur.

Uit observatie: Tijdens vooroverleg van het Stafbestuur wordt door leden van het Stafbestuur besproken welke vragen zij zullen stellen aan de Raad van Bestuur over een bepaald agendapunt én op welke manier. Verschillende leden van het Stafbestuur hadden kritische opmerkingen en ook vragen over het desbetreffende onderwerp. Na de voorbespreking van het onderwerp vatte de voorzitter van het Stafbestuur samen welke vragen er op tafel lagen en werd besloten wie deze vragen zou gaan stellen in het overleg met de Raad van Bestuur. Even later, op het moment dat het Stafbestuur en de Raad van Bestuur met elkaar om tafel zaten, stelde de daartoe aangewezen persoon de voorbereide vraag. De formulering en de toon van de vraag week af van de vraag die was voorbereid tijdens de voorbespreking. De formulering was minder scherp. De krachtige en kritische toon die het Stafbestuur had voorbereid, maakte plaats voor een meer voorzichtige houding.

Dat het Stafbestuur niet altijd door de Raad van Bestuur wordt meegenomen in besluitvorming en niet goed wordt geïnformeerd hierover, betekent overigens niet dat het Stafbestuur niet betrokken is bij de besturing van het ziekenhuis. Structureel heeft het Stafbestuur elke twee weken overleg met de Raad van Bestuur. Daarnaast heeft de voorzitter van het Stafbestuur elke twee weken structureel overleg met een lid van de Raad van Bestuur. Het Stafbestuur en de Raad van Bestuur vergaderen gescheiden vooraf aan de vergadering Raad van Bestuur-Stafbestuur. De gedeelde verantwoordelijkheid die de Raad van Bestuur en het Stafbestuur dragen voor het (zorg-)beleid krijgt gestalte in de Kaderbrief.²⁹ De Raad van Bestuur en het Stafbestuur tekenen de Kaderbrief van het ziekenhuis die elk jaar verschijnt als resultaat van de jaarlijkse beleidscyclus. Deze Kaderbrief geeft aan de ene kant zekerheid voor het Stafbestuur maar aan de andere kant is het voor de Raad van Bestuur ook een middel om aan te geven dat het Stafbestuur getekend heeft (RA 3). Deze handtekening vormt daarmee een bron van legitimiteit van de Raad van Bestuur ten opzichte van de medische staf om de uitgezette lijn in de Kaderbrief te volgen.

4.6.3 Stafbestuur in ontwikkeling

In de samenwerking tussen de Raad van Bestuur is het nieuwe Stafbestuur nog zoekende naar een passende rol. Bij aanvang van het onderzoek was het Stafbestuur een half jaar bezig in een nieuwe samenstelling. In totaal bestaat het Stafbestuur uit vijf leden, waaronder een voorzitter, vicevoorzitter, penningmeester en een lid. Een nieuwe voorzitter werd aangesteld en daarnaast hebben twee nieuwe leden zitting genomen in het Stafbestuur. Elk lid heeft een eigen aandachtsgebied. Dit blijkt onder meer uit de vergaderingen waar de verschillende leden bepaalde stukken op hun aandachtsgebied hebben voorbereid. Door de gewijzigde samenstelling van het Stafbestuur (en de Raad van Bestuur), moesten de leden van het Stafbestuur nog groeien in hun rol als Stafbestuurder en wennen aan elkaar (RA 17).

²⁹ In document "Positie van de Medische Staf op operationeel, tactisch en strategisch niveau en informatievoorziening" wordt gesteld dat de Raad van Bestuur als enige aansprakelijk is, maar dat het Stafbestuur medeverantwoordelijk is voor het (zorg-)beleid. Deze verantwoordelijkheid moet tot uiting komen in de Kaderbrief en de gemeenschappelijke keuze in de begrotingscyclus. In het kader van de bezuinigingen is het vooral de Raad van Bestuur die bepalend is welke beslissingen er financieel gezien gemaakt worden in het ziekenhuis.

Om te komen tot een passende rol in de besturing van het ziekenhuis schakelt het Stafbestuur zelf hulpverleners in door informeel advies in te winnen binnen het ziekenhuis en bij een extern adviesbureau. Daarnaast krijgt het Stafbestuur hierover ongevraagd advies van leden uit de medische staf. Ook de beleidsmedewerkers bij het bureau medische staf, ondersteunen de leden van het Stafbestuur bij het vinden van een passende rol. Zo proberen zij het Stafbestuur *“kennis te laten maken met de afspraken die er [al] zijn [gemaakt]”* (RA 17). Het bureau medische staf maakt het Stafbestuur erop attent welke besluiten in het verleden door het Stafbestuur zijn gemaakt en hoe die tot stand zijn gekomen.

Uit gespreksverslag beleidsmedewerker Stafbestuur: *“Dan weet je [als beleidsmedewerker medische staf] hoe de discussie in het verleden ging over een bepaald onderwerp en dan kun je zeggen, vorig Stafbestuur, die heeft dit standpunt toen ingenomen. Wat helemaal niet wil zeggen dat jullie dat ook moeten nemen, maar dan weet je hoe het er toen voor stond. Dat je ze op die manier helpt.”* (RA 17)

De leden van het Stafbestuur geven in het onderzoek aan dat ze bezig zijn met hun eigen ontwikkeling. Zij hebben daartoe een coach ingeschakeld. Ze zoeken naar een juiste balans tussen de vertegenwoordiging van de medische staf en de advisering aan de Raad van Bestuur. Daarnaast moeten ze ook rekening houden met de diversiteit aan vakgroepen/maatschappen in de medische staf én die vakgroepen/maatschappen waar zij zelf onderdeel van zijn. Bovendien is het Stafbestuur werkzaam in een ziekenhuis waar veel artsen in loondienst zijn. Deze loondienstconstructie maakt dat het Stafbestuur van mening is dat de ruimte die ze kan innemen in besturing van het ziekenhuis klein is.

Uit gespreksverslag specialist en voormalig voorzitter Raad van Bestuur: *“Ik vind nog steeds dat er een spagaat is, dat daar waar de staf nu functioneert, dat die formeel heel weinig in handen heeft. Dus ze kunnen wel boos worden op de Raad van Bestuur als ze zeggen van dikke neus. De spagaat is natuurlijk groter geworden door het feit dat je Stafbestuurder bent, stafvoorzitter en ook nog eens in dienstverband werkt. Dus je hebt ook nog eens een formele arbeidsverhouding.”* (RA 18)

Uit gespreksverslag beleidsmedewerker medisch Stafbestuur: *“Ja, ik denk je als Stafbestuur ... dat je ook goed je positie moet bewaken, want je wordt natuurlijk ook door individuele stafleden benaderd voor individuele problemen. Dat je wel goed voor ogen houdt dat je er voor de hele staf bent en niet voor het probleem van één vakgroep op te lossen ten koste van andere vakgroepen.”* (RA 17)

Het denken van het Stafbestuur over de eigen rol in het ziekenhuis is in ontwikkeling. Dit wordt zichtbaar in de jaarverslagen van het ziekenhuis. Waar eerst de rol van het Stafbestuur wordt omschreven als ‘adviserend’ bij beleidsontwikkelingen en strategische beslissingen (Jaarverslag, 2010) wordt de rol in het jaarverslag van het jaar erop beschreven als ‘gesprekspartner’ van de Raad van Bestuur. Een gesprekspartner die gevraagd en ongevraagd advies geeft en een belangrijke rol vervult bij beleidsontwikkeling en strategische beslissingen (Jaarverslag, 2011).

4.7 ROUTES MEDISCHE STAF

4.7.1 Invloed via overleggen en partijen medische staf

Medisch specialisten hebben toegang tot verschillende overleggen van diverse partijen in de medische staf om elkaar te ontmoeten en om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in het ziekenhuis. Ten eerste maakt een medisch specialist in eerste instantie deel uit van vakgroep of maatschap³⁰. Deze vakgroep of maatschap heeft een voorzitter die gelijkwaardig is aan de collega specialisten; hij is primus inter pares. Binnen deze vakgroep/maatschap heeft de individuele specialist en het collectief aan specialisten de ruimte om invloed uit te oefenen op de besluitvorming. Ten tweede worden de belangen van de vakgroep/maatschap vertegenwoordigd door een Medisch Manager in het bestuur van de eenheid (zie paragraaf 4.4). Ten derde maakt een medisch specialist deel uit van de Vereniging Medische Staf en heeft vanuit deze positie invloed op de besluitvorming van het ziekenhuis in de Algemene Leden Vergadering. De leden van de vereniging komen samen tijdens plenaire stafvergaderingen (Algemene Leden Vergadering). Ten vierde komen tijdens het overleg van de disciplinestaf (ook wel kernstaf genoemd) vertegenwoordigers van de vakgroepen/maatschappen, namelijk de Medisch Managers of voorzitters van de vakgroepen/maatschappen, samen. De Algemene Leden Vergadering en de vergadering van de disciplinestaf hebben officieel een besluitvormend karakter. Besluiten worden genomen bij een meerderheid van stemmen. Ten slotte is ook een Stafbestuur actief in de besturing van het ziekenhuis (zie voorgaande paragraaf). Het Stafbestuur is benoemd (ook wel gemandateerd) door leden van de Vereniging Medische Staf om de belangen van de medische staf ziekenhuisbreed te vertegenwoordigen.

Uit gespreksverslag lid Raad van Bestuur: “De specialisten die hebben nog eens een eigen bestuursstructuur. Een medische staf, een Vereniging Medische Staf met Stafbestuur. En eens in de maand een vergadering van de staf, maar dat zijn verschillende varianten. Je hebt eens in de drie maanden meen ik een plenaire stafvergadering, daar kan iedereen die lid is van de medische staf komen. En de andere maanden heb je een zogenaamde disciplinestaf vergadering. En met die vergadering komen de Medisch Managers of de vakgroep voorzitters. Dus dat is een kleiner gezelschap dat namens hun werkeenheden mogen spreken.” (RA 3)

Het recent gestarte Stafbestuur is nog zoekende naar de eigen rol (zie paragraaf 4.6.3). De rol die het Stafbestuur speelt in het bestuur van het ziekenhuis, botst vooralsnog met de verwachtingen van leden van de medische staf. Waar het Stafbestuur in de interactie met de Raad van Bestuur een min of meer adviserende rol speelt wordt vanuit de medische staf verwacht dat het Stafbestuur ook de rol van beleidsbepaler op zich neemt. Het Stafbestuur is volgens medici onvoldoende in staat de belangen van de – verdeelde – medische staf centraal te stellen waardoor de verschillende deelbelangen in de medische staf (en in het Stafbestuur) de overhand hebben (RA 18). De besluitvorming binnen de medische staf zou hierdoor versnipperd raken.

³⁰ Dit is afhankelijk van of de medisch specialist in loondienst of vrijevestigd is.

Uit gespreksverslag medisch specialist: *“Ik vind dat [het Stafbestuur] heel veel tijd nodig [heeft] om de deelbelangen die er zijn, die dubbele agenda’s, om daarover te bekechten. Bekvechten is dat ze energie verliezen omdat ze elkaar niet vertrouwen, omdat dat geen eerlijke voorstelling van gang van zaken is. Binnen het [Staf]bestuur. Dat is mijn persoonlijke mening. Is dat de leiding niet sterk genoeg is om dit duidelijk te krijgen. Van nu is het afgelopen, nu houden we op over deelbelangen, en nu hebben we over het ziekenhuis. ... Ja, dan krijg je zo’n Poolse landdag [binnen medische staf]. Een pandemonium van deelbelangen van discussies, die leiden tot besluiten die rammelen. En die vandaag zo geformuleerd worden en volgende week weer worden teruggedraaid.”* (RA 18)

Uit gespreksverslag specialist en voormalig voorzitter Stafbestuur: *“Kijk een sterke staf die maakt het ziekenhuis, die brengt het ziekenhuis ook tot grote hoogte. Maar een verdeelde staf daar heeft de directie niets aan die voert dan zijn eigen rol uit, maar die bereikt uiteindelijk ook niet veel. Dus je hebt er alleen maar iets aan als je beiden sterk bent.”* (RA 18)

Omdat de rol die het Stafbestuur speelt in de besturing van het ziekenhuis bots met de verwachtingen hierover binnen de medische staf, nemen leden van de medische staf zelf het heft in handen. Leden van de medische staf springen in het ‘gat’ dat het Stafbestuur openlaat.

In het kader van het bezuinigingstraject in het ziekenhuis is een benchmark onderzoek verricht. Binnen de medische staf was er onduidelijkheid over de betekenis van dit benchmark onderzoek en in hoeverre de data wel bruikbaar waren om beslissingen te nemen over het bezuinigingstraject. Omdat het Stafbestuur te weinig positie innam ten opzichte van de Raad van Bestuur inzake dit benchmark onderzoek, stuurde de voormalig stafvoorzitter en Medisch Manager een brief naar de Raad van Bestuur met vragen en klachten. *“[Dit Stafbestuur moet eigenlijk] met de vuist op de tafel, van nou is het goddomme afgelopen. Anders hebben wij een groot conflict... Ik heb net, de stafvoorzitter is nu met vakantie, maar ik heb een brief geschreven van nu is het klaar ik wil nu namens verontruste specialisten, vanuit mijn rol [als beïnvloeder van besluitvorming onder de radar], vind ik het belangrijk dat het ziekenhuis goed loopt, niet dat ik een heilige man ben, maar ik vertrouw de zaak niet, ik wil nu boter bij de vis, ik wil nu weten met wie ik vergeleken wordt, welk ziekenhuis dat dat is, wat de omzet van dat ziekenhuis is.”* (RA 18)

4.7.2 Informele routes medisch specialisten

Medisch specialisten maken gebruik van verschillende routes om dingen voor elkaar te krijgen. Ze maken hiervoor gebruik van de bestaande geledingen en overleggen zoals die in voorgaande paragraaf werden beschreven, namelijk: via de vakgroep/maatschap, de Medisch Manager in het bestuur van de eenheid, het Stafbestuur, de Algemene Leden Vergadering, de kernstaf en het Stafbestuur (en commissies en werkgroepen: zie paragraaf 4.5). Door de creatie van de verschillende posities en overlegstructuren hebben medici diverse mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de besluitvorming. Daarnaast maken medisch specialisten ook gebruik van kanalen die buiten deze formele posities en overleggen vallen, om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in het ziekenhuis.

Hoewel door de invoering van de besturingsstructuur in 2000 de destijds bestaande informele communicatielijnen en besluitvormingsprocessen een meer formele plaats zouden moeten hebben gekregen in de herziene organisatiestructuur (Document organisatiestructuur, 2000), blijven medici gebruik maken van informele kanalen om informatie uit te wisselen en besluiten voor te bereiden en te nemen. Volgens een advies van een extern adviesbureau moet, om de bestuurbaarheid van het ziekenhuis te waarborgen, een besturingsstructuur worden geïntroduceerd waarbij de *“organisatie alleen [het] spel kan spelen via de lijn en niet meer in of via medische staf of ondersteunende staven. [Dus een besturingsmodel waarbij] waar niemand [zijn formele] verantwoordelijkheid kan ontlopen”* (Powerpoint extern adviesbureau, 2011). Dit advies is (vooralsnog) in de kast beland.

In het ziekenhuis wordt actief gebruik gemaakt van informele routes. Om zaken te regelen kloppen medisch specialisten bijvoorbeeld aan bij collega specialisten in plaats van bij ‘de lijn’ of de formele organen in de medische staf. Zo zoeken leden van de medische staf bijvoorbeeld steun bij Medisch Managers van andere vakgroepen/maatschappen.

Uit gespreksverslag met Medisch Manager komt naar voren dat medisch specialisten zaken via de achterdeur proberen te regelen. Een Medisch Manager gaf als voorbeeld zelf direct contact op te nemen met een Medisch Manager van een andere vakgroep om bepaalde zaken binnen de eigen vakgroep en eenheid te regelen (RA 21). Volgens deze manager was dit effectiever dan dat dit via de Manager Bedrijfsvoering liep omdat de manager zelf deel uit maakt van de specialisten (RA 21).

Medisch specialisten (of vakgroepen/maatschappen) nemen daarnaast ook rechtstreeks contact op met de Raad van Bestuur om dingen te regelen. Hiermee passeren ze het management van de werkeenheden en het Stafbestuur.

Uit gespreksverslag bestuurder: *“In een ziekenhuis komen conflicten in [de] medische staf direct op het bord van de Raad van Bestuur, omdat specialisten die ehm, ten eerste kunnen ze niet escaleren, dus frictie die er is wordt een hele tijd lang onder het [tapijt] geschoven, totdat er op een gegeven moment een druppel is die de emmer doet overlopen en dan explodeert het meteen. Dus ehm, om van tevoren te proberen om iets te dimmen dat lukt vaak niet, en dan explodeert het en wordt het meteen, [wordt] vaak [door medisch specialisten] meteen bij Raad van Bestuur gelegd.”* (RA 3)

Uit gespreksverslag specialist en voormalig voorzitter Stafbestuur: *“Nou, dat gaat van die vakgroep is ontevreden en ehm... En wat ze dan doen is hun eigen Stafbestuur passeren. Want elk Stafbestuur heeft de frustratie, hij treedt op namens de achterban, maar die achterban als het hem of haar goeddunkt, passeren ze en gaan ze direct naar de Raad van Bestuur. Dus zoeken ze hun eigen weg om dat gedaan te krijgen wat ze graag willen. En dat is heel frustrerend voor het Stafbestuur. En dan hoor je tijdens zo'n informele vergadering van ja ja, wij [als Raad van Bestuur] hebben maar besloten om die lui maar 20.000 euro op jaarbasis erbij te geven want dan zijn ze weer rustig. ... Ik heb bij vergaderingen gezeten, ik zal geen namen noemen, maar die zei, ik werk niet mee tenzij. ... [Waarop Raad van Bestuur zei] nou je krijgt er zoveel geld bij. De rest van de medische staf heeft er nooit wat van geweten.”* (RA 18)

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“[Een vakgroep] wist, er zit een nieuwe Raad van Bestuur, dus de [Medisch Manager] was even bij de Raad van Bestuur langsgelopen die had gezegd van die anio, er moet een nieuw contract komen en mag die niet voor een jaar in plaats van een half jaar. Dus daar was de [bestuurder] ingestonken. Die zei gewoon van, nou zoals het nu klinkt, goede argumentatie, lijkt me geen probleem en goed. Ik [Manager Bedrijfsvoering] hoor van P&O, ik krijg toevallig een mailtje, van nou die nieuwe anio... Die nieuwe anio? ... En er liggen al afspraken van vorig jaar. De specialist van de vakgroep werd hierop aangesproken door de manager en de bestuurder. Hij werd aangesproken op het feit dat hem gevraagd was om volledige informatie maar dat hij deze niet had gegeven.”* (RA 10)

Volgens een lid van de Raad van Bestuur kiezen medisch specialisten voor deze informele route vanwege *“[hun] onvermogen om te escaleren [en] de emotionele betrokkenheid bij het vak”* (RA 3). Ook wordt in dit verband in het ziekenhuis gewezen naar het gebrek aan en onduidelijkheid over bevoegdheden van Managers Bedrijfsvoering, Medisch Managers en Afdelingshoofden (zie paragraaf 4.3). Medici regelen zaken in de medische staf en met de Raad van Bestuur omdat de medische staf het belang van een stevige posities van de medisch specialisten in de lijn niet onderkent (Powerpoint extern adviesbureau, 2011). Specialisten in vakgroepen/maatschappen voelen zich niet verantwoordelijk in de lijnorganisatie (Powerpoint extern adviesbureau, 2011).

Een respondent gaf aan dat de Raad van Bestuur niet altijd weet op te treden tegen deze medici en vakgroepen/maatschappen die een *“grote mond”* hebben (RA 16). Daarmee krijgen de individuele specialisten en vakgroepen/maatschappen die het hardste piepen gewoon gelijk. Hoe groter de vakgroep/maatschap, hoe groter de invloed die leden van deze vakgroep/maatschap kunnen uitoefenen op besluiten die gemaakt moeten worden (RA 16): *“En als je maar aan het langste en dikste touw zit te trekken, dan krijg je het wel voor elkaar”* (RA 16).

Uit gespreksverslag medisch specialist: *“Bij de Raad van Bestuur is er toch altijd heel erg de verdeel en heers politiek. De Raad van Bestuur is toch altijd een beetje bang voor die groepen die een ontzettende grote bek hebben en die dreigen met van alles en nog wat. Daar durven ze onvoldoende tegen op te treden. ... [Interviewer vraagt waaruit dit blijkt]. Dat ze geen beslissingen nemen. En dat sommige vakgroepen qua middelen, mensen en materialen veel meer voor elkaar krijgen ... [Interviewer vraagt hoe?] Door vaak te dreigen. Als dit, dan doen we dat niet meer. En je hoeft er niet meer op te rekenen dat wij ons dan inzetten voor. Dat is. ... [dat gaat direct] of ook indirect. ... Op alle niveaus gebeurt dat. Het gebeurt in de [eenheden], dan wordt de Manager Bedrijfsvoering opgezadeld met ehm. Maar het gebeurt ook rechtstreeks. Kijk de hindermacht van medisch specialisten is gewoon buitengewoon groot. Als iemand niet wil dan heb echt je echt heel veel moeite om dat om te keren ... [en die] verdeel en heerspolitiek, [dat gebeurt] op alle niveaus. Kijk ... de ene kan boven over wel iets regelen en de ander niet. Er wordt met verschillende maten gemeten. Ik zet het nu zwaar aan, maar dat is om het duidelijk te maken.”* (RA 22)

In deze context wordt gesproken van *“verdeelt en heers politiek”* van de Raad van Bestuur in de organisatie. *“Hij een beetje erbij dan zwijgt die. En als je hem iets extra's geeft dan zwijgt die ook wel. Daar worden gekke dingen besloten”* (RA 18).

Zo besloot de Raad van Bestuur zich te schikken in een bepaald verzoek van een vakgroep om een bepaald apparaat aan te schaffen om ervoor te zorgen dat er geen conflict zou ontstaan en de relatie tussen de Raad van Bestuur en de vakgroep niet verder onder druk zou komen te staan.

Maar wanneer medisch specialisten of vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis last krijgen van de plannen of het gedrag van één of meerdere andere vakgroepen/maatschappen die hoog van de toren blazen, komt er volgens een respondent (RA 10) een *“sanctiemechanisme”* op gang in de organisatie. Onderstaand citaat verwijst hiernaar:

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“En uiteindelijk gaat er natuurlijk wel een systeem werken in een ziekenhuis dat andere specialismen dat ook zien en denken, ja dat is lekker. En jij haalt de productieafspraken niet en je wil wel ieder jaar investeringen, nou daar gaan we niet meer mee akkoord. Dus dan krijg je een ander sanctiemechanisme op gang waar je wel weer gebruik van kunt maken.”* (RA 10)

4.7.3 Sleutelpersonen³¹ in besturing ziekenhuis

In de besturing van het ziekenhuis is een *“derde macht”* (RA 22) aanwezig. Deze derde macht verwijst naar de sleutelpersonen – vooral in de medische staf – die in het ziekenhuis een stempel drukken op de keuzes die gemaakt worden in het ziekenhuis (ook wel *“natuurlijke leiders”* genoemd in het ziekenhuis (RA 22).

Uit gespreksverslag manager ontwikkeling: *“In het ziekenhuis heb je de formele lijn en de informele lijn. De informele lijn bestaat in feite uit, zeker als je kijkt naar de medische staf, dat zal je denk ik in elk ziekenhuis wel terug boren, dat zijn 5 à 7 specialisten die achter de schermen gewoon ontzettend belangrijk zijn. Dat zijn een beetje de ankers van de organisatie. Bij chirurgie zit er eentje. Die kan eigenlijk geen dossier aanraken zonder dat hij daar kennis van heeft of ook bepalend is voor de acceptatie in de medische staf. Ja, die mensen daar zorg je natuurlijk dat je die in het vizier zitten. Maar dat is weer een andere groep als die in het Stafbestuur zit.”* (RA 13)

Deze sleutelpersonen geven ongevraagd advies aan diverse actoren, van medisch specialisten tot aan de Raad van Bestuur. In de vorige paragraaf werd een voorbeeld beschreven waar een lid van de medische staf – bij ervaren gebrek aan daadkracht van het Stafbestuur – een brief stuurde naar de Raad van Bestuur omdat hij ontevreden was over het bezuinigingsproces en het benchmark onderzoek dat hieraan ten grondslag lag. Niet

³¹ Het woord sleutelpersonen is afgeleid van een door een respondent genoemd concept *“sleutelfiguren”* (RA 17). Ook in de volgende hoofdstukken wordt het concept sleutelpersonen gebruikt.

alleen geven de sleutelpersonen ongevraagd hun mening en zoeken ze zelf een podium waar ze invloed kunnen uitoefenen, ook wordt om hun advies gevraagd tijdens gesprekken en in werkgroepen en commissies. Zo heeft het Stafbestuur gesprekken gevoerd met sleutelpersonen inzake de besturingsstructuur van het ziekenhuis (observatie vergadering Stafbestuur) en werden sleutelpersonen gevraagd om deel te nemen aan projectgroepen in het bezuinigingsproces. Door het betrekken van deze sleutelpersonen worden hun ideeën verzameld en kan de besluitvorming worden afgestemd en vergemakkelijkt. Op het moment dat je in het ziekenhuis een sleutelpersoon mee hebt, is vervolgens de afstemming met andere betrokkenen vaak weer eenvoudiger.

Uit gespreksverslag specialist en voormalig voorzitter Stafbestuur: *“Dus je moet, het is, je moet ook kijken, stel dat ze met een bepaalde investering zitten dan gaan ze dat ook voorkoken, komen ze natuurlijk ook bij mij uit. Dus je moet altijd kijken welk belang heb je dan dat je dit noemt, zo zit je altijd een beetje te schaken.”* (RA 22)

Uit gespreksverslag beleidsmedewerker Stafbestuur: *“Nou als je ... een moeilijk document door de staf wil hebben en je lobbyt wat [lachen] in de wandelgangen en je hebt die bepaalde figuren, het zijn een soort van sleutelfiguren, heb je die mee, en die doen in de vergadering ook nog een zegje van jongens dit is echt goed. Laten we nou niet zo zeuren, het moet er gewoon komen en ehm dit is gewoon gedegen plan, dat zijn wel mensen waar naar geluisterd wordt. Dan bedenk je je wel een keer.”* (RA 17)

In het ziekenhuis zoeken mensen sleutelpersonen op om zelf invloed uit te kunnen oefenen op de besluitvorming in de organisatie.

Uit gespreksverslag manager stafdienst: *“Nou je probeert altijd in je positie invloed uit te oefenen. Je kan invloed uitoefenen als je met mensen praat die zelf ook invloed hebben, want anders gaat het niet lukken... Ik zit natuurlijk ook in de positie dat ik het belangrijk vind om met mensen waarvan ik denk dat ze invloed hebben binnen de staf, om daarmee een goede verstandhouding te hebben. En omdat ik al wat langer werk in het ziekenhuis en omdat je een redelijke vertrouwenspositie hebt opgebouwd, onderhoud je die contacten. En hoe moet je dat doen met specialisten, dan moet je toch met ze uit eten, want overdag is er bijna geen tijd, of een lunch, zo doe je dat. Maar je moet je niet voorstellen dat ik met 10 specialisten... Nou ik denk, ongeveer 10 à 12 specialisten overleg.”* (RA 15)

Om invloed te kunnen uitoefenen, is het niet alleen van belang in verbinding te staan met sleutelpersonen, maar respondenten geven ook aan dat het van belang is om op de hoogte te zijn van het reilen en zeilen in het ziekenhuis. Zo geeft een medicus aan dat het belangrijk is altijd geïnformeerd te blijven. *“Alert blijven, zo goed mogelijk op de hoogte blijven en niet achteroverleunen”* (RA 23).

Een manager van een stafdienst gaf het voorbeeld dat hij regelmatig met een aantal sleutelpersonen in het ziekenhuis afspreekt of deze personen mee uit eten neemt na werktijd om geïnformeerd te blijven (RA 15).

Diverse redenen worden gegeven door respondenten waarom sleutelpersonen, sleutelpersonen zijn geworden, namelijk: hun kennis, intelligentie, focus op ziekenhuisbelang, opgebouwde credits, eerlijkheid, afspraak is afspraak mentaliteit en kritische houding. De sleutelpersonen zijn vaak afkomstig uit vakgroepen/maatschappen die hoog in de pikorde van de medische staf staan (RA 18). Opgemerkt wordt dat de deze sleutelpersonen veelal in het verleden stafvoorzitter zijn geweest en vaak tot de 'oude garde' behoren. De sleutelpersonen hebben veel credits opgebouwd in het ziekenhuis. Soms komt het wel voor dat ze de belangen van de eigen vakgroep moeilijk kunnen scheiden van het ziekenhuis belang.

Uit gespreksverslag bouwmanager en voormalig secretaris Raad van Bestuur: *“Het is niet echt één persoon binnen die medische staf die alles bepaalt, we hebben wel het éminence grise zoals je dat noemt, mensen die in het Stafbestuur hebben gezeten.”* (RA 4)

5

Besturen via management eenheden

Uit gespreksverslag Medisch Manager: "Ja, nou ja, goed. In de praktijk, hier ook, zijn we met het Eenbedensysteem ehm, ja, ietsje verder of er is iets meer participatie vanuit medisch specialisten. Ehm, maar het is maar hoe hard je ervoor wil lopen en hoe hard je wilt duwen. Want dat kon je vroeger in de ene Divisiestructuur ook wel. En ehm, ja, die mensen, die een beetje aan het lobbyen zijn en politiek actief, die kunnen toch hun invloed wel via de staf of via de Raad van Bestuur ... Maar het is ja, zo'n Resultaat Verantwoordelijke Eenhedenstructuur is eigenlijk bedacht om financieel onafhankelijke [eenheden] te maken. Nou, dat gaat nooit lukken. Ehm, dus eigenlijk is het een soort van veredelde Divisiestructuur, die we nu hebben. ... Ja, maar als je gewoon ... de mensen, die heel hard aan het lobbyen zijn, die krijgen meer voor elkaar, dan ... Als ik elke keer op de stafvergadering zou zijn en bij alle, maar dat lukt nooit, dan kun je gewoon meer doen, meer voor elkaar krijgen dan wanneer je maar af en toe komt en dan ehm ... Ja. Dus je moet heel veel aanwezig zijn eigenlijk." (RB 2)

Recentelijk is in ziekenhuis B een Eenhedenstructuur ingevoerd. Kenmerkend voor deze structuur is de decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar het management van de eenheden die gegroepeerd zijn rondom activiteiten van (clusters van) specialismen, ondersteunende vakken en stafdiensten. Om te komen tot een structuur van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden wordt geëxperimenteerd met de resultaat verantwoordelijkheid van de eenheid. Omdat er in het ziekenhuis daarnaast is gekozen voor duaal management, betekent dit dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn belegd bij de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering. Door de verschuiving wordt het management van de eenheden gedwongen om meer zelfsturend te werken. Het management van de verschillende eenheden dient onderling afstemming te zoeken in plaats van de focus te leggen op hun conflicterende belangen. In het ziekenhuis wordt zichtbaar dat het management van de eenheden hun positie in het ziekenhuis probeert te versterken door het bundelen van hun krachten. Maar in het ziekenhuis bestaat ontevredenheid over het functioneren van het management van de eenheden. Vooral over de Managers Bedrijfsvoering die een complexe taak hebben in de besturing van de eenheid. Om de besturing van de eenheden in goede banen te leiden, kiest de Raad van Bestuur ervoor om het management van de eenheden aan te sturen. De Raad van Bestuur

werkt in het ziekenhuis samen met het Stafbestuur. Als gevolg van de introductie van de Eenhedenstructuur stelt het Stafbestuur vragen over haar rol die beweegt in de richting van medebestuurder.¹ Door de komst van de Medisch Manager zou er te veel overlap zijn tussen de taken van het Stafbestuur en de Medisch Manager. In de medische staf vinden dan ook verschuivingen plaats in de wijze waarop zij is georganiseerd. De Medisch Manager en het overleg van de Medisch Managers (en voorzitters van de vakgroepen/maatschappen) spelen een steeds meer prominente rol in de besturing van het ziekenhuis. Ondanks wijzigingen in de besturingsstructuur blijven informele routes bestaan waarin medici invloed uitoefenen op de besluitvorming.

In hoofdstuk 5 worden de posities en rollen van de actoren in de besturing van ziekenhuis B beschreven en hun interacties in de besturing van het ziekenhuis.

5.1 BEWEGING IN RAAD VAN BESTUUR

5.1.1 Onrust in bestuur ziekenhuis

Een paar jaar voor het onderzoek kenmerkte de besturing van het ziekenhuis zich door bestuurlijke onrust. Als gevolg van een hoogoplopend conflict tussen leden in het bestuur van de organisatie, vertrokken de leden van het College van Bestuur. De twee leden van de Raad van Bestuur in dit College van Bestuur werden ontslagen en de twee leden van het Medisch Stafbestuur die deel uitmaakten van dit college, stapten op. Onenigheid tussen de vier leden van het College van Bestuur over de wijze waarop het ziekenhuis diende te worden bestuurd en de te kiezen organisatiestructuur, lag aan de basis van de bestuurscrisis (website ziekenhuis, 2008²). In de media werd als belangrijkste reden voor het ontslag van de twee bestuurders de onenigheid over de toekomstige organisatiestructuur aangehaald. In werkelijkheid lagen meerdere oorzaken ten grondslag aan de vertrouwensbreuk tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur in het College van Bestuur (onderzoek Raad van Toezicht). Er was onenigheid over het onderwerp ondernemerschap door specialisten.³ De onderlinge communicatie ontbrak en de medici wilden niet meer met elkaar samenwerken.⁴ De ervaren onduidelijkheid over rolverdeling binnen het College van Bestuur tussen de Raad van Bestuur en de medische staf voedde het conflict.⁵ De medici in het bestuur hadden een dubbelfunctie die voor onduidelijkheid in het ziekenhuis zorgde.⁶

Als gevolg van de bestuurscrisis stagneerde de besluitvorming waardoor het ziekenhuis onbestuurbaar dreigde te worden (website ziekenhuis, 2008).⁷ Het was de Vereniging

¹ *De rol van het Stafbestuur beweegt in de richting van medebestuurder ten opzichte van de Raad van Bestuur in het ziekenhuis, maar de verstandhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur is kwetsbaar. Zeker in het licht van een recente crisis in bestuur van de organisatie.*

² *Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 1) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.*

³ *Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 2) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.*

⁴ *Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 3) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.*

⁵ *Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 2) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.*

⁶ *Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 2) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.*

⁷ *Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 1) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.*

Medische Staf die het vertrouwen opzegde in de Raad van Bestuur (website ziekenhuis, 2008).⁸ De Raad van Toezicht heeft, zonder instemming van de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad, de bestuurders ontslagen. De OR en de CR stonden achter de zittende bestuurders maar kregen via officiële kanalen geen gehoor.⁹ Tegelijk met het ontslag van de zittende bestuurders werd afscheid genomen van het model ‘College van Bestuur’. Er werd gekozen voor een gescheiden Raad van Bestuur en Medisch Stafbestuur, die samen werkzaam zijn op het gebied van ziekenhuisbrede thema's (zie ook paragraaf 5.3 voor samenwerking duaal bestuur).

5.1.2 Aanstelling nieuwe Raad van Bestuur

Om de besturing van het ziekenhuis vlot te trekken werden twee interim-bestuurders als vredestitelers aangesteld door de Raad van Toezicht. Met de komst van de interim-bestuurders werd ingezet op bestuurlijke rust na een periode van onrust. De eerst aange-stelde interim-bestuurder kreeg specifiek als taak het uitwerken van functieprofielen voor het bestuur van ziekenhuis en het maken van een interimopdracht voor interim-bestuurders.¹⁰ Beide interimers kregen vervolgens als taak het introduceren van een nieuwe besturingsstructuur, naast algemene bestuurlijke taken.¹¹ Tijdens de zittingstermijn van één van de interim-bestuurders werd een Eenhedenstructuur ingevoerd. De basis voor deze Eenhedenstructuur werd eerder gelegd tijdens de zittingstermijn van voorgaande bestuurders.

Na de komst van de twee interim-bestuurders, werd een nieuwe Raad van Bestuur aangesteld. Een jaar na het hoogtepunt van de bestuurscrisis werd een nieuwe bestuurder aangesteld en een klein jaar daarna volgde de aanstelling van de tweede bestuurder. Eén bestuurder is afkomstig van buiten de zorg en de andere bestuurder beschikt over bestuurlijke ervaring in de ziekenhuiswereld.

5.2 STAFBESTUUR IN ONTWIKKELING

5.2.1 ‘Vrijwillig vertrek’ Stafbestuurder

Voordat gewerkt kon worden aan een nieuwe besturingsstructuur en een nieuwe manier van besturen door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, vertrokken niet alleen de leden van de Raad van Bestuur maar moesten ook de Stafbestuursleden, die deel uitmaakten van het College van Bestuur, opstappen. Dit vertrek was niet evident: zo bleek het lastig om één van de nog zittende Stafbestuursleden te ontslaan.¹² Deze bestuurder, die een sleutelrol vervulde in de bestuurscrisis, heeft lang op zijn post kunnen blijven door de steun die hij kreeg van de medisch specialisten. Er wordt gezegd dat hij (als niet-specialist in het Stafbestuur) een handige buffer was tussen geledingen. Tegelijkertijd werd zijn

⁸ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 1) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

⁹ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 4) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

¹⁰ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 1) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

¹¹ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 1) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

¹² Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 3) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

invloed als disfunctioneel ervaren.¹³ Mensen in het ziekenhuis waren bang voor deze bestuurder omdat hij dossiers van personen bijhield waarmee hij hen kon aanspreken¹⁴ en door de spelletjes die hij zou hebben gespeeld in de besturing van de organisatie.¹⁵

In de organisatie werd deze Stafbestuurder ook wel aangeduid “*Machiavelli*” omwille van de machtsspelletjes die hij speelde in de organisatie (RB 13 & RB 15). Deze actor was bepalend in de besluitvorming van het ziekenhuis. Om te kunnen komen tot een snel herstel van vertrouwen werd uiteindelijk gekomen tot een ‘vrijwillig vertrek’ van de zittende Stafbestuurder met een ‘ferme’ vertrekregeling.¹⁶ De andere Stafbestuurder die sterk gericht was op het eigen gewin voor vakgroep, is ook opgestapt als lid van het College van Bestuur (RB 18).

5.2.2 Aanstelling nieuw Stafbestuur

Niet alleen vertrokken leden van het Stafbestuur, ook werden er nieuwe aangesteld. Het merendeel van het Stafbestuur is vervangen tijdens en na de bestuurscrisis. De nieuwe bestuursleden werden gezocht door de zittende Stafbestuurders (RB 15). Zij gingen op zoek naar een representatieve vertegenwoordiging van de medische staf. Lange tijd was het bij de selectie van Stafbestuursleden vanzelfsprekend dat grote vakgroepen vertegenwoordigd waren (RB 13). Toen na de crisis een bestuur werd gekozen, was nog steeds een aantal grote vakgroepen vertegenwoordigd. Zo is de voorzitter van het Stafbestuur (tijdens het onderzoek) een lid van een grote vakgroep in het ziekenhuis. De belangstelling voor deelname aan het Stafbestuur neemt de laatste jaren wel af (RB 13). Ook bij de grote vakgroepen die voorheen sterk vertegenwoordigd waren in het Stafbestuur.

Het Stafbestuur is opgedeeld in het ‘Dagelijks Bestuur Medisch Stafbestuur’ en het ‘Stafbestuur’.¹⁷ Het Stafbestuur bestaat uit tien leden. Het Dagelijks Bestuur, dat samen met de Raad van Bestuur actief is in de besturing van het ziekenhuis (zie paragraaf 5.5), bestaat uit drie leden van de medische staf en een bureaumanager. De bureaumanager Vereniging Medische Staf en de Coöperatie Medische Staf wordt gedetacheerd aan het Stafbestuur, maar werd oorspronkelijk door de interim-bestuurder aangesteld om het gat te vullen dat werd achtergelaten door de vertrekkende Stafbestuurder.¹⁸ Met de aanstelling van een onafhankelijke bureaumanager vanuit het ziekenhuis, hoopte de interim-bestuurder een ingang te krijgen bij het Stafbestuur (RB 13) en de slechte verstandhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur (die was ontstaan tijdens de bestuurscrisis) te beslechten.

¹³ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 5) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

¹⁴ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 5) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

¹⁵ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 4) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

¹⁶ Bron: geanonimiseerde internetpagina (RBG 4) in verband met vertrouwelijkheid gegevens casuïstiek.

¹⁷ In deze paragraaf en paragraaf 5.2.3 wordt een onderscheid gemaakt tussen het Dagelijks Bestuur van het Stafbestuur en het voltallige Stafbestuur. In de rest van het hoofdstuk wordt met het Stafbestuur verwezen naar het Dagelijks Bestuur van het Stafbestuur. Indien nodig wordt het verschil tussen beiden expliciet aangehaald in de tekst.

¹⁸ De voormalig Stafbestuurder was in 1998, na de fusie van verschillende ziekenhuizen, benoemd tot secretaris van de Vereniging Medische Staf en de Coöperatie Medische Staf (ziekenhuis, 13 oktober 2008). Vanuit deze positie kwam hij ook meteen terecht in het “Strategisch Beleidscollege en later het College van Bestuur” (bron RBG 6)

Met de komst van een nieuw Stafbestuur werd een nieuw tijdperk ingeluid. De leden van het Stafbestuur willen nooit meer terug naar die tijd van de bestuurscrisis waarin de Raad van Bestuur en het Stafbestuur op voet van oorlog met elkaar verkeerden (RB 18). Niet alleen de nieuwe samenstelling van het Stafbestuur, maar ook de komst van een nieuwe Raad van Bestuur staat symbool voor de breuklijn in de wijze van besturen in het ziekenhuis. In paragraaf 5.5 wordt de interactie tussen de nieuwe Raad van Bestuur en het Stafbestuur beschreven.

5.2.3 Professionalisering Stafbestuur

Door veranderingen in de Raad van Bestuur, het Stafbestuur en hun interactie (zie paragraaf 5.5) en de introductie van de Eenhedenstructuur (zie paragraaf 5.4) en daarmee de opkomst van de Medisch Managers, is het Stafbestuur gaan nadenken over haar eigen positie in het ziekenhuis. De invoering van de Eenhedenstructuur heeft niet alleen effect op de Raad van Bestuur en het management (zie ook paragraaf 5.4), maar ook op andere actoren in het ziekenhuis zoals het Stafbestuur. Het Stafbestuur heeft nog geen duidelijke plek gekregen in de huidige besturing van het ziekenhuis sinds de introductie van het Eenhedenmodel (RB 15). *“Ja, weet je, het is gewoon nog een oude structuur, die nog niet is aangepast op het Eenhedenmodel”* (RB 15). Door de opkomst van Medisch Managers rijst bij het Stafbestuur de vraag wat de toegevoegde waarde is van het Stafbestuur (RB 15). Er is overlap tussen de terreinen waar de Medisch Manager en het Stafbestuur (en andere geledingen in medische staf, zie paragraaf 5.7) zich op begeven.

Uit gespreksverslag lid Dagelijks Bestuur Stafbestuur: “Kijk we hebben hier een soort tweedeling. De Coöperatie van Medisch Specialisten, die gaat vooral eigenlijk over de financiële dingen. En we hebben de Vereniging Medische Staf, en dat is waar ik in het Dagelijks Bestuur van zit. Die gaat meer over de inhoud. Maar soms kan je je wel voorstellen dat dit aardig over elkaar heen schuift. ... En dan hebben wij dus hier dat Stafbestuur zal ik maar zeggen omheen. Maar dan hebben wij ook nog 35 Medisch Managers, en we hebben nog de Algemene Leden Vergadering. ... En ik denk ook zelf dat we er naartoe moeten, dat deze [Medisch Managers] meer onze achterban wordt, en dat dus de rol van het Stafbestuur een heel stuk minder wordt. Maar dat is zeker niet iets wat iedereen deelt, zal ik maar zeggen. Het is ook wel zo, dat als je Medisch Manager bent, dan zit je heel erg voor je eigen eenheid. ... Het zijn toch wel veel ziekenhuis overstijgende onderwerpen die nu in het Stafbestuur gaan. Dat zijn ook mensen die daar zitten omdat ze ziekenhuis overstijgend mee willen denken, of eenheid overstijgend. Ehm en de vraag is natuurlijk of je dat hier [bij Medisch Manager] kan neerleggen, want die hebben al zoveel. Maar ehm aan de andere kant als je dit niet goed betreft, mijn angst is een beetje dat dit een beetje los komt te staan van de werkvloer. Dat gebeurt ook regelmatig, dan worden hier plannen besproken en aangenomen, waarvan ik zeg met mijn andere deel van de week, hier werkend op de werkvloer, van jongens dit klopt, dit is de werkvloer niet meer wat je hiermee bespreekt.” (RB 15)

Het Stafbestuur heeft een externe adviseur ingeschakeld om te reflecteren op de rol van het Stafbestuur in het ziekenhuis en om zichzelf te ontwikkelen. Door de leden van het Stafbestuur wordt nagedacht en gesproken over de rol van het Stafbestuur, maar ook over de samenwerking en taakverdeling tussen het Stafbestuur en het Dagelijks Bestuur Staf-

bestuur. De gescheiden taken van beide geledingen zorgen voor “*informatiekloven*” tussen het Stafbestuur en het Dagelijks Bestuur Stafbestuur (RB 18). Informatiestromen worden onderbroken of zijn onvolledig. De leden van het Stafbestuur geven aan niet altijd op de hoogte te zijn van de informatie die het Dagelijks Bestuur Stafbestuur voor handen heeft. Het Dagelijks Bestuur heeft in vergelijking met het Stafbestuur intensief contact met de Raad van Bestuur (namelijk elke week een vast overleg en daarnaast wisselt het contact afhankelijk van onderwerpen die spelen) (zie paragraaf 5.3). De informatiekloven tussen het Stafbestuur en het Dagelijks Bestuur Stafbestuur worden door de leden van het Stafbestuur als problematisch ervaren.

Daar waar het Stafbestuur niet altijd op de hoogte is van de informatie die het Dagelijks Bestuur Stafbestuur heeft, geven de leden van het Stafbestuur aan het vervelend te vinden niet altijd op de hoogte te zijn van de informatie die de Raad van Bestuur tot haar beschikking heeft. De Raad van Bestuur is full time bezig met het besturen van het ziekenhuis, terwijl de leden van het Stafbestuur een paar uur tot een paar dagdelen (Dagelijks Bestuur Stafbestuur) per week de tijd hebben voor hun werkzaamheden als Stafbestuurder.

De leden van het Stafbestuur worden geconfronteerd met verschillende belangen, zoals de belangen van de medische staf als collectief en de belangen van de specialisten in de diverse vakgroepen/maatschappen (waaronder de vakgroep/maatschap waar ze zelf deel van uitmaken). Het aanbrengen van een scheiding tussen de verschillende belangen en de rollen die dit met zich meebrengt, is voor de Stafbestuurders niet altijd evident. Tijdens het onderzoek werd zichtbaar dat bestuursleden van het Stafbestuur worden teruggefloten door collega bestuurders als zij te veel de belangen van de eigen vakgroep/maatschap centraal stellen en te weinig het belang van de medische staf als collectief.

In het onderzoek schetst één van de respondenten een voorval waarbij de voorzitter van het Stafbestuur tijdens overleggen over de te kiezen strategie en locatieprofilering, met twee “*petten*” aan tafel zat (RA 13). De voorzitter liet te veel de wensen van de eigen vakgroep/maatschap doorklinken en niet die van de totale medische staf. De overige leden van het Stafbestuur hadden dit in de gaten en floten de voorzitter terug; hij moest zich bezig houden met de belangen van het ziekenhuis en niet die van de desbetreffende vakgroep/maatschap. De onrust en ontevredenheid die was ontstaan over het handelen van de voorzitter van het Stafbestuur in deze specifieke casus, heeft ervoor gezorgd dat leden van het Stafbestuur zoveel mogelijk proberen te vermijden om met één specifieke pet invulling te geven aan hun positie binnen het Stafbestuur. De leden van het Stafbestuur richten zich sinds bovengenoemde escalatie meer op de belangen van de medische staf en niet op de belangen van de eigen vakgroep/maatschap (RA 13 & RA 15).

Niet alleen hebben de leden van het Stafbestuur te maken met de belangen van de eigen vakgroep/maatschap en de medische staf, maar ook met de belangen van het ziekenhuis en de Raad van Bestuur. Het combineren van deze verschillende belangen wordt als problematisch ervaren.

Het is lastig om de verschillende rollen te combineren en te voldoen aan verwachtingen van verschillende partijen. Dit blijkt in dit onderzoek uit het commentaar op de intensieve relatie tussen de voorzitter van de Raad van Bestuur en de voorzitter van het Stafbestuur. Op het moment dat een lid van het Stafbestuur te veel optrekt met de Raad van Bestuur dan vinden de andere Stafbestuur leden hier wat van. Een specifiek voorbeeld tijdens het onderzoek was dat de voorzitter van het Stafbestuur een studiereis ging maken met de voorzitter van de Raad van Bestuur. Dit schoot bij de overige leden van het Stafbestuur in het verkeerde keelgat, omdat de rollen van het Stafbestuur en de Raad van Bestuur te veel door elkaar heen liepen. Het Stafbestuur zou een kritische houding ten opzichte van de Raad van Bestuur moeten hebben. De rol van (de leden van) het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur kwam daarmee op de agenda van het Stafbestuur te staan.

Vlak na de bestuurlijke crisis (zie paragraaf 5.1 en 5.2) was de verstandhouding slecht tussen de Raad van Bestuur en het Dagelijks Bestuur Stafbestuur. Dit heeft ervoor gezorgd dat onder leiding van de nieuwe bestuurders de Raad van Bestuur en het Stafbestuur intensiever met elkaar zijn gaan samenwerken (zie volgende paragraaf). Tijdens het onderzoek werden vraagtekens geplaatst bij deze intensieve werkrelatie door leden van het Stafbestuur. Het Dagelijks Bestuur Stafbestuur zou te veel zijn doorgeschoten in het optrekken met de Raad van Bestuur en meer autonoom moeten gaan opereren en vertrekken vanuit eigen belangen medische staf (RB 18).

Uit document: *“Ik merk dat de Raad van Bestuur erg aan ons oordeel hangt. [Lid Stafbestuur]: het SB moet een eigen visie en een eigen lijn hebben; eerst zelf bedenken wat we willen.”* (Opmerking lid Stafbestuur uit verslag Stafbestuur overleg 29-11-2012)

Hoewel het Stafbestuur kritisch reflecteert op de eigen rol in het veranderende organisatie-landschap en er wordt gesproken over mogelijke richtingen en acties, gebeurt er weinig op dit vlak. De professionalisering van het Stafbestuur, in het licht van veranderingen in de besturing van het ziekenhuis, komt traag op gang door de drukte van alledag (RB 13). Daarnaast wordt door het Stafbestuur dit onderwerp in overleggen van de Raad van Bestuur wel op de agenda gezet, maar komt dit niet aan bod (RB 13). Het Dagelijks Bestuur Stafbestuur let er wel meer op dat het Stafbestuur aangehaakt wordt bij de besluitvorming waarin het Dagelijks Bestuur Stafbestuur betrokken is. Ook wordt in het Dagelijks Bestuur Stafbestuur scherper toegezien op het scheiden van de verschillende rollen van de leden van het Stafbestuur (vooral door de voorzitter van het Dagelijks Bestuur Stafbestuur naar aanleiding van de kritiek).

5.3 DUAAL MANAGEMENT STAFBESTUUR EN RAAD VAN BESTUUR

5.3.1 Stafbestuur “gelijkwaardige partner” Raad van Bestuur¹⁹

De komst van een nieuw Stafbestuur en een nieuwe Raad van Bestuur was de opmaat voor een andere manier van besturen in het ziekenhuis. Er werd niet alleen ingezet op

¹⁹ Bron: RB 15.

duaal management in het management van de eenheden maar ook in het bestuur van de organisatie. Tijdens het onderzoek werd zichtbaar hoe de werkrelatie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur werd vormgegeven nadat afscheid was genomen van het oude bestuursmodel (Model College van Bestuur).

Het Stafbestuur en de Raad van Bestuur hebben elk inhoudelijke aandachtsgebieden. Inhoudelijk gezien ligt de focus van het Stafbestuur op de medische inhoud en van de Raad van Bestuur op de bedrijfsmatige kant.²⁰ Formeel gezien ligt de eindverantwoordelijkheid voor het ziekenhuis bij de Raad van Bestuur. In het ziekenhuis is men het erover eens dat de Raad van Bestuur uiteindelijk diegene is die de besluiten neemt. Deze formele rol is vastgelegd in het Reglement van Raad van Bestuur, maar ook in het Samenwerkingsconvenant²¹ tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. Het Stafbestuur heeft als vertegenwoordiger van de Vereniging Medisch Staf formeel een adviserende rol ten opzichte van de Raad van Bestuur.

In het Samenwerkingsconvenant zijn afspraken tussen het Stafbestuur en Raad van Bestuur vastgelegd *“over de wijze waarop het Stafbestuur en de Raad van Bestuur informatie uitwisselen, overleg voeren en tot besluitvorming komen over het bestuur van het ziekenhuis”* (p. 1). Door het maken en vastleggen van afspraken moest een einde worden gemaakt aan de onduidelijke verantwoordelijkheden van de leden van de Raad van Bestuur en het Stafbestuur (de verantwoordelijkheden van posities in College van Bestuur waren namelijk onduidelijk). Eerder werd een samenwerkingsovereenkomst tussen de Stichting (van het ziekenhuis) en de Vereniging Medische Staf vastgesteld (december 2002). Maar een jaar na het uitbreken van de bestuurscrisis werd door een interim-bestuurder en het Stafbestuur een nieuw samenwerkingsconvenant vastgesteld om de spanning tussen de Raad van Bestuur en de medische staf en in het bijzonder het Stafbestuur, hanteerbaar te maken. In dit convenant is opgenomen dat het Stafbestuur zich richt op strategische beleidsvorming en dat zij formeel invloed kan uitoefenen via informatie-, advies- en instemmingsrecht. Het Stafbestuur heeft volgens dit convenant daarnaast recht op initiatief als het gaat om afspraken over de wijze waarop het Stafbestuur en de Raad van Bestuur met elkaar omgaan. De rol van het Stafbestuur zoals die in het convenant is beschreven, is vergelijkbaar met de adviesrol van de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad. De focus op de medezeggenschap van het Stafbestuur verschilt van het voormalige collegiale bestuursmodel waarbij twee leden van het Stafbestuur én de Raad van Bestuur deel uitmaakten van het College van Bestuur. Het Stafbestuur had daarmee formeel een meer prominente positie in het bestuur van de organisatie.

Het huidige Dagelijks Bestuur van het Stafbestuur en de Raad van Bestuur trekken veel samen op. Ze spreken elkaar tijdens het reguliere wekelijkse overleg tussen de Raad van

²⁰ Respondenten geven tegelijkertijd aan dat beide geledingen zich ook in elkaars domeinen mengen.

²¹ De inhoud van het Samenwerkingsconvenant werd afgeleid van de aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording Zorgbrede Governance code, de statuten van de Vereniging Medische Staf en de Stichting (conform de grondslag en doelstelling een Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf en statuten van de stichting ziekenhuis (2002)) (Jaarverslag, 2011).

Bestuur en het Dagelijks Bestuur Stafbestuur en gaan samen naar gesprekken en bijeenkomsten in het ziekenhuis. Zo voeren ze samen de 4, 8 en 12 maands gesprekken (onderdeel beleidscyclus) met het management van de eenheden. De leden van het Stafbestuur en de Raad van Bestuur spreken elkaar over lopende zaken in het ziekenhuis en voeren samen gesprekken met actoren in het ziekenhuis. De voorzitter van het Stafbestuur trekt meer op met de voorzitter van de Raad van Bestuur en het lid van de Raad van Bestuur meer met het lid van het Stafbestuur. Een lid van het Stafbestuur (RB 15) wordt veelal gevraagd door de Raad van Bestuur om bij gesprekken in de organisatie aanwezig te zijn: *“Zonder haar kan gesprek niet doorgaan”* (RB 13).²²

Uit gesprek onderzoeker met een lid van het Dagelijks Bestuur Stafbestuur over de motivatie om als lid van het Dagelijks Bestuur Stafbestuur samen met lid Raad van Bestuur gesprekken te voeren in de organisatie: *“Nou kijk bijvoorbeeld als er dan op maandagochtend afgesproken wordt dat er een gesprek gevoerd wordt, dan wordt eigenlijk dat gesprek ook nog weer ‘dual’ gevoerd’. Dus dan ehm euh nu is er bijvoorbeeld iets met de kindergeneeskunde en dan wordt er een afspraak gemaakt met de Medisch Manager. Maar als het enigszins kan doet het lid van de Raad van Bestuur met een lid van het Dagelijks Bestuur Stafbestuur. En dat gaat dan een dokter aan, dus dat zou je nog kunnen. ... En dat is niet uit een, niet vertrouwen ehm dat we het samen doen. Het is wel omdat we denken we hebben allebei een andere invalshoek. ... Ik kan ook zeg maar samen gaan omdat ik denk dat hij niet de goede dingen zal zeggen of andersom. Maar dat is niet de drijfveer volgens mij. ... En ook wel als je, ik denk dat er ook wel heel erg achter zit, als je, als je in je organisatie zegt, het duale is het belangrijkste, moet je het zelf ook doen, in je bestuur. Dus het is ook voorbeeldgedrag.”* (RB 15)

Het huidige contact tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur is hechter dan bij het vorige bestuur (actief voor interim-bestuurders). Niet alleen hebben ze meer overlegmomenten, ze trekken ook meer samen op richting de organisatie.

Uit gespreksverslag onderzoeker en lid Stafbestuur blijkt de meer innige relatie: *“Nou ja, misschien is de verhouding [tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur] zo goed dat het zo prettig is, dat je dan misschien ook minder. ... Ja, dat weet ik niet. In een vechtsituatie [zoals in vorig bestuur] ga je eerder op je strepen staan, en dat is ook niet goed. Ik denk [dat] je een middenweg moet hebben. Ja. ... Het grappige is, want vroeger hadden we officieel natuurlijk een Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf, toen was het allemaal netjes geregeld. En ehm toen [zat die vorige voorzitter er nog]. En toen stonden wij denk ik in Nederland ook op die manier bekend, dat wij het ziekenhuis zo bestuurden. Maar ik heb altijd, de situatie van nu is veel inniger dan toentertijd toen het de naam had. In naam mocht het niet meer zo heten. Maar wat er nu gebeurt, is denk ik nog veel intensiever dan toentertijd. En toentertijd was het ook heel duidelijk dat het Stafbestuur op bepaalde momenten zei van ja ok, nu gaan we even zelf een beslissing nemen, dan komen we erop terug en dan is het goed.”* (RB 18)

²² De overleggen van de Raad van Bestuur en het Dagelijkse Bestuur Stafbestuur richten zich veelal op “operationele” onderwerpen (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Het overleg tussen Raad van Bestuur en het Stafbestuur zou wel te ad hoc en te weinig gericht zijn op “tactische- en strategische” onderwerpen (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011).

Eén van de bestuurders geeft aan dat het Stafbestuur en de Raad van Bestuur instrumenten van elkaar zijn om dingen voor elkaar te krijgen (RB 10). Om draagvlak in het ziekenhuis te kunnen verwezenlijken benadert de Raad van Bestuur het Stafbestuur om een bijdrage te leveren aan besluitvorming en beleidsvorming (RB 15). Het Stafbestuur wordt dan ook gezien als een “gelijkwaardige partner in de strategische gedachtevorming betreffende de besturing” (RB 15) en is daarmee feitelijk medebestuurder in het ziekenhuis.

Uit gespreksverslag bestuurder: “Het [Stafbestuur is ook een instrument]. ... [Een] vreselijk belangrijk instrument. ... Want... zij kunnen dingen voor elkaar krijgen die wij [als Raad van Bestuur] misschien moeilijker voor elkaar kunnen krijgen. ... Kijk als het gaat om concentratie van verloskunde, of het sluiten van OK, maakt het enorm veel verschil of het alleen een Raad van Bestuur standpunt zou zijn of dat het Stafbestuur die mede ondersteunt ook. Dat scheelt de helft aan discussies. Dus ze zijn ook instrument. Maar [omgekeerd zullen] ze ons ook als instrument [inzetten] om hun doelstellingen te bereiken. Je bent dus ook een beetje instrument van elkaar. Wij maken ook het mogelijk dat de dokter hier een goede boterham kunnen verdienen. Wij maken het mogelijk ook dat we hier dus door goede reputatie van het ziekenhuis dat je hier goede dokters aan kunt aantrekken. Dus ik vind ons ook wel een belangrijke rol hebben in het maken van de reputatie van het ziekenhuis. Dus als wij kunnen helpen dat die goed is, kun je daarmee goede dokters aantrekken.” (RB 10)

5.3.2 Duaal management veeleisend voor samenwerking bestuur

In vergelijking met de oude situatie wordt de verstandhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur²³ als goed ervaren. Ten tijde van de bestuurscrisis was de verstandhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur bekoeld. In de huidige situatie spreken de Raad van Bestuur en het Stafbestuur (Verslag Stafbestuur overleg 29-11-2012) over een goede verstandhouding. Maar inmiddels worden door leden van het Stafbestuur ook kanttekeningen geplaatst bij de wijze waarop het Stafbestuur en de Raad van Bestuur vorm geven aan duaal besturen (RB 13). Scheurtjes worden zichtbaar in de werkrelatie en verstandhouding tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur (observatie gemeenschappelijke en afzonderlijke overleggen Raad van Bestuur en Stafbestuur).

Uit gespreksverslag lid Dagelijks Bestuur Stafbestuur over relatie Stafbestuur en Raad van Bestuur: “Ik denk dat je zo nu en dan zit te kijken naar ... resultaten uit het verleden. We hebben natuurlijk die situatie met de bestuurscrisis gehad waarin de Raad van Bestuur volledig op het punt van oorlog was met het Stafbestuur. En de [dominante] leden van het Stafbestuur die in het [College van Bestuur] zaten, daar is iedereen wel van doordrongen dat dat nooit meer moet gebeuren. Dat geeft zo nu en dan denk ik ook nog wel beetje een onnatuurlijke situatie. ... Een beetje bijna gemaakt van, god wat zijn we goede vrienden. [Het] moet lijken ... van er is absoluut echt geen licht tussen ons, wij zijn het altijd volledig eens. Naar buiten toe is dat op zich wel een mooi plaatje, maar ... daar prikken sommige mensen ook wel gewoon doorheen als ze de onderlinge interactie op sommige andere momenten zien. [De samenwerking tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur] is heel wisselend. En soms gaat het ook heel goed. En soms [ziet] je bijna met samenknepen [billen]. ... Als ik heel eerlijk ben, [moet ik] denk ik ook

²³ In deze paragraaf wordt met het Stafbestuur het Dagelijks Bestuur van het Stafbestuur bedoeld.

wel zeggen dat het in het begin beter ging dan dat het nu gaat [tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur.] (RB 13)

Aan het begin van het onderzoek werd de werkrelatie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur als beter ervaren (in vergelijking met bestuurscrisis). Het was een verademing dat er niet langer sprake was van een vechtrelatie (RB 18). Maar gaandeweg het onderzoek kwam de verstandhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur onder druk te staan. Duaal management vergt veel van de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. De geformaliseerde bevoegdheden en werkafspraken zijn niet afdoende voor het vormgeven van hun werkrelatie. Barstjes in de verstandhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur worden zichtbaar in de manier waarop beide geledingen met elkaar communiceren. Er zou niet open worden gecommuniceerd door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur (RB 13 & RB 15). Zij zouden niet alle informatie delen (RB 13 & RB 15).

Uit gespreksverslag Manager bureau Vereniging Medisch Staf en Coöperatie Medisch Staf: "Ik denk dat iedereen soms net niet duidelijk genoeg communiceert. En dingen voor zich houdt die hij eigenlijk misschien beter had kunnen melden. [Hierdoor ontstaat] er wantrouwen bij de ander. Dat vertrouwen was [in het begin] geen issue want het was er gewoon. [Maar nu wordt het een issue genoemd]." (RB 13)

Dat de Raad van Bestuur en het Stafbestuur niet alle informatie met elkaar delen, blijkt uit de afzonderlijke vergaderingen van beide geledingen. Naast het overleg tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur worden namelijk ook afzonderlijke vergaderingen en gesprekken gevoerd (zowel regulier als ongepland). Dit betekent dat zowel het Stafbestuur als de Raad van Bestuur afzonderlijk gesprekken voeren ter voorbereiding op bijeenkomsten of als nabespreking. Vaak vinden de gesprekken plaats achter gesloten deuren, in hetzelfde gebouw, op dezelfde gang, waar bovendien de kamers naast elkaar liggen (uit observaties overleggen van deze geledingen).

Dat de relatie tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur onder druk staat, heeft volgens de leden van het Stafbestuur er ook mee te maken dat het Stafbestuur door de Raad van Bestuur soms niet gekend wordt in besluitvorming over ziekenhuisbrede thema's.

Tijdens het onderzoek nam de Raad van Bestuur de beslissing om Managers Bedrijfsvoering te laten rouleren in het management van de eenheden. Door het laten rouleren zouden meerdere eenheden profiteren van de capaciteiten die verschillende managers in huis hebben. De Raad van Bestuur nam dit besluit en bracht dit de organisatie in zonder dit te hebben afgestemd met Stafbestuur. Het Stafbestuur ging op haar achterste benen staan omdat de Raad van Bestuur dit zonder overleg had besloten. Het Stafbestuur eiste een gesprek over de beslissing en de keuze van de Raad van Bestuur om het Stafbestuur niet in de besluitvorming mee te nemen. Dit gesprek zorgde ervoor dat de beslissing werd teruggedraaid, maar ook dat de interactie tussen de Raad van Bestuur en de afspraken over samenwerking werden besproken. Meerdere malen hebben dergelijke gesprekken

plaatsgevonden tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur naar aanleiding van ervaren schending van de regels (uit observatie overleggen Raad van Bestuur en Stafbestuur).

Tijdens het onderzoek werd het Stafbestuur meerdere keren door de Raad van Bestuur niet gekend in de besluitvorming over ziekenhuisbrede thema's. De Raad van Bestuur werd hierop aangesproken door het Stafbestuur dat hierbij expliciet verwees naar de schending van de gemaakte afspraken zoals die in het Samenwerkingsconvenant zijn vastgelegd. Het besluitvormingsproces werd hierdoor een halt toegeroepen. Dat gemaakte afspraken geen gegeven zijn in de besturingspraktijk wordt zichtbaar in de diverse pogingen van de Raad van Bestuur om te komen tot besluiten zonder het Stafbestuur.

In de ogen van het Stafbestuur is er steeds minder ruimte voor "*participatie*" van het Stafbestuur in de besturing van het ziekenhuis (RB 15). Het Stafbestuur wordt in toenemende mate door de medische staf gezien als "*klapvee van de Raad van Bestuur*" (RB 25). Het is lastig voor het Stafbestuur om niet de "*loopjongen [van de Raad van Bestuur] te zijn naar de dokters*" (RB 15). Het lijkt er soms op dat het Stafbestuur alleen voor de vorm en niet voor de inhoudelijke input wordt betrokken in de besturing van het ziekenhuis. Zo wordt een lid van het Stafbestuur soms op het laatste moment gevraagd door de Raad van Bestuur om mee te gaan naar een overleg, zonder dat zij enige achtergrond heeft van het onderwerp dat centraal staat (RB 13).

5.4 INTERACTIE RAAD VAN BESTUUR EN MANAGEMENT

5.4.1 Introductie decentrale structuur Resultaat Verantwoordelijke Eenheden

In het afgelopen decennium werden in het ziekenhuis diverse besturingsstructuren geïntroduceerd waarbij verantwoordelijkheden en bevoegdheden in grote mate belegd werden bij het management. In 1999 werd met de fusie van twee ziekenhuizen gekozen voor een structuur met een "*decentraal*" karakter en in 2002 werd een "*Divisiestructuur*"²⁴ geïntroduceerd. Recentelijk (2010) werd er een Eenhedenstructuur ingevoerd als een voortvloeisel van voorgaande besturingsstructuren. De Eenhedenstructuur, waarin activiteiten van specialismen, ondersteunende vakken en stafdiensten zijn gegroepeerd in eenheden (ook wel "business units"), werd gelanceerd in een periode van bestuurlijke onrust en onderleiding van een interim-bestuurder. In de besturingsfilosofie van de geïntroduceerde Eenhedenstructuur vormt de "*decentralisatie*" van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in

²⁴ De Divisiestructuur bevatte vier managementlagen, namelijk de Raad van Bestuur, divisie management, eenhedenmanagement en management afdelingen. Het divisie management bestond uit vier divisie managers, manager Facilitair Bedrijf, manager concernstaf en manager bureau financiën. Er waren drie divisies voor directe patiëntenzorg en een divisie voor indirecte patiëntenzorg. Er was sprake van een decentrale structuur waarbij elke divisie zijn eigen divisiecontroller had en eigen beleidsmedewerkers. De ondersteunende stafafdelingen (zoals P&O, AI&C, Kwaliteit) rapporteerden in de Divisiestructuur direct aan de Raad van Bestuur. Het Facilitair Bedrijf echter bekleedde een andere positie "als ondersteunende operationele afdeling onder de Raad van Bestuur" (Plan van aanpak 2009-4-6). De operationele laag in het besturingsmodel was meer diffuus: "De omvang van eenheden is verschillend en enigszins diffuus in de opbouw met verschillende lagen" (Plan van aanpak 2009-4-6).

het ziekenhuis richting het management van de eenheden een belangrijke pijler (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011) (evenals binnen de Divisiestructuur). De vernieuwing van de organisatiestructuur was gericht op een betere organisatie in een financieel gezond ziekenhuis. De vernieuwing zou moeten zorgen betere onderlinge afstemming, eilandvorming moeten voorkomen en onevenwichtigheden in de span of control van leidinggevend moeten aanpakken. Ook zou een organisatie met “*business units*” een meer flexibele organisatie in de hand moeten werken waarmee adequaat ingespeeld kan worden op interne en externe veranderingen en waarmee de competitieve aard van het ziekenhuis wordt vergroot in het licht van de ontwikkeling naar meer marktwerking in gezondheidszorg (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011).

Gelijktijdig met de introductie van de nieuwe besturingsstructuur in 2010 werd een managementlaag weggehaald, namelijk het Management Team. Door het weghalen van een managementlaag ontstond een “*vrij beperkte hiërarchische structuur*” (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011).²⁵ Het duale management van elke eenheid bestaat uit een Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager. Hiërarchisch vallen de Afdelingshoofden onder de Manager Bedrijfsvoering. Het management van de eenheden legt verantwoording af aan de Raad van Bestuur.

Door de invoering van de Eenhedenstructuur en het weghalen van een managementlaag ontstond een “*brede laag*” van Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Formeel hebben “[z]ij tot taak het patiëntproces te sturen en te beheersen en de professionele en organisatorische aangelegenheden binnen de Eenheid af te stemmen” (Notitie organisatiestructuur, november 2009). Formeel verschuiven de verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de organisatie in toenemende mate naar de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het duale management zijn formeel vastgelegd in een bevoegdhedenmatrix en omschreven in functieprofielen van de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager.

Er werden in het ziekenhuis onder leiding van een projectgroep pilots uitgezet in verschillende eenheden om te testen hoe het management van de eenheden verantwoordelijk kon worden gemaakt voor het resultaat van de eenheid. In het bijzonder werd geëxperimenteerd met het financiële resultaat van de eenheden: zowel de kosten als de opbrengsten (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). De conclusie van de experimenten was dat het te moeilijk is om eenheden afzonderlijk verantwoordelijk te maken voor het resultaat van de eenheid (RB 20). De eenheden zijn te veel van elkaar afhankelijk (qua financiën, middelen en mankracht) en het is te complex om het resultaat per eenheid inzichtelijk te maken (RB 20). De Eenhedenstructuur ontwikkelt zich daarom niet in de richting van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden. Het management van de eenheden wordt niet verantwoordelijk gehouden voor het financiële resultaat binnen de eigen eenheid. Tot op

²⁵ “De vrij beperkte hiërarchische structuur (naast de Raad van Bestuur bestaande uit twee echelons) spreekt aan” (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011).

heden is alleen een Eenhedenstructuur ingevoerd (en heeft de verantwoordelijkheid voor het resultaat van de eenheid vooralsnog geen vorm gekregen).

In het ziekenhuis is men tevreden over het weghalen van een managementlaag (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011) en de invoering van de Eenhedenstructuur (RB 7; Evaluatie extern bureau, 2012). De functionele indeling van de eenheden rondom vakgroepen wordt in de organisatie als logisch ervaren (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). De relatief kleine specialismen krijgen in deze structuur een zelfstandige positie wat “*de ontwikkeling en erkenning van het kleine specialisme ten goede [komt]*” (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Daarnaast is men tevreden in de organisatie over het aantal eenheden: 35 eenheden worden “*als ruim geschouwd*”, maar het zijn er ook niet teveel of te weinig (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011).

5.4.2 Manager Bedrijfsvoering “trekpoppetje”²⁶ Raad van Bestuur

Door het introduceren van de Eenhedenstructuur werd in het ziekenhuis een poging gedaan om verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de besturing van het ziekenhuis te situeren bij het management van de eenheden. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden werden “*gedecentraliseerd*” naar de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Hoewel de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het duale management formeel zijn vastgelegd in een bevoegdhedenmatrix en functieprofielen, bestaat hierover “*onduidelijkheid*” in het ziekenhuis (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Het is voor de Managers Bedrijfsvoering als onderdeel van de ziekenhuis hiërarchie niet duidelijk wat hun precieze positie is ten opzichte van de Raad van Bestuur.

Tijdens een overleg van de Managers Bedrijfsvoering werd gesproken over de vraag of zij een adviserende rol hebben ten opzichte van de Raad van Bestuur (observatie). Het *lijkt ... soms wel of we [een] soort van trekpoppetje zijn*” van de Raad van Bestuur (RB 7).

De handelingsvrijheid die de Managers Bedrijfsvoering hebben om zelf sturing te geven aan de eenheid (ten opzichte van de Raad van Bestuur) verschilt. Een deel van de managers ervaart handelingsvrijheid, terwijl een ander deel van de Managers Bedrijfsvoering vindt dat ze beknot worden in hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Uit Evaluatie Eenhedenstructuur (2011): “*Een aantal [Managers Bedrijfsvoering] geeft aan voldoende handelingsvrijheid te ervaren, terwijl er ook [Managers Bedrijfsvoering] zijn die juist meer bevoegdheden en verantwoordelijkheden wensen. In dit verband omschrijft een geïnterviewde de huidige situatie als “decentraal met een rem.”* (p. 8)

De formele decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar het management doet een beroep op het zelfsturend vermogen van het management in de eenheden en het vermogen van de Raad van Bestuur om zelfsturing te faciliteren. Een bestuurder

²⁶ Bron: RB 7.

geeft aan dat hij het liefst met zelfsturende eenheden wil werken, maar dat niet alle eenheden zo ver zijn (RB 10). Dit maakt dat de Raad van Bestuur dicht op de huid van het management van sommige eenheden zit (RB 7). Het komt voor dat de Raad van Bestuur op de stoel van het management van de eenheden gaat zitten. In het ziekenhuis bestaat het beeld, zowel bij het management als bij de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, dat de Raad van Bestuur zich te veel bemoeit met de aansturing van het primaire proces (ook wel “*tactisch niveau*” genoemd volgens RB 15) en “*operationele kwesties*” op de werkvloer (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Ze zijn echter te weinig bezig met ziekenhuisbrede onderwerpen (RB 15) en externe onderwerpen (RB 10) (“*strategisch niveau*” volgens RB 15). De Raad van Bestuur opereert op het grensvlak van het faciliteren van zelfsturing en het sturen van het management in de eenheden.

De Raad van Bestuur bemoeit zich met de besturing van de eenheid omdat het management van de eenheden er niet altijd in slaagt om de verantwoordelijkheden en bevoegdheden waar te maken (RB 10). Een andere reden die hiervoor wordt gegeven is dat de Raad van Bestuur zich laat leiden door de waan van de dag (RB 10).²⁷ De agenda van de Raad van Bestuur wordt gedomineerd door onderwerpen over de aansturing van het primaire proces (RB 10). Daarnaast wordt de stijl van leidinggeven van de bestuurders gezien als een verklaring voor het domein overschrijdende gedrag van de bestuurders waarbij zij op de stoel van het management van de eenheid gaan zitten. Beide bestuurders hebben een andere stijl (RB 7), maar één bestuurder heeft de neiging zich meer met de inhoud van de zorg te bemoeien waardoor hij op het terrein van het management komt (RB 7).

Door de formele decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar het management van het ziekenhuis lijkt het ziekenhuis beter te besturen. Maar tegelijkertijd is de besturing voor de Raad van Bestuur complexer en intensiever geworden (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). De Raad van Bestuur zou graag willen dat het management van de eenheden zelfstandig werkt, maar het lukt hen te weinig om het management van de eenheden te faciliteren in hun zelfsturende rol en de ontbrekende samenhang tussen de eenheden te verbeteren (RB 10). In het ziekenhuis wordt ook wel gewezen op de span of control van de Raad van Bestuur die met de komst van de Eenhedenstructuur (te) groot is geworden (RB 7; Notitie organisatiestructuur, november 2009).

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“Ik denk dat de omvang van de groep meespeelt. Zestien [eenheden en daarbij horend management] is natuurlijk ook veel, is voor de Raad van Bestuur ook een hele grote groep om aan te sturen. En ja, dat zie je bijvoorbeeld in de begrotingscyclus. Daar kom je met z’n zestien niet uit ... [vanwege die meningen] ... Ja. De belangen. Kijk, en iedereen snapt wel, dat je aan het eind van de rit acht miljoen ehm, positief ehm, moet draaien. Maar als je dan met elkaar afspreekt van, we moeten de komende drie jaar honderdvijftig fte inleveren door middel van natuurlijk verloop, dan kan het bij iedereen behalve binnen je eigen eenheid. ... [Of we het nu eens worden of niet, uiteindelijk is het de*

²⁷ Dit geldt volgens sommige respondenten niet alleen voor de Raad van Bestuur maar ook voor het Stafbestuur (RB 13; RB 14; RB 18).

Raad van Bestuur die de beslissing neemt en daarbij een afweging maakt tussen de verschillende belangen].” (RB 1)

De mogelijkheden om de eenheden te besturen wordt door de Raad van Bestuur als beperkt ervaren (RB 10). De Raad van Bestuur maakt gebruik van verschillende tools om het management van de eenheden aan te sturen. Denk hierbij aan de Planning en Control cyclus waarmee de Raad van Bestuur afspraken maakt met het management van de eenheden en op basis waarvan het management zich vervolgens moet verantwoorden. En de beleidscyclus waarin met behulp van strategische meerjarenplannen en Kaderbrieven door de Raad van Bestuur kaders worden geschetst voor de jaarplannen van de eenheden. Het zijn deze jaarplannen die vervolgens moeten worden goedgekeurd door de Raad van Bestuur. Omdat de Managers Bedrijfsvoering hiërarchisch onder de Raad van Bestuur vallen, is het voor de Raad van Bestuur mogelijk om het functioneren van de Managers Bedrijfsvoering (maar ook de eenheden) aan de orde te stellen.

De verklaring voor de spanning tussen sturing en zelfsturing in (het management van) de eenheden wordt in de ziekenhuizen ook gezocht in het functioneren van de Managers Bedrijfsvoering. Enkele Managers Bedrijfsvoering zouden “*de taak [niet] aankunnen*” (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Het niet aankunnen van de taak – zoals dit wordt ervaren in het ziekenhuis – verwijst naar het ontbreken van competenties van managers om de eenheden aan te sturen. De competenties van sommige Managers Bedrijfsvoering zouden (volgens de Raad van Bestuur en de managers zelf) nog verbeterd moeten worden omdat ze te weinig “*taakvolwassen*” zijn en te weinig “*proactief*” (uitspraak Managers Bedrijfsvoering tijdens bijeenkomst Managers Bedrijfsvoering; RB 10). Niet iedere manager van elke eenheid is in staat om zelf sturing te geven aan de eenheid (RB 10).

De spanning tussen sturing en zelfsturing in (het management van) de eenheden moet vooral worden gezocht in de complexiteit van de taak die de Manager Bedrijfsvoering heeft om zelf sturing te geven aan de eenheid door zowel te voldoen aan eisen van de Raad van Bestuur als die van de Medisch Manager (en zijn achterban) (zie ook paragraaf 5.5). Daarnaast dienen ze ook de verschillende belangen van de verschillende eenheden bij elkaar te brengen (zie volgende paragraaf). Het is een complexe taak om te balanceren tussen deze verschillende belangen van de eenheden en het ziekenhuis (RB 20).

5.4.3 Conflict Managers Bedrijfsvoering

In het ziekenhuis zijn verschillende eenheden actief. De belangen van de eenheden verschillen. De samenhang tussen de eenheden en daarmee het ziekenhuisbrede belang, is onvoldoende aanwezig (RB 10). In het ziekenhuis worden de verschillende eenheden dan ook gezien als eilanden. Vooral met de invoering van de Eenhedenstructuur in 2010 werd de eilandvorming voelbaar (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011).

Het management van de eenheden heeft onder andere als taak te kijken naar het ziekenhuisbrede belang. Maar de Managers Bedrijfsvoering zijn nauwelijks in staat om de eenheid overstijgende belangen centraal te stellen (RB 1; RB 7), ook al dienen ze samen

te werken met andere eenheden, hebben ze ziekenhuisbrede taken en hebben sommige Managers Bedrijfsvoering meerdere eenheden in hun portefeuille. Ze zijn primair gericht op de belangen van de eenheid (RB 1; RB 7). In het ziekenhuis zorgt dit voor spanning tussen de Managers Bedrijfsvoering van de verschillende eenheden. Onderstaande (twee) voorbeelden schetsen de spanning tussen de Managers Bedrijfsvoering onderling.

Tijdens een overleg van de Managers Bedrijfsvoering wordt duidelijk dat de Managers Bedrijfsvoering voor de eigen eenheid aan tafel zitten. Diverse aanwezige managers moeten een beslissing nemen over een grensoverschrijdend onderwerp (locatieprofilering ziekenhuis) dat op de agenda staat, maar kunnen niet tot een gemeenschappelijke beslissing komen. In plaats daarvan worden de afzonderlijke belangen van de individuele eenheden telkens opnieuw naar voren gebracht. Een Manager Bedrijfsvoering zegt hierover achteraf: *“Nee, we hebben zestien eenheden ehm, met zestien Managers Bedrijfsvoering. En we zijn allemaal verantwoordelijk voor onze eigen eenheid. Maar er moeten soms ook dingen besloten worden op ehm, ziekenhuis-niveau. En daar ontbreekt het ons aan ehm, slagkracht, maar ook inzicht om naar een groter doel te komen. ... Dit is te merken aan de besluitvorming in het [overleg Managers Bedrijfsvoering waar managers vechten voor belangen eigen eenheid in locatieprofilering].”* (RB 1)

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“Nou ja we hadden vanmorgen bijvoorbeeld een overleg met 1 2 3 4 5 6 Managers Bedrijfsvoering over verbouwingen die moet gaan plaatsvinden bij [locatie x]. Nou wat je dan merkt is dat iedereen zich terugtrekt in zijn eigen stukje in zijn eigen belang in zijn eigen ehm... En we zijn allemaal collega's en er is dan niemand die zegt van job, luister eens even, zal ik dat nou eens doen en ik ben de baas. Maar als jullie nou eens even die en dat doen en ik zorg voor de uitvoering en ehm, nee dat wordt ook gewoon niet gepikt van elkaar. ... Ehm ja waar komt dat door? Ik bedoel dat ook niet heel negatief dat het allemaal vasthouden is. Maar het is misschien ook gewoon inherent aan de structuur zoals het geregeld is [waarin Manager Bedrijfsvoering verantwoordelijk zijn voor de besturing van één of meer eenheden waaronder diverse vakgroepen/maatschappen vallen. En die hebben allemaal hun eigen belang]. En als je dan bepaalde onderwerpen hebt wat ehm een hele locatie aangaat of ehm nou zelfs organisatie breed is. Ik vind dat dat dan heel stroperig en traag en sloom gaat als je dan al überhaupt verder komt.”* (RB 4)

Medewerkers in het ziekenhuis geven aan dat de mate waarin de Managers Bedrijfsvoering als vertegenwoordigers van de eenheden in staat zijn ziekenhuis overstijgend te denken, mede afhankelijk is van het vermogen van de Managers Bedrijfsvoering om over de grenzen van de eenheid te kijken, maar ook van het aantal eenheden in de portefeuille van afzonderlijke managers. Managers die meerdere eenheden onder zich hebben, worden automatisch gedwongen om meer ziekenhuisbreed te handelen en hebben meer ruimte om zaken te regelen in de eenheden en het ziekenhuis.

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“Ja, en over grenzen heen kijken, en voor gezamenlijk belang te gaan. Voor mij niet zo ingewikkeld, omdat ik vier Resultaat Verantwoordelijke Eenheden heb. Met één, ... kun je helemaal verzanden, bedoel het niet zo negatief, losgaan in eigen vakgroep cardiologie. Maar ik denk altijd ... wat is rode draad, voor groter geheel, niet*

voor individu als het ware. Dat maakt mij wel anders. ... Anderen kijken sneller naar eigen belang of naar eigen RVE en dat is ook logisch. Dat ontstaat op die manier ook zo. Dus het is heel goed om meerdere dingen te doen merk ik. Keerzijde is dat je alles vier keer moet doen. Dat is best wel veel werk.” (RB 7)

Het is overigens niet alleen voor Managers Bedrijfsvoering een uitdaging om de belangen van meerdere vakgroepen/maatschappen of eenheden bij elkaar te brengen, ook voor Medisch Managers wordt de besluitvorming complexer wanneer zij te maken krijgen met andere Medisch Managers.

Uit gespreksverslag Medisch Manager: “Kleine maatschappen hebben een Medisch Manager. En die [Medisch Manager] zit soms met vier maatschappen [en dus ook Medisch Managers] in een Resultaat Verantwoordelijke Eenheid. [En] die moeten het met z'n allen zien te regelen. Het voordeel van [een grote vakgroep/maatschap is, dat er maar één Medisch Manager actief is in de eenheid]. Dus dan hoef ik niet die interne discussie binnen de RVE te voeren, voordat ik naar de Raad van Bestuur ga. Dus ik vind het wel prettig om mijn eigen RVE te hebben.” (RB 2)

De verstandhouding tussen de Managers Bedrijfsvoering van de verschillende eenheden is slecht. Ten tijde van het onderzoek hadden zij “*weinig voor elkaar over*” (RB 7). De Managers Bedrijfsvoering hebben naar elkaar uitgesproken dan “*men vertrouwen in elkaar moet willen hebben*” (RB 7).

5.4.4 Managers Bedrijfsvoering organiseren zich als collectief

De individuele Managers Bedrijfsvoering proberen hun positie ten opzichte van de Raad van Bestuur te versterken door hun krachten te bundelen. Ze willen niet langer het “*trek-poppetje*” van de Raad van Bestuur zijn (RB 7). De managers zouden te weinig proactief zou zijn en te veel gericht op het “*pleasen*” van de Raad van Bestuur (RB 7). De Managers Bedrijfsvoering proberen hun positie in het ziekenhuis te versterken door het opnemen van ziekenhuisbrede thema's in hun portefeuille (RB 7). Er worden nu in themagroepjes onderwerpen voorbesproken en is er een agendacommissie (RB 6).

In het ziekenhuis zoeken de Managers Bedrijfsvoering elkaar meer op om samen te werken en is er meer openheid tussen de managers (observatie). Doordat ze een lange tijd met elkaar samenwerken en lief en leed met elkaar gedeeld hebben, kunnen ze open tegenover elkaar zijn (RB 4).

De gezamenlijke projecten en het Management Development programma hebben de samenwerking tussen de Managers Bedrijfsvoering bevorderd (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Ook de huisvesting van alle Managers Bedrijfsvoering op één gang heeft de samenwerking bevorderd (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Dat zij op één gang gehuisvest zijn, wordt juist ook als problematische gezien voor de aansturing van de eenheden: ze zouden te veel met elkaar optrekken en te weinig in verbinding staan met de Medisch Manager en het primaire proces (Verslag identiteitsbijeenkomst Stafbestuur,

2012). Hierdoor zou het management te ver af komen te staan van de Medisch Manager en het primaire proces.

Uit document: “[Externe adviseur zegt]: de samenwerking tussen Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager is essentieel. De grootste fout is dat alle managers bij elkaar zitten [in hetzelfde gebouw op dezelfde etage en dezelfde gang]. Hier alle Manager Bedrijfsvoering op één verdieping, weg van zorgproces. [De Managers Bedrijfsvoering gaan] eerder naar elkaar dan naar de Medisch Manager en afdeling.” (Verslag identiteitsbijeenkomst Stafbestuur, 2012).

In het ziekenhuis zijn de Managers Bedrijfsvoering naar elkaar toe gekropen. Daar waar eerst een vechtcultuur bestond en zij met elkaar in conflict waren, zoeken Managers Bedrijfsvoering elkaar nu meer op om samen te werken. De Managers Bedrijfsvoering gaan weliswaar anders met elkaar om en positioneren zich anders in het ziekenhuis, maar de “eenheden [zijn nog altijd] sterk gericht op [de] eigen eenheid” (RB 13 & RB 15).

5.4.5 Dichten gat Raad van Bestuur en management eenheden

In het ziekenhuis bestaat bij de Raad van Bestuur en de Managers Bedrijfsvoering ontevredenheid over de werkrelatie tussen de Raad van Bestuur en de Managers Bedrijfsvoering, de samenwerking tussen de Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers en het functioneren van de Managers Bedrijfsvoering. Om de interactie tussen de Managers Bedrijfsvoering onderling en tussen de Managers Bedrijfsvoering en de Raad van Bestuur in goede banen te leiden, werden in het ziekenhuis diverse interventies gepleegd. Eerder werd al beschreven dat de Managers Bedrijfsvoering zichzelf als een collectief organiseren om zich zo te positioneren ten opzichte van de Raad van Bestuur. In het ziekenhuis zijn daarnaast ook andere initiatieven opgepakt om het spanningsveld tussen het management van de eenheden en de Raad van Bestuur te hanteren en het functioneren van het management van de eenheden aan te pakken.

Door de Raad van Bestuur werd voorgesteld om de Managers Bedrijfsvoering te laten rouleren in de verschillende eenheden. Meerdere eenheden zouden in ogen van Raad van Bestuur moeten kunnen profiteren van de competenties van enkele Managers Bedrijfsvoering. Op deze manier kan kennis verspreid worden in het ziekenhuis. Deze beslissing werd echter tegengehouden door het Stafbestuur omdat zij niet gekend was in besluitvorming hierover (zie 5.3).

Terwijl een Eenhedenstructuur werd geïntroduceerd en een managementlaag werd weggehaald, is er recentelijk in het ziekenhuis een “semi-MT” (RB 7) ingesteld. In dit Management Team zitten Managers Bedrijfsvoering en Afdelingshoofden, een manager P&O, de Raad van Bestuur en een bestuurssecretaris (RB 7). Met dit Management Team wordt een brug geslagen tussen het management en de Raad van Bestuur. Dit *semi-Management Team* dat met elkaar om tafel zit, is een aanvulling op het al “tamelijk ingewikkelde en intensieve overlegstructuur” in het ziekenhuis tussen verschillende geledingen waaronder de Raad van Bestuur en het management dat “onlosmakelijk verbonden [is] aan de Eenhedenstructuur” (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011).

In de geest van het “*semi-MT*” (RB 7) worden ook andere vormen verkend waarmee het spanningsveld tussen het management en de Raad van Bestuur kan worden gehanteerd en het functioneren van het management van de eenheden kan worden aangepakt, namelijk: het clusteren van een aantal eenheden en het formeren van een Beleidscommissie. De Raad van Bestuur denkt eraan om het aantal Managers Bedrijfsvoering terug te brengen en de eenheden onder te brengen in een paar clusters (RB 13 & RB 15) zodat de span of control te overzien wordt voor de Raad van Bestuur. Hierdoor zou de besturingsstructuur weer gaan lijken op een Divisiestructuur (RB 13 & RB 15). Maar deze ontwikkeling gaat te snel volgens het Stafbestuur (RB 13 & RB 15).

Het Stafbestuur denkt in de richting van het formeren van een Beleidscommissie (zoals succesvol is gebleken in een ziekenhuis in Tilburg) waarin de nu gescheiden overleggen van de Medisch Managers en de Managers Bedrijfsvoering bij elkaar komen.²⁸

Uit gespreksverslag twee leden Stafbestuur: “Hier werken de Managers Bedrijfsvoering apart en de Medisch Managers apart met het Stafbestuur. Maar heel veel onderwerpen komen op allebei de vergaderingen. Je zou ze kunnen samen laten lopen. ... Dat de Managers Bedrijfsvoering meer met de Medisch Managers worden samen gezet. Dat het een steviger blok wordt in de [besturing van het ziekenhuis]. ... Nu heb je de Management Conferentie [met een hele grote groep mensen]. ... [Het is een oppervlakkig overleg, een Poolse landdag] ... Daar zou je in het belang van slagvaardigheid echt [vanaf] moeten. De vraag is of de groep dan niet te groot wordt. Maar dat moet je proberen. Dat is ontwikkeling. En nu zit je de hele tijd te stechelen met twee groepen. En dan is de ene groep weer boos dat de ander het eerder weet. Of het is ik het liever van jullie zelf horen en niet van mijn Manager Bedrijfsvoering. Terwijl de agenda voering zo hetzelfde is voor een deel.” (RB 13 & RB 15)

Daarnaast wordt er in het ziekenhuis ook aandacht besteed aan de competenties van de Managers Bedrijfsvoering en de match tussen de Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager (zie paragraaf 5.5.4) om het functioneren van het management van de eenheden en daarmee de interactie met de Raad van Bestuur te verbeteren.

5.5 INTERACTIE MANAGER BEDRIJFSVOERING EN MEDISCH MANAGER

5.5.1 “Gezamenlijke verantwoordelijkheid”²⁹ duaal management

Het duale management wordt gevormd door de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de aansturing van de eenheid. Ze

²⁸ Naast de Beleidscommissie denkt het Stafbestuur in de richting van een kernstaf waarin een kleine club van medici (namelijk Medisch Managers) samen onderwerpen bespreken, bediscussieren en besluiten nemen in plaats van een Algemene Leden Vergadering. Omdat de agenda in de besturing van het ziekenhuis wordt gedomineerd door andere onderwerpen, schuift de bespreking van deze ideeën en de introductie ervan in het ziekenhuis naar de achtergrond (RB 1; RB 15).

²⁹ Uit document Manager Bedrijfsvoering (2012) in document Manager Bedrijfsvoering (2012).

hebben als taak *“het patiëntproces te sturen en te beheersen en de professionele en organisatorische aangelegenheden binnen de Eenheid af te stemmen”* (Notitie organisatiestructuur, november 2009). Ze dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid *“voor kwaliteit en veiligheid van zorg, de organisatie van de processen, de omzet en de daarvoor benodigde kosten en initiatieven”* (RB 7). De gezamenlijke verantwoordelijkheid van het duale management van Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering was een bewuste keuze (RB 7). *“Binnen het ziekenhuis is de keuze duaal management gemaakt op basis van de recente historie van de organisatie [namelijk bestuurscrisis en onenigheid over de manier van besturen]”* (RB 7).

Met de introductie van de besturingsstructuur in 2010 zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager en hun gezamenlijke verantwoordelijkheden vastgesteld (RB 7).

Uit document ziekenhuis (2010) (in document Manager Bedrijfsvoering (2012)): *“[Het is de taak van de Manager Bedrijfsvoering om] met de Medisch Manager te bepalen en te bewaken van (kwaliteits)kaders, continuïteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg en bijdragen aan coördinatie van de totale zorgverlening binnen de Eenheid zodat patiëntvriendelijke, kwalitatief hoogwaardige, veilige en efficiënte zorg wordt gerealiseerd. ... [En ten aanzien van het resultaatgebied financiën:] samen met Medisch Manager toezien op en waar mogelijk optimaliseren van de bedrijfsvoering binnen de Eenheid zodanig dat de financiële en productieafspraken worden gerealiseerd. ... In de functie-eisen is het duale karakter terug te vinden binnen de eisen aan sociale vaardigheden en uitdrukkingsvaardigheid.”*

Uit document Functieprofiel Manager Bedrijfsvoering (2012) (in Document Manager Bedrijfsvoering (2012)): *“Ook in het functieprofiel Medisch Manager, ziekenhuis, (2010) is het duale management beschreven. In de doelstelling van de functie staat het leiding geven aan de eenheid in collegiale samenwerking met de Manager Bedrijfsvoering beschreven. Met inachtneming van de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist. De Medisch Manager is samen met de Manager Bedrijfsvoering het “boegbeeld” van de Eenheid. Er zijn binnen dit profiel geen functie-eisen beschreven. Wel zijn de benodigde competenties beschreven waarbij het duale karakter terug te vinden is binnen samenwerken; gezamenlijk resultaat of probleemoplossing (eigen belang – gezamenlijk belang) en organisatiesensitiviteit; onderkennen van invloed en gevolgen van eigen beslissingen of activiteiten en het onderkennen van belangen.”*

De beschrijving van de functieprofielen van beide managers maakt duidelijk dat de samenwerking tussen beiden als belangrijk wordt gezien. In het ziekenhuis is men ervan doordrongen dat een goede samenwerking tussen de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager van belang is voor de besturing van de eenheid. Ze zijn samen verantwoordelijk voor de besturing van de eenheid op diverse vlakken en ze moeten er samen zorg voor dragen dat de eenheid wordt aangestuurd. Ze zijn gelijkwaardig. Wat niet in detail wordt beschreven zijn functie-eisen en de manier waarop Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers invulling moeten geven aan hun positie. De functieomschrijving geeft daarmee ruimte voor eigen interpretatie. Hoewel niet gespecificeerd wordt hoe de Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager met elkaar moeten omgaan, wordt zicht-

baar in de profielen dat competenties vereist zijn om het duale karakter van het ziekenhuis te hanteren: sociale vaardigheden en sensitiviteit voor processen in de organisatie.

5.5.2 Complexe besluitvorming management eenheden

In de besturingspraktijk van het management van eenheden spelen de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager verschillende rollen. De Manager Bedrijfsvoering heeft de bedrijfsvoering als aandachtsgebied en de Medisch Manager het medisch inhoudelijk beleid (Notitie organisatiestructuur, november 2009). Deze “*portefeuille verdeling*” komt natuurlijk tot stand (RB 7). De meeste werkzaamheden – zoals beleidsvoorbereiding, uitvoering, toezicht op besluiten – in de eenheden worden verricht door de Manager Bedrijfsvoering. De Medisch Manager heeft, in tegenstelling tot de Manager Bedrijfsvoering die een fulltime aanstelling heeft, gemiddeld één à twee dagdelen per week tot zijn beschikking voor zijn positie als Medisch Manager. De beschikbare tijd die Medisch Managers hebben voor de uitvoering van de functie wordt als weinig ervaren (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Dit geldt vooral voor de kleine maatschappen (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Het is de intensieve overlegstructuur in het ziekenhuis die veel tijd vraagt (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). In huis wordt gediscussieerd over hoeveel tijd Medisch Managers zouden moeten krijgen. “*De Medisch Manager blijft, afhankelijk van de grootte van de maatschap/vakgroep, volgens de huidige tijdsomvang, vrijgesteld voor managementtaken*” (Notitie organisatiestructuur, november 2009). Om professionals niet te belasten met managementtaken, heeft een vakgroep ervoor gekozen een “*maatschapsmanager*” aan te stellen (RB 2). Deze is actief naast de Medisch Manager (en Manager Bedrijfsvoering).

Uit gespreksverslag Medisch Manager: “Ja, een dag of een dagdeel. En nou is het een beetje zo dat de kleinere maatschappen, die hebben natuurlijk een Medisch Manager, maar de grotere, die hebben veel meer taken. En ehm, en dat is een beetje een strijdpunt binnen het ziekenhuis nog, van hoeveel moet je eigenlijk doen, hè? En ehm, want we hebben bijvoorbeeld Resultaat Verantwoordelijke Eenheden, die bestaan uit vijf specialismen of vier specialismen en kleinere en die hebben vier Medisch Managers en die hebben allemaal een dag vrij en die doen het met z'n allen. En ik zat in m'n eentje, zeg maar, en als enige Medisch Manager voor ehm, voor de longchirurgie, de kinderchirurgie, de ... En alles wat eraan vastzat, vaatchirurgie, trauma en de vasculaire, de intensive care. Dat is best veel geregeld. En daar zijn we op het ogenblik een beetje voor aan het lobbyen om meer Medisch Manager [positie] te ... of althans tijd vrij te krijgen, zodat er meer mensen bij betrokken worden.” (RB 2)

Niet alleen heeft de Medisch Manager minder tijd voor het besturen van de vakgroep dan de Manager Bedrijfsvoering, ook is de Medisch Manager niet als manager opgeleid en heeft deze geen managementervaring.

Uit gespreksverslag medisch professional: “Ja, ik ehm, ja, geloof je überhaupt in een RVE structuur. Ik denk dat er een veel betere structuur is voor een ziekenhuis. Want ehm, nou ja, overal lopen hier Medisch Managers, die geen verstand van managen hebben, ook al hebben ze een cursus gehad van tien dagen of twintig dagen. Dat helpt echt geen bal. Zet er gewoon een

paar professionals op en neem alle specialisten in loondienst en laat ze gewoon lekker werken. Dan heb je een tent die goed draait. Maar dit is allemaal ehm, ja, ze moeten iets bedenken om de zaak te laten draaien met medezeggenschap, hè?” (RB 27)

In het management van de eenheid speelt bovendien ook mee dat de Medisch Manager veelal een beperkt mandaat heeft van de vakgroep/maatschap die hij vertegenwoordigt (zie volgende paragraaf).

De Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering zijn gelijkwaardig in de besturing van de eenheid, maar zijn niet gelijk. Omdat de meeste werkzaamheden bij de Manager Bedrijfsvoering zijn belegd en omdat hij de meeste tijd heeft voor het management van de eenheid, speelt de Manager Bedrijfsvoering een grote rol in de voorbereiding van besluitvorming, de besluitvorming en de uitvoering van besluiten in de eenheid. Eén respondent gaf zelfs aan dat sommige Managers Bedrijfsvoering “*in the lead*” zijn (RB 7). Dit zou betekenen dat de Manager Bedrijfsvoering leidend is in het management van de eenheid en de beslissingen die hier worden gemaakt (Intern onderzoek duaal management door Manager Bedrijfsvoering, 2012). Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat op het moment dat er moeilijke vraagstukken op tafel liggen waarbij verschillende belangen meespelen, het moeilijk is om hierover besluiten te nemen. Het zijn vooral de belangen van de medici en de ruimte die zij nemen, die van invloed zijn op de besturing van de eenheid. De regelruimte van de Manager Bedrijfsvoering is beperkt. Over moeilijke onderwerpen worden vaak geen beslissingen genomen of deze worden op andere ‘podia’ met andere geledingen besproken. Denk hierbij aan geledingen binnen de medische staf (Stafbestuur, overleg Medisch Managers, Algemene Leden Vergadering, wandelgangen) of de bestuurstafel (Raad van Bestuur). De Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager komen niet altijd tot besluiten.

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: “In de praktijk worden moeilijke beslissingen omzeild, door geen besluiten te nemen. ... Of dat eerst een besluit toch eerst ter advisering naar het ene gremium, dan daar, dan daar weer terug. En een jaar later is er nog geen besluit genomen.” (RB 7)

De besluitvorming in de eenheid is complex omdat rekening moet worden gehouden met meerdere belangen. Zowel de Medisch Manager als de Manager Bedrijfsvoering komen hierdoor in een “*spagaat*” (RB 1). Deze dubbelrol maakt dat in de praktijk de aansturing van de eenheden minder eenduidig is dan formeel is vastgesteld. In de besturingspraktijk wordt duidelijk dat in de samenwerking tussen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering communicatie over de verschillende belangen, zeker bij moeilijke onderwerpen, van belang is om toenadering tot elkaar te kunnen zoeken (RB 7). Maar niet in alle duo’s wordt over de belangen gecommuniceerd (RB 7). De kwaliteit van de samenwerking tussen de Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering is afhankelijk van de mensen die deze posities bekleden (RB 7) en hun communicatie en verstandhouding. “*De relatie, vertrouwen, investeren [in relatie] is een hele belangrijke sleutel [voor het functioneren van het*

management van de eenheid]” (RB 7). In het ziekenhuis verschilt de wijze waarop Managers Bedrijfsvoering en de Medisch Managers ‘samenwerken’.

Uit gespreksverslag leden Stafbestuur: *“De ene Manager Bedrijfsvoering deelt alles met de Medisch Manager, en die zitten precies op hetzelfde informatieniveau. Terwijl de andere Manager Bedrijfsvoering de informatie niet doorstuurt naar de Medisch Manager als ie er niet om vraagt. En die Medisch Managers hebben deze informatie dan ook niet.”* (RB 13 & RB 15)

5.5.3 Beperkt mandaat Medisch Managers

De Medisch Manager heeft te maken met zijn vakgroep/maatschap, maar ook met een Manager Bedrijfsvoering. De focus van de Medisch Manager is primair gericht op het belang van de vakgroep/maatschap. De Medisch Manager is formeel gemandateerd door de vakgroep/maatschap, maar de besturingspraktijk laat zien dat dit mandaat geen sinecure is. De Medisch Managers beschikken over beperkt mandaat als gelijke ten opzichte van hun collega's in de vakgroep/maatschap. Formeel worden de Medisch Managers wel door de specialisten in de vakgroep/maatschap naar voren geschoven om hun belangen te vertegenwoordigen, maar feitelijk is het mandaat beperkt.

Uit verslag identiteitsbijeenkomst Stafbestuur (2012): *“[Lid Stafbestuur]: de specialist wil niet mandateren, dat is het basisprobleem in een ziekenhuis. Hij wil alles weten wat er gebeurt om hem heen, ook bij de Manager Bedrijfsvoering. Daardoor krijg je het gevoel het veel te druk te hebben.*

[Lid Stafbestuur]: de Medisch Manager heeft ook nog de maatschap achter zich. De hiërarchische relatie tussen Raad van Bestuur en Managers Bedrijfsvoering is anders dan de relatie tussen het Stafbestuur en de Medisch Managers.” (p. 2)

Uit gespreksverslag Lid Stafbestuur: *“Die Medisch Managers functioneren natuurlijk eigenlijk bij het mandaat van hun vakgroepen en ik weet zeker dat een heleboel zullen zeggen dat ze dat niet echt hebben. En daar is nu ook een Management Development programma voor de Medisch Managers voor. Om ze daar ook een beetje in te helpen, van ja dat is natuurlijk wel een hele belangrijke pijler, ehm maar dat kan je niet afdwingen want het is geen hiërarchische relatie. Dus die zouden misschien toch wel weer andere mensen kunnen benoemen.”* (RB 15)

In het ziekenhuis zijn twee soorten Medisch Managers actief. Diegene die door de vakgroep/maatschap naar voren worden geschoven omdat het hun beurt is om de positie van Medisch Manager te bekleden. Deze *“Medisch Managers worden niet serieus genomen”* (RB 7). In deze vakgroepen/maatschappen is men blij dat er een Medisch Manager actief is (RB 7). Daarnaast worden er medici gekozen die wel het mandaat krijgen van hun collega specialisten. Deze personen hebben *“natuurlijk leiderschap, ervaring, aanzien, sporen verdiend... [wat maakt dat daar naar] wordt geluisterd”* (RB 7). Deze Medisch Managers hebben een grote zeggenschap ten opzichte van de vakgroep/maatschap waardoor het besturen van de eenheid eenvoudiger wordt.

5.5.4 Matching en scholing Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager

Om de aansturing van eenheden zo goed mogelijk te laten verlopen, is ervoor gekozen om op zoek te gaan naar de “*gouden koppels*” (Verslag identiteitsbijeenkomst Stafbestuur, 2012). Tijdens een uitgebreid traject werd gezocht naar geschikte Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers, maar ook naar duo’s die een match zouden vormen. Voordat duo’s werden aangesteld, werden matchingsgesprekken gevoerd tussen de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager. De Raad van Bestuur en Stafbestuur hebben zich gebogen over de werving en selectie van het duale management van de eenheid.

Het functioneren van sommige Managers Bedrijfsvoering staat ter discussie in het ziekenhuis. Bij de Raad van Bestuur en het management bestaat het beeld dat niet alle Managers Bedrijfsvoering in staat zijn om de positie van Manager Bedrijfsvoering te bekleden. Vooral het vermogen om over de grenzen van de eenheden te denken, verschilt bij de verschillende Managers Bedrijfsvoering. Om alle eenheden te laten profiteren van de ervaren “*competenties*” van sommige managers werd door de Raad van Bestuur voorgesteld om de Managers Bedrijfsvoering te laten rouleren in de eenheden. Dit zou betekenen dat de Medisch Managers gekoppeld worden aan andere Managers Bedrijfsvoering. Hiermee zouden de bewust geselecteerde duo’s uit elkaar worden getrokken. Het idee van de Raad van Bestuur strandde voortijdig omdat het Stafbestuur zich niet kon verenigen met de wijze waarop de Raad van Bestuur (zonder betrokkenheid van het Stafbestuur) tot dit besluit was gekomen.

Daarnaast wordt in het ziekenhuis geïnvesteerd in Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers met managementopleidingen en Management Development trajecten om het functioneren van het management van de eenheid te verbeteren. Daar waar het niet lukt om het functioneren van het management van de eenheid te verbeteren, worden Managers Bedrijfsvoering ontslagen en nieuwe managers aangetrokken. Recentelijk werden vacatures uitgezet om nieuwe Managers Bedrijfsvoering aan te stellen. Door nieuwe personen aan te trekken kunnen oude patronen worden doorbroken (RB 10).

5.6 COMMISSIES EN WERKGROEPEN IN BESTURING

In het ziekenhuis worden commissies en werkgroepen ingezet om te komen tot besluiten. Het ziekenhuis is erg sterk in het formeren van commissies (RB 25). Er zijn vaste commissies³⁰ ingericht rondom verschillende onderwerpen zoals ethiek, klachten en patiëntveiligheid. In deze commissies zijn medisch specialisten, verpleegkundigen, beleidsmedewerkers, managers en bestuurders actief. Daarnaast wordt in het ziekenhuis gebruik gemaakt van tijdelijke werkgroepen. Deze werkgroepen worden geformeerd rondom een

³⁰ *Diabetes Commissie, Commissie Ethiek, Commissie Infectiepreventie, Commissie Klachtencommissie, Commissie Patiëntveiligheid, Orgaandonatie Commissie, Oncologiecommissie, Samenstelling Medisch Specialisten Opleidingscommissie (MSOC), Samenstelling BOC, Wetenschapscommissie (Jaarverslag 2011). Zelf ziet het ziekenhuis de adviesorganen Cliëntenraad, Ondernemingsraad en het bestuur van de Verpleegkundige Adviesraad ook als commissies (Jaarverslag, 2011).*

onderwerp dat ‘eenmalig’ moet worden uitgediept. Volgens één van de respondenten worden werkgroepen ook geformeerd als er zich een probleem voordoet.

Werkgroepen hulpmiddel én façade in strategieproces

Tijdens het onderzoek werd de strategie en in het bijzonder de locatieprofilering uitgewerkt met behulp van een traject met werkgroepen. Aanvankelijk had de Raad van Bestuur zelf ideeën over de te varen koers, maar nadat deze ideeën strandden door het ontbreken van betrokkenheid van andere actoren, werd ervoor gekozen een proces op te zetten waarbij diverse mensen uit de organisatie in werkgroepen aan de slag moesten gaan met verschillende onderwerpen. Ondanks dat het werken met werkgroepen tijd kost, gaf het de mogelijkheid om mensen uit de organisatie bij de strategievorming te betrekken (en vooral specialisten zoals uit volgend citaat blijkt):

Uit gespreksverslag bestuurder: “En daar hebben we ook heel zorgvuldig een traject afgelopen ehm waarvan je eigenlijk aan de voorkant wel een beetje wist waar het op uit zou komen. Helemaal als je ziet wat de landelijke ontwikkelingen zijn met concentratie, ehm maar door het traject zo zorgvuldig te lopen en er misschien wel iets langer over te doen dan je zou, normaal zou willen, toch je doel bereiken, dat is wel van belang. Dus dan liever iets langzamer, en we kunnen het ons ook nog net veroorloven, en goed, dan in grote stappen snel thuis. Dus het meenemen, dokters meenemen, het samen ehm dingen doen is hier wel in dit ziekenhuis, ik weet niet hoe dat in andere ziekenhuizen is, maar wel een belangrijke succesfactor. Als je hier te veel de ideeën van de Raad van Bestuur komen, en het is het ‘not invented here’ syndroom, als dokters niet het gevoel hebben van het is niet door ons bedacht maar zij hebben het bedacht, dan euh ehm ja dan ehm dan kun je ernstig op achterstand komen.” (RB 10)

Diverse mensen werden benaderd door de Raad van Bestuur en/of het Stafbestuur voor deelname aan de werkgroepen (onder andere Medisch Managers, Managers Bedrijfsvoering en sleutelpersonen in besturing ziekenhuis (voor laatste zie paragraaf 5.7.2)). Diverse redenen werden gegeven voor de selectie van mensen voor werkgroepen: inhoudelijke kennis en betrokkenheid bij thema’s, keuze voor mensen met gezag in organisatie opdat zij kennis en draagvlak konden verspreiden in organisatie (RB 1). Zelf namen respondenten deel aan de werkgroep om zelf invloed uit te oefenen op het proces (RB 5).

De werkgroepen gingen in opdracht van een Stuurgroep aan de slag met uiteenlopende deelonderzoeken³¹ binnen de gestelde kaders. Deze Stuurgroep werd gevormd door de Raad van Bestuur, leden van het Dagelijks Bestuur Stafbestuur, secretaris Raad van Bestuur, Manager P&O en een externe adviseur. De leden van de werkgroepen richtten zich bij het uitvoeren van de verschillende deelonderzoeken op het verzamelen van relevante informatie, het doen van analyses, het ontwikkelen van instrumenten en het formuleren van adviezen voor de onderbouwing van de besluitvorming over de strategie en locatieprofilering (Plan van aanpak strategie en locatieprofilering deelonderzoeken 27-6-2011).

³¹ Drie thema’s werden onderzocht: zorgontwikkeling & portfolioanalyse, lateralisatiedashboard & zorglogistiek en vastgoed & huisvesting.

Tijdens het proces werd de organisatie bijgestaan door nog eens drie externe bureaus om te komen tot inhoudelijke keuzes en om het besluitvormingsproces in het ziekenhuis in goede banen te leiden. De werkgroepen rapporteerden aan de Stuurgroep en een regiegroep (bestaande uit secretaris Raad van Bestuur, manager p&o en drie externe adviseurs) die de supervisie van de verschillende werkgroepen als taak had. Tussen de werkgroepen en de Stuurgroep, maar ook binnen en tussen de werkgroepen werd veel gediscussieerd over de te maken keuzes. Vanwege de grote implicaties van de strategische keuzes ontstond er veel ophef in het ziekenhuis. Daar waar vragen waren of onrust was, gingen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur langs voor een gesprek en gaven zij antwoord op bestaande vragen. De doorlooptijd tussen het plan om de strategie op te pakken en de keuze voor een strategie heeft ruim een jaar geduurd.

Uit gespreksverslag Medisch Manager en lid werkgroep: “[wij zijn] met onze conclusies [en aanbevelingen] naar de Raad van Bestuur gegaan. Onze mening zo moet het. ... Samen, tussen de werkgroepen [besproken] en dan een delegatie naar de Raad van Bestuur. Op zich de drie externe bureaus zelf naar de Raad van Bestuur. En dan eerste document, met heel gevoelige punten. En dat was dus, heel moeilijke periode. Want heel veel (gevecht...) van de mensen, en dat gaat niet gebeuren, en nooit. Dat heeft dus een jaar geduurd. Vanuit het moment dat wij klaar waren met de conclusies en de aanbevelingen tot aan het document van drie weken geleden, ja waren we een jaar verder. Maar de mensen hebben de tijd nodig om te realiseren dat dit misschien wel de goede weg is. Tussen eigen belang, tussen ehm gevoel, buikgevoel, emoties.” (RB 5)

De meerderheid van de respondenten was positief over de aanpak van het proces. Het is vooral de besluitkracht die na een periode van besluiteloosheid door de bestuurscrisis en een interbellum met interim-bestuurders, als positief werd ervaren. Maar enkele respondenten maakten wel kritische kanttekeningen bij de betekenis van de werkgroepen in dit proces rondom de strategie en locatieprofilering. De werkgroepen zouden enkel in het leven zijn geroepen voor draagvlak voor de besluitvorming in het ziekenhuis. Met de inbreng van de werkgroep leden zou nauwelijks iets gedaan zijn. Hieronder een citaat waarin beide beelden over de betekenis van de werkgroepen in het strategieproces wordt beschreven.

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering en lid werkgroep: “R³²: Nou, de kracht van deze structuur en van onze huidige organisatie, die is wel van goh, er is nu wel een besluit genomen. Hè, ongeacht over hoe dat is gebeurd, maar we hebben jaren in besluiteloosheid geleefd. Hè, dus iedereen is nu wel aan het doorpakken en aan het denken richting 2013. Maar dat kan ook een strategie geweest zijn van de Raad van Bestuur. ... Door het zo te laten gebeuren, dit hele proces. ... Met projectgroepen, mensen dingen uit te laten werken, externe bureaus benaderen en dan uiteindelijk toch zelf een besluit nemen. ... Dat iedereen wel mee heeft gedacht, hè, maar dat ze [Raad van Bestuur] uiteindelijk daar toch zelf een besluit in hebben genomen.

I: Ja. Maar wat is dan het beoogde effect zijn van de Raad van Bestuur?

R: Dat mensen er toch het idee hebben dat ze er een rol in hebben gespeeld in de besluitvorming.

³² In dit verslag verwijst in tekstfragmenten de letter R naar de respondent en I naar interviewer.

R: Volgens mij [heeft de Raad van Bestuur] hier heel goed over nagedacht. ... Ja, als je een top-down besluit neemt, gaat iedereen met z'n hakken in het zand staan. En nu hebben ze iedereen het idee gegeven dat ze mee hebben gewerkt, er hebben externe bureaus naar gekeken, die daar ehm, inhoudskundige op waren. Dus is dan gemeenschappelijk gedragen besluit.

I: Maar zo voelde het in ieder geval voor jou niet?

R: Nee.” (RB 1)

Bij sommige mensen in de organisatie bestaat het beeld dat een hele organisatie werd opgetuigd om mensen uit de organisatie mee te laten denken, maar dat uiteindelijk niets met deze input gedaan is (RB 1). Dit zorgt voor een deuk in het vertrouwen.

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: “Wat je dan krijgt over het hebben van vertrouwen... Ik zat er ook in met 1, 2, 3, 4, 5, 6 medisch specialisten. Nou drie daarvan die komen dan zeggen ze van in zoiets trap ik natuurlijk gewoon niet meer in. Die voelen zich gewoon bedrogen. Kijk en als je het hebt over vertrouwen tussen organisaties en medisch specialisten ook op strategisch niveau dat ik denk van daar is het in ieder geval niet goed voor geweest, ik had veel beter kunnen zeggen van jongens we hebben een voorstel één locatie gaat dicht, een andere locatie op termijn, en op één locatie moeten we inzake acute zorg wat vinden. Wij denken ook van dat en daar gaan we het ook over hebben. [Maar nu is er] een heel circus [opgetuigd].” (RB 1)

5.7 ROUTES MEDISCHE STAF

5.7.1 Besturingsstructuur medische staf

Binnen de medische staf zijn diverse geledingen actief. De geledingen bieden podia voor medisch specialisten om elkaar te ontmoeten en om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in het ziekenhuis. In voorgaande paragrafen werd de rol van het (Dagelijks Bestuur) Stafbestuur en de Medisch Manager in het ziekenhuis beschreven. Het Stafbestuur wordt wel beschouwd als een vooruitgeschoven post van de gehele medische staf (waarvan ze ook haar formele mandaat heeft ontvangen). Zij vertegenwoordigt de belangen van de gehele medische staf. De Medisch Manager is gemandateerd door de leden van de vakgroep/maatschap om hun belangen te vertegenwoordigen in het management van de eenheid. Naast het (DB) Stafbestuur en de Medisch Manager kan er binnen de organisatie van de medische staf een onderscheid worden gemaakt tussen de voorzitters van de vakgroepen/maatschappen, de Algemene Leden Vergadering en het Coöperatie bestuur. De Algemene Leden Vergadering is een vergadering waarin de individuele leden van de medische staf besluiten nemen bij een meerderheid van stemmen. Het is een besluitvormend orgaan binnen de medische staf. Het Coöperatie bestuur vertegenwoordigt de financiële belangen van de vrijgevestigde specialisten in het ziekenhuis.

Door verschuivingen in de besturingsstructuur van het ziekenhuis als gevolg van de decentralisatie en duaal management, is de organisatie van de medische staf ook aan verandering onderhevig. Het management van het primaire proces is in toenemende

mate in handen van de Managers Bedrijfsvoering en de Medisch Manager.³³ De Medisch Manager heeft een meer prominente positie gekregen in de besturing van de eenheden door de introductie van de Eenhedenstructuur. De besluitvormingsstructuur waarbij de Medisch Manager betrokken is, komt langzaam op gang (RB 10). Het overleg van Medisch Managers (waar ook het Stafbestuur bij zit) speelt een steeds belangrijkere rol.

Dat de verhoudingen binnen de medische staf aan het verschuiven zijn in de richting van de Medisch Manager, blijkt ook uit de afnemende belangstelling voor de Algemene Leden Vergadering (zie paragraaf ook 5.7). De Medisch Managers en hun overleg winnen aan belang, terwijl de Algemene Leden Vergadering aan waarde verliest (RB 13). Door de veelheid van bijeenkomsten in de medische staf, is de bijeenkomst van de Algemene Leden Vergadering vooral informerend. Er komt geen discussie op gang in dit overleg (RB 13). De opkomst van de leden binnen de Algemene Leden Vergadering is onvoorspelbaar en wisselend. De toegevoegde waarde van de Algemene Leden Vergadering wordt door het Stafbestuur in twijfel getrokken. Er wordt dan ook door het Stafbestuur gekeken naar manieren om de Algemene Leden Vergadering naar de achtergrond te brengen door het introduceren van een “*kernstaf*” waar Medisch Managers samen besluiten mogen nemen namens medici in het ziekenhuis (RB 15). Daarnaast denkt het Stafbestuur in de richting van een Beleidscommissie waar de Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers samen met elkaar om tafel zitten, in plaats van gescheiden overleg voeren (RB 15).

Niet alleen wordt de betekenis van de Algemene Leden Vergadering in twijfel getrokken, ook worden door het Stafbestuur vragen gesteld over de rol van het Stafbestuur (zie ook paragraaf 5.2). Als de Medisch Manager meer naar de voorgrond treedt (al dan niet met behulp van Beleidscommissie), kan het Stafbestuur een stapje terug doen en zich meer richten op de strategische onderwerpen in het ziekenhuis (RB 13). Een respondent merkt op dat door de vele geleidingen en vergaderingen, het Stafbestuur in de medische staf in verdrukking raakt.

Uit gespreksverslag lid Dagelijks Bestuur Stafbestuur: “*Nou sommige dingen doen wij [als Stafbestuur] echt zo super netjes, dat het zo ontzettend vervelend wordt, dus die gaan we, bijvoorbeeld over de locatieprofilering, of de evaluatie van de eenheden, die bespreken we dan op dit niveau (wijst op papier), dan praten we erover, of het Dagelijks Bestuur en dan met het Stafbestuur en dan ehm met de Medisch Managers, ow en dat is natuurlijk ook weer dual, want hier heb je weer de Managers Bedrijfsvoering. We proberen alles dual te doen, en dan heb je hier nog eens de Algemene Leden Vergadering. Maar op de Algemene Leden Vergadering komen ook weer die 35 Medisch Managers. Dus het is soms heel lastig om dat goed te doen.*” (RB 15)

De samenwerking tussen het Stafbestuur en de Medisch Managers wordt “*plezierig en constructief*” ervaren door alle Medisch Managers (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011).

³³ Hoewel de positie van Medisch Manager wordt ingevuld door enkele beleidsbepalende personen, ontbreekt het bij veel Medisch Managers aan mandaat.

De Medisch Manager heeft vooral veel contact met het Stafbestuur en minder met de Raad van Bestuur. Daar waar Managers Bedrijfsvoering de weg vinden naar de Raad van Bestuur, vinden Medisch Managers de weg naar het Stafbestuur. De besturing van het ziekenhuis is sterk “verzuild” (RB 15): aan de ene kant is er een directe lijn tussen de Raad van Bestuur en de Managers Bedrijfsvoering en aan de andere kant tussen het Stafbestuur en de Medisch Managers. De reden dat de Medisch Managers vooral naar het Stafbestuur komen, is omdat de Medisch Managers de Raad van Bestuur niet vaak tegen komen zonder het Stafbestuur (RB 15). “*De Raad van Bestuur zit niet bij het overleg van de Medisch Managers, en wij [als Stafbestuur] wel... Wij [zitten als Stafbestuur ook] altijd bij die vreselijke 4, 8, 12 maandgesprekken*” (RB 15).

Uit gespreksverslag lid Dagelijks Bestuur Stafbestuur: “*Er bestaat nogal snel de neiging om het omhoog te gooien [bij het Stafbestuur maar ook bij de burens, namelijk de Raad van Bestuur]. ... Dat is een beetje het manco van het systeem als ze bij ons moeten komen. Vanochtend had ik iemand die kwam uithuilen omdat ie bij geen van de Medisch Managers gehoor heeft gevonden, daar zijn we ook voor. Maar soms zijn wij het eerste naar wie ze komen. ... We denken wel vaak van goh had elkaar maar even opgezocht, had het onder ons opgelost.*” (RB 15)

Door de aanwezigheid van verschillende geledingen en podia hebben leden van de medische staf de gelegenheid om elkaar te ontmoeten en om invloed uit te oefenen op de besluitvorming in het ziekenhuis. Lukt het bij de één niet, dan gaan ze naar de ander.

Uit gespreksverslag medisch specialist: “*Nou ja, kijk, als ik ehm, als ik ehm, als ik iets per se wil, hè? Wat geld kost of wat dan ook, ik wil een bepaalde faciliteit hebben of ... en het lukt niet op die manier. Ik vraag het via de reguliere weg aan de Raad van Bestuur en die zegt, ja, dat gaat allemaal niet. Dan moet ik, dan kan ik proberen via de staf, de medisch specialisten het draagvlak te krijgen en dan laat ik het nog een keer via de staf mee aanvragen. ... En als het dan niet lukt, dan hebben we ook nog onze coöperatie en dan kunnen we nog iets meer druk zetten.*” (RB 26)

5.7.2 “Olifanten”³⁴, “smaakmakers” en “beleidsbepalers”³⁵

Vroeger waren er in de medische staf een paar “grijze olifanten” die bepalend waren voor de koers van de staf (RB 13). Dit zijn sleutelpersonen in de medische staf die invloed konden uitoefenen op besluitvorming in het ziekenhuis (zonder formele posities te hebben). En niet alleen in de medische staf maar ook in het ziekenhuis klopten zij bij de Raad van Bestuur aan om zaken te regelen of tegen te houden. Deze olifanten zijn langzaam maar zeker de organisatie aan het verlaten (omdat zij met pensioen gaan). Bij het vertrek van deze olifanten binnen de medische staf maken zij ruimte voor andere sleutelfiguren in de medische staf die invloed weten uit te oefenen op de besluitvorming in het ziekenhuis. In het ziekenhuis zijn diverse sleutelpersonen actief die in staat zijn via informele en

³⁴ Bron: RB 13.

³⁵ Bron: RB 26.

formele kanalen invloed uit te oefenen op de besluitvorming, namelijk “smaakmakers” en “beïnvloeders” (RB 26). Smaakmakers zetten de sfeer en bepalen de stemming rondom een besluit. Beïnvloeders zijn bepalend voor de inhoudelijke keuzes die genomen worden (RB 2). Om invloed uit te kunnen oefenen hoef je niet altijd een formele positie te bekleden. Sterker nog, bepaalde bestuurlijke posities in de medische staf zoals het lidmaatschap van Stafbestuur of van Medisch Manager worden soms gezien als “afvalputje... voor de matig functionerende specialisten” (RB 26). Maar één respondent geeft juist ook aan dat het belangrijk kan zijn om op die plekken te zitten waar besluiten vallen die voor je vakgroep/maatschap relevant zijn (RB 26). In het ziekenhuis zijn het de “wijze dames en heren met autoriteit” in de organisatie (RB 26) die op basis van hun vakinhoudelijke kennis en bestuurlijke ervaring invloed uitoefenen op besluitvorming (RB 26).

Uit gespreksverslag smaakmaker: “[Je hebt een] aantal informele machthebbers. Mensen, die gewoon veel meer in de melk te brokkelen hebben op basis van wetenschappelijke prestatie. Bijvoorbeeld in mijn maatschap zit iemand, die heeft heel veel, gewoon omdat ‘ie heel veel wetenschappelijke prestaties levert en een sterke persoonlijkheid heeft. En ehm, of op basis van ehm, of ze hebben een grote bek. Sommige mensen hebben dat ook. Er zijn ook mensen die rondlopen zo. Dat is helemaal geen nieuws.[...] Ik ben op papier de complete machthebber, maar ik ben formeel niet de machthebber. Er is iemand anders, die een beetje de zaken achter de schermen domineert. Ja, dat komt, dat is gewoon een sterke persoonlijkheid, denk ik. Dat is de meeste voor de hand liggende verklaring. En die ook veel presteert op wetenschappelijk terrein. [Je hebt mensen die boven in de pikorde staan, die hebben] toch wel charisma, dat is denk ik toch wel onmeetbaar, maar ik denk dat het wel bestaat. Ik denk, dat of je goed bent in je vak of niet, maakt heel veel uit. ... Maar dat is denk ik ehm, heel belangrijk dat je goed bent in je vak, want anders ben je eigenlijk niet geloofwaardig, heb je geen positie. Nou, je moet natuurlijk ook wel een aardige vent zijn. Maar dat is veel minder belangrijk. Je moet misschien wel een beetje een hang hebben naar machtsuitoefening. De Duitsers noemen dat ‘Der Wille zur Macht’.” (RB 26)

Een paar jaar geleden waren in het ziekenhuis in verhouding veel sleutelpersonen actief. De reden hiervoor was dat goede besturing ontbrak door de bestuurscrisis waardoor anderen dit gat gingen opvullen (RB 13 bijvoorbeeld). De mensen die voorheen invloed uitoefenden via informele en formele kanalen, zitten nu meer op formele plekken (RB 13). Zo bekleden op dit moment diverse sleutelpersonen een positie als Medisch Manager of bestuurslid (Medische Staf en Koepel³⁶).

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur: “En de mensen die dan invloed hadden, die zitten nu wel op formele plekken, ook omdat we nu meer formele plekken hebben gekregen, en ook wel omdat je, we hebben natuurlijk ook een hele tijd interim-bestuurders gehad en dan heb je gewoon, daar werd niet bestuurd, dus kreeg je allerlei mensen daaronder en daarombeem ehm die hele belangrijke [posities] hadden.” (RB 15)

“Smaakmakers” en “beïnvloeders” zijn actief door de hele organisatie. Daar waar in het verleden de grijze olifanten rechtstreeks aanklopten bij de Raad van Bestuur, doet de

³⁶ De Koepel verwijst naar geleding waarin financiële belangen van (vrijgevestigde) medici worden behartigd.

huidige generatie van “smaakmakers” en “beïnvloeders” dit minder. Maar nog steeds zijn er medici die rechtstreeks bij de Raad van Bestuur terecht komen met hun vragen en opmerkingen. De Raad van Bestuur kiest ervoor deze vragen zoveel mogelijk terug te zetten in de lijn (RB 10). Afhankelijk van de ernst van het onderwerp en persoon die contact zoekt met de Raad van Bestuur, gaat deze al dan niet direct in gesprek (RB 10). Is het iemand die niet zomaar aanklopt of is het een medicus die geen sterke Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering in zijn eenheid heeft, dan is de kans groot dat de Raad van Bestuur rechtstreeks hierover in gesprek gaat met desbetreffende medicus.

Uit gespreksverslag Medisch Manager: “En ehm, ja, ik denk dat het belangrijk is om gewoon een continue lijn open te hebben met de Raad van Bestuur, want ook over kleine dingen. Want als je met grote dingen met elkaar eens bent, dan gaan kleine dingen makkelijker tussendoor. ... Dus ik loop vrij makkelijk naar boven. ... wij doen eerst informeel. ... Als er iets binnenkomt of er komt een plan, dan loop ik even naar boven. Dan zeg ik, moet je eens luisteren, wij willen dit, hoe zien jullie dat? En als we het eens zijn, dan schrijf ik het formeel op en dan stuur ik het nog een keer formeel. ... Bijvoorbeeld ik wil een extra chirurg aannemen. Is daar ruimte voor? En dan loop ik naar boven, ik zeg, nou, dan zegt ‘ie, weet je wat, maak eens een plan onderbouw het. En dan leggen we het voor en dan gaat het wel of niet lukken. En dan worden ook andere mensen gehoord. Dat gaat ook met invulling van vacatures. We hebben ook ehm, soms niet zo’n lekker lopende chirurgen, die ik kwijt moet. Nou, dat gaat ook niet eenvoudig. Want die ontslagprocedures, die lopen via de Raad van Bestuur en via ons. En wij moeten een lijn vormen anders dan werkt dat nooit, dan word je uitgespeeld en daar zijn we nu ook mee bezig.” (RB 2)

Hoewel het in de afgelopen jaren minder is geworden, bestaat in het ziekenhuis nog altijd de neiging om zaken “omhoog te gooien” (RB 15) en om zaken “buiten de lijnorganisatie om” te regelen (RB 7). Specialisten stappen rechtstreeks naar de Raad van Bestuur en het Stafbestuur in plaats van naar de voorzitter van de vakgroep/maatschap en Medisch Manager, en Managers Bedrijfsvoering zoeken rechtstreeks contact met de Raad van Bestuur. Hiermee worden lijnen in de besturingsstructuur omzeild.

In het ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een “piepsysteem” door vooral medisch specialisten (RB 2). Het piepsysteem verwijst naar de activiteiten die afzonderlijke specialisten of vakgroepen/maatschappen verrichten om een stempel te kunnen drukken op de gang van zaken in het ziekenhuis door te “piepen” (RB 2) of een “grote mond te hebben” (RB 26); met andere woorden door hun vragen en eisen duidelijk naar de voorgrond te brengen. In het ziekenhuis wordt rekening gehouden met het piepsysteem van medisch specialisten. Om zaken te regelen of om besluiten te blokkeren stappen zij niet alleen naar de Raad van Bestuur en het Stafbestuur maar ook naar collega specialisten.

Tijdens het strategietraject, waarbij gesproken werd over de locatieprofilering, kwam een duidelijk voorbeeld naar voren waarbij enkele sleutelpersonen via informele kanalen invloed uitoefenden op het besluitvormingsproces (uit observatie en gespreksverslagen). Het verzet van intensivisten tegen een strategische keuze inzake de locatieprofilering, stuitte op weerstand bij een paar specialisten uit de vakgroep cardiologie. Het gedrag van

de intensivisten, namelijk het doordrukken van hun belangen, zou niet door de beugel kunnen. In de wandelgangen zochten de cardiologen de chirurgen op en besloten samen op te treden tegen dit gedrag. De kleine maar redelijk machtige maatschap cardiologie zocht contact met chirurgen omdat de chirurgie een machtige maatschap is. Ze zochten de macht op om invloed uit te kunnen oefenen. Ze besloten dus om een *“coalitie [te vormen] ... Coalitie van mensen die goed begrijpen wat speelt, [met mensen met gewoon hetzelfde idee]”* (RB 5). Samen besloten de vakgroepen cardiologie en chirurgie een brief te sturen naar de intensivisten. In de brief stelden ze een ultimatum; of de intensivisten moesten meegaan in keuze die de cardiologen en de chirurgen voor ogen hadden of de cardiologen en chirurgen zouden zelf op zoek gaan naar nieuwe intensivisten. Door te *“lobbyen”* in het ziekenhuis probeerden de cardiologen en chirurgen draagvlak te creëren voor hun standpunt (RB 26). *“En die weerstand in de eigen groepen overwinnen, dat waren hele harde noten om te kraken”* (RB 26). Het is uiteindelijk de Raad van Bestuur ondersteund door een extern adviesbureau (en werkgroepen) – en niet rechtstreek de vakgroepen cardiologie en chirurgie – die gekomen is tot een locatieplan waarin de intensivisten een toezegging moesten doen (in het geval van noodgevallen) (RB 26). De brief heeft er wel voor gezorgd dat vakgroepen *“natuurlijk eventjes in ehm, wat minder soepele ehm, verstandhouding [raakten]”* (RB 26). Ze moeten weer even ‘on speaking terms’ komen (RB 26), inclusief de voorzitter van het Dagelijks Bestuur Stafbestuur die als intensivist te veel de belangen van de eigen maatschap zou hebben doorgedrukt. Naar eigen zeggen hebben de vakgroepen deze persoon tijdens het besluitvormingsproces *“uitgeschakeld”* (RB 5). *“Vanaf het moment dat wij deze mensen een beetje hebben uitgeschakeld, toen ging het beter”* (RB 5).

In het ziekenhuis worden ideeën gepolst, sterke partners gezocht en gelobbyd om invloed te kunnen uitoefenen op de besturing van het ziekenhuis. Dit polsen gebeurt tijdens informele contacten op de wandelgangen en op de werkvloer. Het ziekenhuis heeft niet alleen een formele maar ook een informele kant. Volgens één van de respondenten gebeurt *“80% informeel achter de schermen”* (RB 2). In het ‘informele circuit’ worden door medisch specialisten (al dan niet met een formele positie) en ook andere mensen in de organisatie (zoals leden van de Raad van Bestuur en Managers Bedrijfsvoering) ideeën gepolst en gelobbyd. Door persoonlijk contact investeren, streven personen daarnaast naar een goede relatie met andere actoren (RB 11).

6

Besturen door coalitie Raad van Bestuur en Stafbestuur

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur: "Vroeger was er wel [een informeel circuit], en dan begon het op een gegeven moment te zoemen, als men het niet eens was met de Raad van Bestuur. ... En dan leidde dat vaak wel tot een bijeenkomst van een aantal mensen informeel. ... Die dan op een gegeven moment zeiden van hier zijn we het niet mee eens, of dat gaat niet gebeuren, of die wordt geen voorzitter.... En dat gebeurde dan ook niet. Daarvoor zijn die krachten ook te groot. Machiavelli hè. ... Die krachten zijn er [nog steeds] wel, maar doordat de wijze van besturen veel transparanter is en procedureel correct, is de discussie veel meer gekanaliseerd."
(RC 14)

In ziekenhuis C is de afgelopen jaren het informele circuit afgenomen. Medici vinden het minder noodzakelijk om via informele lijnen invloed uit te oefenen op de besturing van het ziekenhuis. De oorzaak hiervan is gelegen in de hechte samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. Na een periode van bestuurlijke onrust en het vertrek van diverse leden van de Raad van Bestuur, is een nieuwe Raad van Bestuur aangesteld die draagvlak heeft in de organisatie. In de besturing van het ziekenhuis leunt de Raad van Bestuur op het management van de stafdiensten en het management van de eenheden. Ook het nieuw aangestelde Stafbestuur krijgt de ruimte van de medische staf om het ziekenhuis te besturen. De leden van de medische staf (en het Stafbestuur als vertegenwoordiger van de medische staf) hebben hun krachten gebundeld in de besturing van het ziekenhuis. Voorheen bestond er een actief informeel circuit, maar door wijzigingen in het bestuur van de organisatie en de organisatie van de medische staf, worden informele krachten gekanaliseerd in de richting van formele besluitvormingsroutes. In het ziekenhuis zijn in toenemende mate verantwoordelijkheden en bevoegdheden decentraal belegd bij het management van de eenheden als gevolg van de introductie van een Eenhedenstructuur en het schrappen van een managementlaag. Maar in het ziekenhuis bestaat ontevredenheid over het zelfsturend vermogen van het management van de eenheden om de eigen broek op te houden. Er zou te veel conflict zijn tussen de verschillende (managers van de) eenheden en onvoldoende competenties om de eenheden in het ziekenhuis aan te sturen. Om de complexe taak van het management van de eenheden waar te maken,

worden in het ziekenhuis stappen gezet om de competenties van het management te verbeteren.

In hoofdstuk 6 worden de posities en de rollen van diverse actoren in de besturing van ziekenhuis C en hun interacties beschreven.

6.1 RAAD VAN BESTUUR BRENGT VERANDERING

6.1.1 Instabiliteit in de Raad van Bestuur

Het ziekenhuis kent een roerig verleden door vele bestuurswisselingen in de Raad van Bestuur. Aan de stabiliteit in de Raad van Bestuur ten tijde van het onderzoek is een periode van tien jaar van onrust in de Raad van Bestuur voorafgegaan. In deze periode zijn negen personen in elf verschillende samenstellingen van de Raad van Bestuur actief geweest. In 2007 werd het ziekenhuis voor het laatst verrast door het plotselinge vertrek van de voorzitter van de Raad van Bestuur. Volgens respondenten (RC 11; RC 12; RC 13; RC 15; RC 16; RC 20) werden deze wisselingen in de Raad van Bestuur veroorzaakt door bestuurders die onvoldoende in staat bleken de organisatie te besturen omdat ze niet beschikten over de juiste set aan competenties. Sommige bestuurders waren vakinhoudelijk onvoldoende onderlegd om aan het roer te staan van de organisatie. Ze wisten onvoldoende van de zorg die in ziekenhuizen geleverd wordt en de manier waarop het ziekenhuis is georganiseerd. Andere bestuurders waren onvoldoende communicatief, namelijk onvoldoende in staat om te communiceren met medewerkers en medisch specialisten in het ziekenhuis. Het ontbreken van de combinatie van beide competenties in de Raad van Bestuur is volgen een respondent (RC 20) de oorzaak van de vele bestuurswisselingen.

Uit gespreksverslag manager stafdienst: “Er zijn een paar competenties wat mij betreft heel erg belangrijk die je in je bestuur moet hebben. En dat is ehm a) inhoudelijke kennis; weet ik waar ik het over heb. En b) communicatieve vermogen. En op het moment dat je die combinatie niet hebt dan gaat het ergens mis. Ehm wij hebben een hele goede communicator in de Raad van Bestuur gehad ooit: een dame die het helemaal alleen gedaan heeft, maar verstand van zaken had ze niet. Dat is niet houdbaar. Andersom ook: we hadden een voorzitter Raad van Bestuur, een prachtige vent, ik kon heel goed met hem overweg, ehm inhoudelijk heel erg sterk, ook arts van oorsprong, maar veel te nors, kan nooit een complimentje af voor iemand. Als hij in bijeenkomsten verscheen, [gaf hij] allemaal kritische opmerkingen [en was] niet enthousiasmerend, niet motiverend. Dus dat ehm. En op het moment dat je die combi hebt [tussen zorginhoudelijke kennis en communicatief vermogen], is volgens mij de succesfactor [voor een goed bestuur].” (RC 20)

6.1.2 Aanstelling nieuwe Raad van Bestuur

Volgens respondenten (RC 11; RC 12; RC 13; RC 15; RC 16; RC 20) zorgde de instabiliteit van de Raad van Bestuur voor onrust in het ziekenhuis. “De instabiliteit [in de Raad van Bestuur] komt het [ziekenhuis] niet ten goede” (Notitie Stafbestuur, 2008). Het plotselinge vertrek van de voorzitter van de Raad van Bestuur in 2007 binnen de reeks van “snel

wisselende samenstellingen van de Raden van Bestuur” (Notitie Stafbestuur, 2008) vormde dan ook de aanleiding voor de Raad van Toezicht én het Stafbestuur om op zoek te gaan naar een nieuwe Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht is formeel belast met deze taak en niet het Stafbestuur. Het Stafbestuur verrichtte zelfstandig een analyse naar de oorzaken van de instabiliteit in de Raad van Bestuur en ging zelf op zoek naar een nieuwe bestuurder. Uit de analyse¹ van het Stafbestuur kwam een profiel voor de voorzitter van de Raad van Bestuur naar voren (Notitie Stafbestuur, 2008). Hoewel het Stafbestuur dus zelf formeel nooit in de lead is in het aanstellingsproces, gingen de leden van het Stafbestuur op zoek naar een bestuurder met ervaring in het ziekenhuis, strategisch denkvermogen, communicatieve vaardigheden, besluitvaardigheid, een constructief “leider” (RC 16) die het beste uit mensen in de organisatie kan halen en iemand die binding heeft met de regio. Bovendien moest de nieuwe bestuurder de relatie met de medische staf willen versterken en moest er tussen bestuurders een basis van vertrouwen en onderling respect zijn. Ook moest hij de keuze voor de Eenhedenstructuur (ook wel Unitsstructuur genoemd in dit ziekenhuis) als toekomstige organisatiestructuur onderschrijven en bereid zijn om minimaal vijf jaar aan te blijven. Leden van het Stafbestuur zijn tot dit profiel gekomen door onderzoek te verrichten in de eigen organisatie, maar ook door het voeren van gesprekken met bestuurders in andere ziekenhuizen. Hier werd gezocht naar de redenen waarom de besturing daar wel goed ging. Het Stafbestuur is op basis van dit profiel en de onderliggende analyse het gesprek met de Raad van Toezicht aangegaan.

Uit gespreksverslag manager en voormalig voorzitter Stafbestuur: *“En toen zijn we dat met de Raad van Toezicht gaan bespreken. Ja, dat was toch wel een beetje lastig. Want als er zo’n bestuursinstabiliteit is, dan ga je ook een beetje praten over de verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht. Dus ze voelden toch ook wel een beetje, heb ik achteraf het gevoel, zich daarin bedreigd, dat wij zeiden we vinden het eigenlijk niet goed zoals het nu gaat. Het moet beter. Dat hebben ze toen opgelost naar mijn gevoel door te zeggen van dat zijn we met jullie eens, dat gaan we uitzoeken. Maar we vinden dat [we] ook even eens [een pas] op de [plaats moeten maken, even] nadenken.”* (RC 16)

Het Stafbestuur had een duidelijk profiel van een nieuwe bestuurder voor ogen en had daarnaast de wens om een externe partij in te schakelen om deze bestuurder te werven. Ondanks de wens van het Stafbestuur om een externe partij in te huren, is de Raad van Toezicht zelf een intern onderzoek gestart in samenwerking met de secretaris van de Raad van Bestuur. In huis werden gesprekken gevoerd over hoe er weer stabiliteit in de Raad van Bestuur kon komen. Ook las de Raad van Toezicht de analyse van het Stafbestuur. Tussen het rapport waar de Raad van Toezicht mee kwam en de analyse van het Stafbestuur, bleken veel overeenkomsten te zitten. Ze waren het eens dat er een interim-bestuurder moest komen. Waar ze het niet over eens waren was wie deze interimmer moest worden. De Raad van Toezicht wilde een lid van de Raad van Toezicht naar voren schuiven, terwijl het

¹ In ditzelfde onderzoek heeft het Stafbestuur onderzoek verricht naar de relatie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, de relatie tussen Raad van Bestuur en het Management Team, de organisatiestructuur, de coherentie binnen de medische staf en de Raad van Toezicht.

Stafbestuur een andere kandidaat voor ogen had. Deze kandidaat was genoemd tijdens de gesprekken die het Stafbestuur in andere ziekenhuizen had gevoerd. Het Stafbestuur wilde een goede start met iemand waar zij vertrouwen in hadden en die in tegenstelling tot voorgaande leden ook veel communicatiever zou zijn (RC 16). Het Stafbestuur heeft erop aangedrongen dat de kandidaat die zij zelf voor ogen had, werd aangesteld. Het Stafbestuur heeft in dit proces steun gezocht bij de Ondernemingsraad en Cliëntenraad voor hun keuze.

Uit gespreksverslag manager voormalig voorzitter Stafbestuur: “Ja, we hebben gezegd dat we als staf geen steun zouden geven [aan eerste plan Raad van Toezicht]. ... Wat we toen ook gedaan hebben, we zijn ook met de andere adviesorganen, namelijk de Ondernemingsraad, en ehm de Cliëntenraad, hebben we toen samen veel opgetrokken. Ervoor gezorgd dat we op één lijn zaten. ... In strikte zin, heeft geloof ik bij de benoeming bij zo'n lid van de Raad van Bestuur, dan hoort de Raad van Toezicht de medische staf te horen en de Ondernemingsraad te horen en ook de Cliëntenraad. En ik geloof dat de Cliëntenraad dat dat ehm een partij [is] waar ze echt niet omheen kunnen. Als die het niet met hun eens zijn, dan hebben ze echt een probleem. Ze hadden sowieso al een probleem gehad als er drie adviesorganen ergens tegen zijn, dus dat is het probleem geworden. [Omdat] we samen optrokken, konden ze er niet omheen.” (RC 16)

Uiteindelijk werd de nieuwe interim-bestuurder die het Stafbestuur voor ogen had aangesteld (eerst als interimmer en later definitief als voorzitter van de Raad van Bestuur). Deze bestuurder kreeg een aantal taken mee – zoals het ontwikkelen van de Eenhedenstructuur en het aanscherpen van het strategisch beleidsplan – zodat de inspanningen van de vorige bestuurder niet verloren gingen. Op verzoek van het Stafbestuur werd daarnaast afgesproken dat de nieuwe bestuurder zelf een collega bestuurder zou kiezen, wat ook is gebeurd.

Uit gespreksverslag voormalig voorzitter Stafbestuur: “En iets anders wat we ook in dat verhaal gezet hebben, is dat ehm als er dan een lid van de Raad van Bestuur bij moest komen dan was het ons idee dat het iemand zou worden die door de voorzitter Raad van Bestuur met name geselecteerd zou worden om te voorkomen dat we weer in situatie kwamen waar de leden onderling van de Raad van Bestuur discussies hadden. Die moeten ook als team goed kunnen werken. Want anders hebben wij er ook last van.” (RC 16)

6.1.3 Keerpunt besturing door komst nieuwe Raad van Bestuur

De komst van nieuwe bestuurders wordt door respondenten aangeduid als een keerpunt in de besturing van het ziekenhuis (RC 14; RC 20). Er ontstond rust in de Raad van Bestuur. Vooral de komst van de voorzitter van de Raad van Bestuur wordt als een koerswijziging ervaren in het ziekenhuis. Ontbraken bij de voormalige bestuurders inhoudelijk en/of communicatieve capaciteiten (RC 20), in de nieuwe Raad van Bestuur zijn volgens respondenten deze capaciteiten wel vertegenwoordigd. Bij beide bestuurders zijn deze capaciteiten in een andere vorm aanwezig. Naast dat beide bestuurders een andere positie hebben (voorzitter of lid Raad van Bestuur) en een andere portefeuille, hebben ze volgens respondenten ook andere stijlen. De ene bestuurder heeft veel kennis op het gebied van

financiën en ICT en duikt als bestuurder helemaal in dossiers en bijt zich daarbij vast in de details (RC 11; RC 12). De andere bestuurder (voorzitter) is communicatief vaardig en heeft zorginhoudelijke kennis (RC 11; RC 12). Deze enthousiaste bestuurder is bovendien meer gericht op de grote lijnen, heeft visie en zorgt voor bredere kaderstelling (RC 26). Het is vooral de voorzitter van de Raad van Bestuur die hoog geacht wordt in het ziekenhuis.

Uit gespreksverslag manager p&o: “[De voorzitter Raad van Bestuur] heeft [de succesfactor, namelijk de combinatie tussen [zorg]inhoudelijke kennis en communicatief vermogen]. Niet omdat hij er nu zit, maar hij is de enige bij wie ik dat tot nu toe gezien heb. De combi die weet gewoon feilloos waar ie het over heeft, of hij weet het niet, maar dan checkt ie het heel goed. En hij is communicatief vaardig, hij is er gewoon, hij weet je in je waarde te laten, hij benoemt dingen die goed zijn, maar vooral ook dingen die beter kunnen. ... [Het lid Raad van Bestuur] is inhoudelijk beresterk op de terreinen die hij aanstuurt. Financieel hoef je hem niets te vertellen, qua ICT hoef je hem niets te vertellen. Maar die heeft toch wat minder dat communicatieve. Dat moet ie echt compenseren dat ie niet te ver voor de troepen uit loopt. Dat hij ook niet de indruk geeft dat ie niets goed vindt. [Je merkt ook wel bij] mensen aan wie hij leiding geeft dat [hij] kritisch is. Wat ie zegt, klopt helemaal, maar het landt niet altijd. Maar weer in combinatie met [de voorzitter Raad van Bestuur], ik weet dat ze zelfonderling nog wel eens de nodige discussies hebben. Maar naar buiten toe is dat prima. Het is meest het stabiele bestuur sinds 2004. ... [Het succes van deze Raad van Bestuur] zie je aan daadkracht, acties, we hebben periodes gehad dat van het bestuur gewoon niks kwam. Dat [voorheen de bestuursleden] elkaar tegenwerk[en], naja dat klinkt heel zwaar, maar dat het heel veel discussie was binnen het bestuur, en de organisatie zat maar te wachten.” (RC 20)

De voorzitter van de Raad van Bestuur voelt zich vaak een “*volk*” tussen twee verschillende mensen of geledingen die vanuit hun eigen vakgebied een eigen taal spreken en die vervolgens met elkaar moeten praten (RC 9). Hij ziet zichzelf als een “*cultuurbestuurder*” die door middel van taal en aandacht voor de intrinsieke motivatie van medewerkers en medisch specialisten, het ziekenhuis wil besturen (RC 9).² Volgens hem maakt het “*duiden van dingen*” voor medewerkers en medisch specialisten en het reflecteren op wat er gebeurt, deel uit van zijn positie (RC 9).

Uit observaties Management Overleg (22-2-2012) en Hoofdenoverleg (27-2-2012): Tijdens overleggen van diverse geledingen in het ziekenhuis schoof de Raad van Bestuur en in het bijzonder de voorzitter van de Raad van Bestuur, aan. De voorzitter van de Raad van Bestuur luistert naar de presentaties die worden gegeven en de gesprekken die worden gevoerd. Op het moment dat hij de bredere context wil schetsen van het gesprek en discussie of wanneer hij denkt te zien dat het gesprek de verkeerde kant op gaat, dan mengt hij zich in het gesprek.

Uit gespreksverslag medicus: Er zat voorheen een “*heel andere Raad van Bestuur. [De Raad van Bestuur zat] veel meer in [een] vechtmiddel. Het was veel nadrukkelijker dat de Raad van Bestuur in een bepaald machtsstreven niet wilde informeren en wij [als medici] dat informeren*

² Zo spreekt hij bijvoorbeeld bewust van patiënt en niet cliënt.

wilden afdwingen. Dus dat was een voortdurende machtsdiscussie. ... Gewoon een strijdbare omgeving. ... Een strijd over macht. Wie is de baas. ... In principe zijn specialisten de baas. Dat is geen formele macht, maar informele macht is er volop. En deze Raad van Bestuur gaat daar prudenter mee om. Die snapt dat blijkbaar beter. Schoffeert mensen minder. Weet beter. Belandt niet in machtsdiscussie. Die is er natuurlijk wel, maar gaat... minder op je strepen staan. Minder, wel godverd..., minder dat idee. Hoor en wederhoor.” (RC 27)

Volgens de bestuurder is het geven van vrijheid belangrijk in de besturing van het ziekenhuis, maar is ook “hygiëne en controle” nodig (80% vrijheid en 20% controle). Op het moment dat er iets niet lekker loopt in de ogen van de bestuurder, grijpt hij in. “Ik kan net als [een] conducteur bij [een] zwartrijder in trein, heel hard zijn” (RC 9). Tijdens het onderzoek kwam naar voren dat de bestuurder ruimte maar ook sturing geeft, in het bijzonder aan de Managers Bedrijfsvoering (zie ook paragraaf 6.4.2) (RC 11; RC 12). Volgens respondenten wil hij controle uitoefenen (RC 11; RC 12). Een respondent merkt op dat als de voorzitter van de Raad van Bestuur denkt dat iets goed is voor ziekenhuis, dat hij dan zijn rug recht houdt, wat door diezelfde respondent als positief wordt ervaren (RC 16). Als hij daarbij “op de macht gaat zitten” (RC 15) die hij formeel als bestuurder heeft, wat soms gebeurt, dan kan dit voor schade zorgen op het gebied van het draagvlak in het ziekenhuis.

Uit observaties diverse overleggen van verschillende geledingen in organisatie: De voorzitter Raad van Bestuur is vaak aanwezig bij diverse vergaderingen. Tegenwoordig zit de Raad van Bestuur bijvoorbeeld bij het overleg van kernstaf waar dit eerst niet het geval was. Dit wordt als prettig ervaren.

Een jaar na de intensieve dataverzameling voor dit onderzoek, zijn beide leden van de Raad van Bestuur vertrokken. Eerst de voorzitter van de Raad van Bestuur en daarna het lid van de Raad van Bestuur. Het vertrek van beide bestuurders kwam als een verrassing voor de organisatie (RC 15).

6.2 STAFBESTUUR IN ONTWIKKELING

6.2.1 Aanstelling nieuw Stafbestuur

Gelijktijdig met het plotselinge vertrek van de (vorige) voorzitter Raad van Bestuur, vond een wisseling plaats in het Stafbestuur. Enkele oude leden van het Stafbestuur vertrokken en een paar nieuwe leden kwamen erbij. Bovendien trad een nieuwe voorzitter van het Stafbestuur aan. Na twee jaar wijzigde opnieuw de samenstelling van het Stafbestuur en kreeg het Stafbestuur weer een nieuwe voorzitter. Deze voorzitter had net als de voorgaande voorzitter al ervaring opgedaan in het Stafbestuur.

Volgens een respondent verloopt het selectieproces van nieuwe leden voor het Stafbestuur “rommelig” doordat er geen procedure gevolgd wordt (RC 15). Nieuwe leden worden gezocht door de zittende Stafbestuurders. Hierbij wordt gekeken naar een passende

vertegenwoordiging van de medische achterban: een diversiteit aan vakgroepen en vertegenwoordiging medici in loondienst en vrijgevestigde specialisten. Bovendien wordt ook gekeken of het goede specialisten zijn, in hoeverre deze mensen zichtbaar zijn in de organisatie, in hoeverre ze draagvlak hebben bij de medische staf en wat de persoonlijke kwaliteiten zijn (RC 15).

Om kennis en continuïteit te borgen, wordt de laatste jaren ook gestreefd naar een dakpanstructuur waarbij in het Stafbestuur voortdurend nieuwe leden worden aangetrokken (en niet in één keer een volledig nieuw bestuur). Hetzelfde geldt ook voor de voorzitter van Stafbestuur. Deze draait eerst een tijd mee als vicevoorzitter voordat hij gelanceerd wordt als voorzitter. Voordat de vicevoorzitter voorzitter wordt moet de medische staf hier eerst nog formeel goedkeuring voor geven. Het Stafbestuur bespreekt zelf eerst de mogelijke kandidaten. In het ziekenhuis wordt informeel bij de medische staf informatie opgevraagd over potentiële kandidaten en wordt gepolst welke kandidaten geschikt worden geacht (zie paragraaf 6.7.4 voor bespreking van het Wandelgangen Informatie Systeem). Wanneer het Stafbestuur geschikte kandidaten op het oog heeft, worden deze mensen vervolgens benaderd. Bij interesse worden de nieuwe leden officieel voorgedragen en ter stemming voorgelegd aan de leden van de medische staf in de Algemene Ledenvergadering.

6.2.2 Sterke positie Stafbestuur in medische staf

De afgelopen jaren is de animo in de medische staf om zitting te nemen in het Stafbestuur gegroeid (RC 24). Dit blijkt uit het aantal kandidaten dat interesse toont voor de positie van lid Stafbestuur. Voor de wisselingen in het Stafbestuur en de aanstelling van de nieuwe Raad van Bestuur werd de deelname in het Stafbestuur ervaren als een “corveetaak” en tegelijkertijd ook als een plek waar je als medisch specialist de ruimte had om invloed uit te oefenen in het eigen voordeel (RC 16).

Uit gespreksverslag medicus: *“In de tijd [een paar jaar geleden] dat ik voorzitter werd, dat was ook een tijd dat niemand in het Stafbestuur wilde, want ze wisten het is heel moeilijk om die kikkers [namelijk medisch specialisten,] in de kruiwagen te houden, niemand had er zin in. Dat is ook zeker een factor geweest waarom het moeilijk was om het ziekenhuis te [besturen].”* (RC 16)

Uit gespreksverslag manager P&O: *“We kwamen van een situatie waarin het Stafbestuur als een soort van corvee werd ervaren. Van iedereen mag dat vier jaar doen, en dan kun je je dingen regelen, en jij bent over vier jaar aan de beurt en dan kun jij je dingen regelen. Dat is helemaal [veranderd].”* (RC 20)

Daar waar in het verleden de taak van het Stafbestuur gezien werd als een corveetaak of een tijdelijke mogelijkheid om invloed uit te oefenen vanuit je eigen vakgebied, heeft het Stafbestuur nu meer autoriteit in de medische staf. Ze vormen een hecht team en hebben meer gevoel van richting en mandaat binnen de organisatie. Daarnaast durft het Stafbestuur ook meer positie in te nemen ten opzichte van de medische staf. Daar waar

het merendeel van de medische staf de rol van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur als positief ervaart, wordt hier door enkele medici kritisch naar gekeken. Het Stafbestuur zou te veel uit hand van de Raad van Bestuur eten (zie ook paragraaf 6.3).

Uit gespreksverslag manager P&O: *“Dat is inmiddels helemaal om, het Stafbestuur wordt wel als autoriteit, tussen haakjes gezien, ehm en die inmiddels ook de tanden durft te laten zien naar eigen leden. En dat is wel een soort omslagpunt geweest. ... Ik denk dat ehm komt door het gevoel van richting wat je met elkaar hebt. ... En ehm ik denk het gevoel van dekking ook. En ik denk dat daar wat ik net over de Raad van Bestuur zei ook heel belangrijk is. Dat als je ziet als Stafbestuur dat eventueel een gezamenlijke vijand in de persoon van de Raad van Bestuur dat dat er niet in zal zitten. Dat klinkt misschien wat politiek, maar ik denk dat zo werkt, dat dat gewoon de gelederen gesloten houdt. [Als de Raad van Bestuur] weet waar [ze] het over heeft, en eigenlijk transparant is en alles vertelt en er zit een logica in, dan zul je als Stafbestuur je denk ik ook meer geroepen voelen om te zeggen van jongens, ehm nu even ophouden van dit is serieus werk. Ehm, hier hebben, hier moeten we zelf ook de gelederen sluiten.” (RC 20)*

Uit gespreksverslag manager P&O: *“Eh, ja en dan zie je voorbeelden voorbij komen, als ik even terug graaf, waar je dus ook ziet dat een Stafbestuur positie inneemt, ook richting eigen stafleden, we hebben bijvoorbeeld discussies gehad in de beginfase al over ons initiatief [op andere locatie]. Nou eerst was het zo, eerst eens even kijken wie er allemaal naar toe gaat. Maar nu is het zo, he cardiologen, de huisartsen vragen om cardiologie in [een vestiging buiten het ziekenhuis], waarom doen jullie dat niet. En dan worden de belangen van de cardiologie wat minder belangrijk dan van de staf als geheel, of het ziekenhuis als geheel. Dat punt is overigens nog niet gerealiseerd. De cardiologen zitten nog niet daar. Maar in het verleden werd dat gewoon met de mantel der liefde bedenkt en zei het Stafbestuur zelfs van, nee ik snap die cardiologen wel want die hebben te weinig formatie en moeten vooral toch hier zijn.*

I: En wordt die rol door staf ook geaccepteerd die het Stafbestuur inneemt?

R: Nou door de cardiologen niet, maar die schrijven naar iedereen brieven en die zijn nergens tevreden mee. Maar voor de rest ehm is wat ik zeg is het Stafbestuur wel een autoriteit geworden.” (RC 20)

Het Stafbestuur is erop bedacht dat ze zo min mogelijk de mening van het Stafbestuur (of leden) vertegenwoordigt maar meer de mening van de achterban.

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur: *“Meedenken eindigt er vaak in dat je een mening hebt. En dan heb je de poppen aan het dansen. En meebesturen betekent eigenlijk dat je de mening mobiliseert. Van de stafleden. ... Het gevaar schuilt erin dat Stafbesturen zelf een mening gaan hebben. He, dokters zijn opgeleid om natuurlijk een diagnose te stellen en het te weten. En vergeten dan op een gegeven moment dat je daar dus niet zit voor die mening, maar dat je de mening vertegenwoordigt van die groep. Maar die groep zul je dus wel gehoord moeten hebben. Nou en dat spel heeft deze Raad van Bestuur dus heel goed in de smiezen. Want die betrekken dus in hun bestuurlijke rol heel sterk de mening van de Vereniging Medische Staf.” (RC 14)*

De kentering in de rol van het Stafbestuur in de besturing van het ziekenhuis van een ‘corveetaak’ naar een rol waar veel animo voor is binnen de medische staf en welke mandaat heeft in de medische staf, kan worden geïnterpreteerd in het licht van de ontwikkelingen

binnen de medische staf. De medische staf heeft zich ontwikkeld in de richting van een “collectief” (RC 15; RC 24) van specialisten in plaats van een verdeelde en versnipperde staf (zie paragraaf 6.7 voor ontwikkeling medische staf).

6.3 COALITIE RAAD VAN BESTUUR EN STAFBESTUUR

Sommige respondenten schrijven het keerpunt in de besturing van het ziekenhuis toe aan de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur (RC 12; RC 14; RC 20). Anderen verwijzen ook naar de wijzigingen in de samenstelling van het Stafbestuur en in het bijzonder de laatste twee voorzitters van het Stafbestuur³ (RC 15). De wijzigingen in de samenstelling van de Raad van Bestuur en het Stafbestuur hebben consequenties voor de interactie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. De gewijzigde interactie, als gevolg van de wisseling van de wacht, ligt aan de basis van de kentering in de besturing van het ziekenhuis (RC 12). In deze paragraaf wordt de huidige interactie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur beschreven door deze te vergelijken met de oude interactie.

In de oude situatie werd de relatie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur bepaald door “wij/zij denken” (Notitie Stafbestuur, 2008). De Raad van Bestuur en het Stafbestuur stonden meer tegenover dan naast elkaar. De verstandhouding kenmerkte zich door conflict en het vertrouwen was ver te zoeken.

Uit gespreksverslag voormalig lid Stafbestuur: *“[Voorheen] zat er een heel andere Raad van Bestuur. Er was veel meer een vechtmiddel. Het was veel nadrukkelijker dat de Raad van Bestuur vanuit een bepaald machtsstreven niet wilde informeren en wij [als Stafbestuur] dat informeren wilde afduwen. Dus dat was een voortdurende machtsdiscussie. ... Gewoon een strijdbare omgeving. ... [Het ging] over strijd over macht. Wie is de baas.”* (RC 27)

De verstandhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur is veranderd in de richting van samenwerking. De Raad van Bestuur en het Stafbestuur kiezen ervoor om samen het ziekenhuis te besturen. *“[De Raad van Bestuur] kiest [er] duidelijk [voor] om samen met het Stafbestuur op te trekken en niet solistisch te werken”* (RC 16) en het Stafbestuur kiest ervoor om mee te besturen (RC 13; RC 15; RC 20). Hoewel de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor het functioneren van het ziekenhuis (Reglement Raad van Bestuur) bestaat in het ziekenhuis het beeld dat de Raad van Bestuur het Stafbestuur nodig heeft om te kunnen besturen.

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur: *“Nou, het is zo dat formeel het Stafbestuur geen besluitvormend orgaan [is] ... maar je kunt een ziekenhuis alleen maar besturen door de samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur en ik durf wel te zeggen dat daar nu de laatste jaren voor het echt eerst zo is.”* (RC 15)

³ Het gaat hierbij om de voorzitters van het Stafbestuur die ten tijde van het onderzoek en de periode daarvoor voorzitter waren.

In het verleden had de Raad van Bestuur last van bestuursleden van de medische staf die hun eigen belangen voorop stelden (vanwege salaris en honorarium) (RC 16). Beide geledingen hebben nu meer een gemeenschappelijk doel voor ogen. Het huidige Stafbestuur houdt meer het ziekenhuisbelang voor ogen. Dit veranderende perspectief past ook in de ontwikkeling die medische staf doormaakt in de richting van (een collectief gedreven groep actoren) (zie ook paragraaf 6.7).

De interactie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur wordt getypeerd als “*respectvol*” (RC 15). Beide geledingen hebben respect voor elkaars rol en ze geven elkaar de ruimte zodat ieder op zijn eigen domein kan werken. Eén respondent verwoordt dit door te stellen dat er “*vertrouwen en het respect [is] voor elkaars kwaliteiten*” (RC 15).

Uit gespreksverslag voorzitter Stafbestuur: “*En dat is hier, als je [de goede samenwerking tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur] concreet wil maken voor hier, ik vind dat het hier nu goed loopt omdat we een coherent Stafbestuur hebben en voldoende groot draagvlak binnen de staf. We hebben geen dubbele agenda's. Gewoon allemaal proberen dit bedrijf vooruit te helpen en omdat we een intelligente Raad van Bestuur hebben met goede competenties die hetzelfde doel hebben, dus wij kunnen elkaar goed vinden daarin, waarbij we ook niet helemaal bij elkaar op de stoel gaan zitten. ... Ik blijf de vertegenwoordiger van de medisch specialisten en geen Raad van Bestuur, dus ik heb een andere verantwoordelijkheid dan zij. Maar in dat spanningsveld kun je juist hele goede dingen creëren. Dus ja dat is zoals wij het hier doen. ... Ja, en ik denk dat dat heel belangrijk is dat je over en weer als Raad van Bestuur en Stafbestuur precies van elkaar weet wat je aan elkaar hebt. En dan ongeacht de structuur, of je ... positie “afdwingt”, het heeft gewoon te maken met je bewust zijn van je eigen positie, van de waarde van de informatie die je hebt als medisch specialist als collectief, en van de zeg maar informatiemacht die dat met zich meebrengt en dat gewoon met niet al te groot ego gewoon in goede kanalen leiden, dat is denk ik het allerbelangrijkste wat er gebeuren moet*”. (RC 13)

Dat met de komst van de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur meer “*op de zakelijkheid gestuurd*” wordt in plaats van de emotie, wordt ook als positief ervaren voor de relatie tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur (RC 14). Het zakelijke zit in de procedures die gevolgd worden en de meer transparante besluitvorming (RC 14) (zie ook paragraaf 6.7.5).

De gewijzigde werkrelatie en verstandhouding tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur komt tot uiting in het overlegproces. Uit gespreksverslag medicus: “*Ehm, in de eerste twee jaar [ten tijde van vorig bestuur] vond ik [dat het] overleg [tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur] wat meer formeel was. Waar [zowel het Stafbestuur als de Raad van Bestuur] niet helemaal achter stonden. ... [Hierbij had] ik niet het gevoel dat we als team samen bezig waren. ... Ja, wat er toen speelde, is dat de relatie van de [leden van de] Raad van Bestuur onderling, die was op z'n zachts gezegd suboptimaal. Dus die mensen hadden al een onderlinge relatie waarbij ze al niet het achterste van hun tong lieten zien. Dus dan heb je al een overleg waar niet alles op tafel komt. ... Je hebt niet het idee dat je samen met iets bezig bent. ... [H]et officiële overleg tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, dat was ... heel formeel. ... Dan hadden we ook altijd als Stafbestuur een nabespreking van wat had ie nou gezegd en wat heeft*

ie ermee bedoeld. Toen hadden we dat soort besprekingen nodig om achteraf te analyseren wat we nu eigenlijk afgesproken hadden. En dat is nu niet meer zo. ... [En] dat heeft met personen te maken die dat doen. En wat ik je net al zei. Dat was ook een Raad van Bestuur waar onderling spanning in was. Daar werd daardoor ook niet alles gezegd. Maar nu is dat vertrouwen [tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur] anders. De Raad van Bestuur is communicatiever.” (RC 16)

In vergelijking met het voorgaande Stafbestuur en de vorige Raad van Bestuur, overleggen de leden van deze geledingen nog steeds afzonderlijk van elkaar vooraf aan gezamenlijke overleggen (RC 13). Maar de behoefte hieraan is minder groot (RC 13). Tijdens het overleg hebben actoren ruimte om nieuwe punten naar voren te brengen die nog niet voorbesproken zijn. Volgens één van de leden van het Stafbestuur is het zelfs niet nodig om een doktersjas aan te doen naar het overleg van de Raad van Bestuur en het Stafbestuur (RC 13). Het dragen van een doktersjas zou alleen nodig zijn als het niet goed matcht tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. Tijdens het overleg wordt vaak bepaald wie welke rol op zich neemt: de Raad van Bestuur of het Stafbestuur is in de “lead” in het proces. Buiten de formele overlegmomenten tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur, vinden ook nog gesprekken plaats tussen de voorzitter Raad van Bestuur en het Stafbestuur.

De veranderde interactie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur wordt in het ziekenhuis als positief ervaren. Daar waar de veranderde interactie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur door het merendeel van het ziekenhuis als een verbetering wordt gezien, ervaren sommigen deze verstandhouding als te weinig kritisch (RC 27, RC 28). Volgens sommige respondenten zit het Stafbestuur te veel “op [de] schoot van Raad van Bestuur” (RC 27).

Uit gespreksverslag medisch specialist: “[Het Stafbestuur] zou daar moeten zitten vanuit zijn eigen rol. Het Stafbestuur is niet de Raad van Bestuur. Het Stafbestuur heeft andere rol dan de Raad van Bestuur. ... Ze moet niet te veel identificeren met de Raad van Bestuur. Ze moet vooral kritisch zijn daar waar dat nodig en wenselijk is. Niet ... slikken wat de Raad van Bestuur zegt en welke idiote grollen en grillen zij bedenken. Moet gewoon vanuit haar rol, als forum ... van de medische staf en het door de medische staf gewenste beleid, als vooruitgeschoven post dat moet zij bewaken. ... Soms heb je het gevoel dat ze vanuit die positie uit te weinig kritisch zijn. ... De toonzetting zou iets kritischer mogen zijn. Ik denk, zeg maar, dat is een gezonde spanning. Niet om de oppositie te zijn, maar gewoon kritisch.” (RC 27)

6.4 INTERACTIE RAAD VAN BESTUUR EN MANAGEMENT

6.4.1 Introductie Eenhedenstructuur en weghalen directieaag

Het primaire proces van de organisatie wordt door een Manager Bedrijfsvoering en een Medisch Manager aangestuurd. Zij staan aan het hoofd van de zorgeenheden waarin zorg wordt geleverd. Als gevolg van de introductie van een Eenhedenstructuur⁴ en het

⁴ In dit ziekenhuis wordt er gesproken van een Unitstructuur.

weghalen van een directielaag tussen de Raad van Bestuur en het management, zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de organisatie gaan verschuiven in de richting van het management van de eenheden en de stafdiensten.

Het management voelde in de oude situatie “*onvoldoende autonomie en bevoegdheid [binnen zijn positie]*” (Document Besluit Raad van Bestuur, organisatiestructuur, 2008). Onduidelijkheid over de “*verantwoordelijkheden en bevoegdheden maar ... ook aan zogenaamde ‘rolvastheid’, het houden aan gemaakte afspraken over rollen en functies*” (Document Besluit Raad van Bestuur, organisatiestructuur, 2008). De ervaren “*onduidelijkheid*” en ontevredenheid waren onder meer de reden voor het weghalen van de directielaag en de introductie van de Eenhedenstructuur. Naast ontevredenheid over de interne organisatie van het ziekenhuis, was er ook ontevredenheid over de wijze waarop organisatie kon inspringen op de snel veranderende buitenwereld (Besluit Raad van Bestuur, organisatiestructuur, 2008). De organisatie zou onvoldoende lenig, snel en flexibel zijn. De geïntroduceerde Eenhedenstructuur zou het mogelijk maken hier beter op in te spelen (Besluit Raad van Bestuur, organisatiestructuur, 2008). In grote lijnen werd door de Eenhedenstructuur een structuur ingevoerd waarbij het accent ligt op een “*verdere decentralisatie van verantwoordelijkheden naar [het management van de] resultaatverantwoordelijke eenheden*”⁵ (Document Besluit Raad van Bestuur, organisatiestructuur, 2008). Met de verdere “*decentralisatie*” van verantwoordelijkheden en bevoegdheden heeft het management van de eenheden een meer omvangrijke taak gekregen, namelijk zowel de aansturing van de eenheid als eenheid overstijgende taken. Met de introductie van de organisatiestructuur zijn opnieuw de “*verantwoordelijkheden en bevoegdheden van beide posities beschreven vanwege de behoefte aan duidelijkheid hierover. ... Er was veel behoefte aan duidelijkheid over verantwoordelijkheden en bevoegdheden maar vervolgens ook aan zogenaamde ‘rolvastheid’, het houden aan gemaakte afspraken over rollen en [posities]*” (Document Besluit Raad van Bestuur, organisatiestructuur, 2008). Door het weghalen van de directielaag vallen de eenheden rechtstreeks onder de Raad van Bestuur.

6.4.2 “Vacuüm”⁶ tussen sturing en zelfsturing

De Raad van Bestuur balanceert ten opzichte van de managers, net als ouders, tussen het geven van vertrouwen en sturen (RC 9). De Raad van Bestuur “*vertrouwt*” de managers dat zij hun taak op de juiste manier uitvoeren (RC 9). Maar in dit onderzoek wordt ook zichtbaar dat het beeld bestaat in de organisatie dat managers soms ook onvoldoende in staat zijn om keuzes te maken die bij hun positie horen. Vooral het eenheid overstijgend denken en werken zou ontbreken. Doordat de Managers Bedrijfsvoering volgens de Raad van Bestuur hun taak niet altijd kunnen waarmaken, ziet de Raad van Bestuur zich genoodzaakt om het management aan te sturen (direct of indirect via de stafdiensten - zie

⁵ Er werden drie soorten eenheden in het leven geroepen; zorgeenheden gericht op directe patiëntenzorg, capaciteits-eenheden gericht op ondersteunende zorgtaken, en service-eenheden met adviserende en faciliterende functies. Om de coördinatie en samenhang in het ziekenhuis te borgen, werden centrale kaders en een besluitvormingsstructuur ontwikkeld. Daarnaast zijn er een paar afdelingen in het leven geroepen om eenheid overstijgende taken te coördineren (Kwaliteit, Veiligheid en Verantwoording; Klant, Markt en Innovatie; Leerhuis; Staf Raad van Bestuur).

⁶ Bron: RC 9.

paragraaf 6.4.3) of taken over te nemen. Door het ervaren onvermogen van de Managers Bedrijfsvoering om (samen) tot besluiten te komen, gaat de Raad van Bestuur op de stoel zitten van de Managers Bedrijfsvoering. Dat de Raad van Bestuur op de stoel van het management gaat zitten, blijkt ook uit de besluitvorming rondom de sluiting van de verpleegafdeling als bezuinigingsmaatregel.

Uit gespreksverslag manager stafdienst: “Nou dat uiteindelijk iedereen vindt dat er een verpleegafdeling gesloten moet worden. Als je kijkt naar het overzichtje van lege bedden kan het ook makkelijk, maar niemand zegt van ehm dat wordt dus mijn afdeling uit het belang van het ziekenhuis. En dan moet de Raad van Bestuur uiteindelijk zeggen van jongens het wordt één afdeling, voor de kerst is die gesloten, en eerste kans is van zeg maar welke het wordt, en anders wijs ik deze aan. In de besturing is dat natuurlijk funest, daar wil je als Raad van Bestuur natuurlijk niet mee bezig zijn. En dat is een brevet van onvermogen van het management. ... Op een gegeven moment moet je [een besluit nemen]. Ik denk dat ze wel, met name [de voorzitter van de Raad van Bestuur] die houdt het zo lang mogelijk buiten, die drukt het terug. Maar op een gegeven moment ... dan moet je maar een besluit nemen, maar dat is altijd slechter dan een besluit dat door het management genomen wordt.” (RC 20)

De Managers Bedrijfsvoering doorlopen een professionaliseringstraject (zie paragraaf 6.4.4). Dit gebeurt onder druk van de Raad van Bestuur die van mening is dat moet worden bijgestuurd in de eenheden omdat de (Managers Bedrijfsvoering van de) eenheden te weinig zelfregulerend werken. De Managers Bedrijfsvoering zijn van mening dat ze af en toe te weinig ruimte krijgen van de Raad van Bestuur om hun taak als Manager Bedrijfsvoering vorm te geven en om in hun nieuwe rol te groeien (RC 3).

Door het tweeledige spoor van sturen op zelfregulering en sturing vanuit de Raad van Bestuur ontstaat volgens een respondent een vacuüm (RC 9). Bij gebrek aan zelfsturing voelt de Raad van Bestuur zich genoodzaakt te sturen. Maar doordat de Raad van Bestuur gaat sturen, gaat het management in de verdediging. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel waarbij het bestuur en het management elkaar in de greep houden.

Uit gespreksverslag bestuurder: “Wat daar eigenlijk gebeurt, dat als de groep het vacuüm op de sturing laat ontstaan ehm dan heb je twee, heel zwart/wit gezegd, alternatieven. Je gaat [als Raad van Bestuur] interventies doen om te zorgen dat de groep het vacuüm zelf gaat vullen. Of je gaat zomaar sturen en de groep moet maar volgen. ... En nou ja, dat is een wisselwerking want hoe meer ik stuur, hoe meer zij in de ‘eh nou we zien het wel’ ... of in de verdediging gaan.” (RC 9)

6.4.3 Dominante stafdiensten

De Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager van de eenheden worden ondersteund door stafdiensten bij het management van de eenheden. De stafdiensten zijn ertoe bevoegd centraal kaders te stellen – op het gebied van financiën, productieplanning, personeelsbeleid, kwaliteit en veiligheid van zorg – en deze ook te bewaken (Document Besluit Raad

van Bestuur, organisatiestructuur, 2008). Dit betekent dat ze bij de beleidsvoorbereiding en bij de uitvoering van het beleid in de organisatie en de eenheden betrokken zijn. Omdat tijdens het onderzoek in de ogen van de Raad van Bestuur het management van de eenheden nog onvoldoende hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden vorm gaven, moesten de stafdiensten deze gaten dichtlopen.

Binnen de oude manier van besturen (volgens principes oude organisatiestructuur) ontving de nadrukkelijke aanwezigheid van de stafdiensten kritiek. De afdelingen Financiën, Planning en Control, p&o, Facilitair Bedrijf en Informatiemanagement bouwden en bewaakten te veel hun eigen ‘werelden’ in plaats van de directe patiëntenzorg centraal te stellen (Document Besluit Raad van Bestuur, organisatiestructuur, 2008). Ook in de huidige wijze van besturen wordt vooral de rol van de stafdiensten en vooral de afdeling financiën als dominant ervaren. Volgens veel respondenten draait het nu alleen om de financiën.

Uit observatie en gesprekken: Dat er veel gebeurt op het gebied van financiën door de afdelingen Management Controle en de afdeling Financien & Administratie blijkt uit de activiteiten op het gebied van begroting (die gelijk opgaan met onderhandelingen met verzekeraars) en de bewaking van productiecijfers. Op de eerste plaats zijn zij bepalend voor centrale kaders op basis waarvan het management van de eenheden hun begroting moet opstellen. Zeker tijdens het begrotingsproces van 2012 (waarbij de begroting van 2011 het uitgangspunt is voor 2012) en het ziekenhuis te maken heeft met een grote bezuinigingsdruk, geven de financiële afdelingen weinig speelruimte aan het management van de eenheden. Controllers voeren gesprekken met het management van de eenheden om de begroting van de eenheid aan te laten sluiten bij centraal vastgestelde kaders. In het ziekenhuis wordt zichtbaar dat op het moment dat de controllers en het management van de eenheden niet tot een sluitende begroting komen waarin is voldaan aan de taakstellingen (inzake bezuiniging), dan de Raad van Bestuur in beeld komt voor het voeren van gesprekken. Ook het Koepelbestuur (coöperatie van vrijgevestigde specialisten) en het Stafbestuur spelen een rol in het sluitend maken van de begroting. Het Koepelbestuur gaat in gesprek met het management van de eenheden en in het bijzonder Medisch Managers, om duidelijk te maken dat de centraal vastgestelde begroting gevolgd moet worden. Het Stafbestuur is betrokken in het proces waarbij de begroting geaccordeerd wordt (door het Stafbestuur en de leden van de medische staf). Op de tweede plaats oefent de afdeling Financiën controle uit op eenheden. In het ziekenhuis is een “*dashboard*” ingericht waarin duidelijk binnen elke eenheid de stand van zaken qua productie wordt bijgehouden door de afdeling financiën (RC 22; RC 23). Dit dashboard biedt informatie voor controllers om in gesprek te gaan met eenheden én voor de rapportage aan de Raad van Bestuur. Op basis van deze gegevens en de gesprekken tussen de afdeling Financiën geeft de Raad van Bestuur sturing aan het ziekenhuis.

Eén respondent merkt op dat niet zozeer de Raad van Bestuur bepalend is in de bedrijfsmatige aansturing van de organisatie, maar vooral de stafdiensten (RC 2). Het ervaren gevaar van de groeiende focus op de bedrijfsvoering van het ziekenhuis, is dat dit de afstand tussen het management – vooral de financiële afdeling(en) – en de werkvloer

vergroot (RC 2). In het ziekenhuis wordt verondersteld dat (het management van) de eenheid zelf de broek ophoudt maar het management van de eenheid krijgt niet volledig het mandaat om dit ook te doen (RC 2).

Uit gespreksverslag Medisch Manager: "Het management gaat steeds belangrijker worden in ziekenhuizen. Wat me opvalt, is alles moet meetbaar gemaakt worden in maat en getal. En dat is natuurlijk hoe je bedrijfsmatig wil organiseren is dat logisch. En vervolgens maakt het management daar, en de controllers, die maken daar beleid op en die gaan zeggen van dit wordt dus het getal voor volgend jaar en daar hebben jullie dus aan te voldoen als vloer. En je merkt... ik voel dat ik dat nog wel een klein beetje kan volgen omdat ik [als Medisch Manager] er met mijn snufferd natuurlijk middenin zit, maar dat bijvoorbeeld ik het niet meer uitgelegd krijg aan verpleegkundigen of aan collega [specialisten]. Die zeggen ja donder op, ik wil gewoon de zorg voor die patiënt optimaal regelen. En ik wil helemaal niet nadenken of die CT-scan, wat die nou precies kost. Ik vind dat dat gewoon moet gebeuren. Maar je merkt dat de vertaling en het begrip, of het gevoel van het management richting de werkvloer, die afstand wordt groter. En ze gaan steeds meer sturen op de doelen zoals de begroting en op de cijfers zoals we die gisteren hebben gemeten, die moeten morgen hoger. En daar is volgens mij een verwijdering aan de gang, ja dat klinkt allemaal heel dramatisch, maar dit is een beetje als je op lange termijn kijkt waar we ongelooflijk voor op moeten passen. Want hier gaat straks het management het contact volledig verliezen met de vloer. Waardoor dat wat je juist heel bestuurbaar wil maken, straks steeds moeilijker bestuurbaar wordt." (RC 2)

Deze afstand tussen de stafdiensten en het primaire proces komt ook tot uiting in gescheiden huisvesting van de stafdiensten en het primaire proces in afzonderlijke gebouwen. De stafdiensten zijn ondergebracht in een gebouw dat los staat van het hoofdgebouw.

De Raad van Bestuur zoekt afstemming met het management van de stafdiensten, zowel over het functioneren van het ziekenhuis op het niveau van het management in de eenheden als ziekenhuisbrede vraagstukken. De afstemming vindt plaats in reguliere overleggen tussen de Raad van Bestuur en het management van de stafdiensten en in regelmatig contact buiten deze overleggen (observatie). Voor de Raad van Bestuur zijn de stafdiensten en hun activiteiten in het ziekenhuis een belangrijk 'instrument' om het ziekenhuis, in het bijzonder het management van de eenheden, te kunnen besturen.

6.4.4 Coaching Managers Bedrijfsvoering

Tegen de achtergrond van de nieuwe verantwoordelijkheden en bevoegdheden werden het individuele functioneren van de Managers Bedrijfsvoering, de teamprestaties van deze groep managers en de uitstraling richting de organisatie als ontoereikend ervaren in het ziekenhuis. Dit in het bijzonder door de Raad van Bestuur. De Managers Bedrijfsvoering zouden te weinig in staat zijn om over de grenzen van de eigen eenheid te kijken en met andere eenheden samen te werken. De managers zouden meer gericht zijn op het functioneren van hun eigen eenheid en minder op de samenwerking tussen de eenheden. Daar waar voorheen de directie (namelijk de laag tussen de Raad van Bestuur en het management) de taak had om het beleid van verschillende eenheden af te stemmen, ligt die taak nu bij de managers samen. Deze taak om ook eenheid overstijgend te werken,

botst met de manier van besturen van de Managers Bedrijfsvoering in de oude besturingsstructuur. Het merendeel van de Managers Bedrijfsvoering is aangetrokken ten tijde van de vorige besturingsstructuur op basis van hun competitieve competenties (RC 20) en niet hun vermogen om samen te werken.⁷ Het gebrek aan samenwerking is daarmee al langer een issue dan de introductie van de nieuwe besturingsstructuur.

Uit gespreksverslag manager P&O: "Met name ... de samenwerking [is] gewoon een probleem. En daar worden verschillende redenen voor genoemd: 1) is de invoering van de Eenhedenstructuur. Maar ja, jullie [managers] worden steeds aangesproken op het functioneren binnen je unit, vind je het gek dat alles over de unit heen gaat, dat dat eventjes achterwege blijft. Maar ik geloof dat niet, want ehm ook voordat we de Eenhedenstructuur hadden, was dit al een probleem. En dat heeft toch te maken me ehm cultuur is altijd moeilijk te definiëren, maar we hebben geen samenwerkingscultuur. En dat merk je nu nog dagelijks. Dat zal wel beter worden ... [Het] is geen opzet dat iedereen met zijn eigen schoorsteen werkt. Iedereen probeert met zijn beste intenties vanuit zijn eigen vakgebied het zo goed mogelijk te doen. Alleen de optelsom klopt vaak niet. En qua intenties is het altijd wel zo, mensen willen afstemmen en communiceren. Maar dat echt, gewoon in de waan van de dag verwatert. Of je denkt iets goed geregeld te hebben, maar dan heb je toch iets over het hoofd gezien. Dus dat is altijd zoeken. Maar daar komen we in de toekomst wel uit, daar ben ik niet zo benauwd voor, dat is eigenlijk een cultuuraspect." (RC 20)

In het ziekenhuis wordt in de richting van de Managers Bedrijfsvoering gekeken om de verschillende belangen van de diverse eenheden bij elkaar te brengen. Dit wordt ervaren als een moeilijke taak. Zeker in het licht van de aanwezige eilandcultuur in de organisatie (RC 20). Dat het voor Managers Bedrijfsvoering moeilijk is om de belangen van verschillende eenheden af te stemmen en samen te werken (vooral begin 2012 bij aanvang van het onderzoek) zorgt ervoor dat de emoties soms hoog oplopen en de managers aan het ruziën zijn in het Management Overleg (RC 17).

In het ziekenhuis werd besloten om het functioneren van de Managers Bedrijfsvoering onder de loep te nemen en een ontwikkelproces te starten om het zelfregulerende vermogen van de eenheden te vergroten. Het proces bestaat uit een twee sporenbeleid. Allereerst werden de Managers Bedrijfsvoering aangesproken door de Raad van Bestuur en kregen ze ruimte om op eigen kracht verder te komen en in hun rol als Manager Bedrijfsvoering te groeien. Maar omdat de Managers Bedrijfsvoering hier zelf op korte termijn niet uitkwamen, werd toch gekozen om de eenheden en daarmee ook de managers, strakker aan te sturen (op resultaten) en tegelijkertijd een externe adviseur in te schakelen. Een externe coach werd ingeschakeld om een gevoel van veiligheid voor managers te creëren door het scheppen van afstand tussen hen en de Raad van Bestuur in het ontwikkeltraject. Een ontwikkeltraject onder leiding van de Raad van Bestuur zou te bedreigend zijn. Het

⁷ De stafdiensten worden aangestuurd door een manager. Bij de aanstelling van deze managers is gezocht naar managers die een focus op samenwerking hebben in tegenstelling tot het oorspronkelijke profiel van de Managers Bedrijfsvoering waar de focus lag op competitieve competenties. Deze competitieve competentie is een logische verklaring voor de rivaliteit en gebrekkige samenwerking tussen de Managers Bedrijfsvoering van de eenheden. De opbouw van deze groep Managers Bedrijfsvoering is gemiddeld 55 jaar, met een dienstverband van gemiddeld 20-25 jaar (RC 20).

proces was gericht op drie onderdelen: individueel functioneren (vijf resultaatgebieden), teamprestaties (gericht op invulling strategie en begroting) en de positieve uitstraling van de groep managers op de cultuur van de organisatie. Na een half jaar werden de managers beoordeeld op hun vooruitgang. Er werd geëvalueerd wat de uitkomsten van het proces waren. Dit proces werd gezien als een laatste mogelijkheid voor deze groep medewerkers om het functioneren te verbeteren (RC 9). Indien de Managers Bedrijfsvoering er onvoldoende in zouden slagen om naar het gewenste profiel toe te groeien, zou er worden gezocht naar andere Managers Bedrijfsvoering. Het beeld bestaat dat deze groep weinig zelfreinigend vermogen heeft en dat zij alleen onder druk hieruit kunnen komen (Overleg Raad van Bestuur 20-12-2012).

In eerste instantie had het ontwikkelproces als resultaat dat de managers op hun hoede waren. Het werd een stapje onveiliger voor de Managers Bedrijfsvoering (RC 9). Eén respondent merkt op dat *“ze niet meer [durven] te zeuren in het openbaar”* (RC 9). Volgens één van de respondenten ontstond een klassieke verdedigingslinie van de managers (of zwijgen, of vragen, of nastreven top ziekenhuis). Sommige managers reageerden boos en sommigen werden minder actief (RC 9). Volgens een respondent zaten ze ten tijde van het onderzoek in een *“slachtofferrol”* (RC 9).

Eén van de bestuurders gaf aan geen hoge verwachtingen te hebben van het proces. Hij gaf aan vertrouwen te hebben in de mensen op de positie van Manager Bedrijfsvoering maar niet dat zij in staat zouden zijn hun taak als Manager Bedrijfsvoering te volbrengen. Deze bestuurder hoopte erop dat het proces erin zou resulteren dat de managers zelf meer initiatief gaan tonen in plaats van dat de Raad van Bestuur instructies moest geven (Overleg Raad van Bestuur 17-1-2012).

In het najaar van 2012 heeft deze groep managers een *“klik”* gemaakt en is het functioneren van deze managers sterk verbeterd (RC 3; RC 9). Managers pakken zelf een meer actieve rol op en hebben ook eenheid overstijgende onderwerpen in hun pakket. Ze hebben bovendien meer afstand genomen van de laag teamleiders en zetten zich af tegen de stafdiensten (zie vorige paragraaf). Ook zijn er inmiddels een paar mensen van baan veranderd en twee nieuwe Managers Bedrijfsvoering bij gekomen. Deze nieuwe managers doen een andere wind waaien die meer gericht is op ‘samenwerking’ dan op ‘concurrentie’ in het ziekenhuis. Als gevolg van het professionaliseringsproces van de Managers Bedrijfsvoering vinden er (sinds najaar 2012) bovendien verschuivingen plaats ten opzichte van de stafdiensten. Hoewel de Managers Bedrijfsvoering bij aanvang van het ontwikkeltraject zich afzetten tegen de dominante stafdiensten en taken naar zich toe trokken (RC 20) als reactie op de dominante rol van de stafdiensten, wordt er op dit moment gezocht naar een tussenweg (RC 20).

6.5 INTERACTIE MANAGER BEDRIJFSVOERING EN MEDISCH MANAGER

6.5.1 “Twee-eenheid”⁸ Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager

Het primaire proces van de organisatie wordt door de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager aangestuurd. Zij staan aan het hoofd van de zorgeenheden waarin zorg wordt geleverd. Formeel gezien zijn de Managers Bedrijfsvoering en de Medisch Manager integraal verantwoordelijk voor de eenheid. Deze verantwoordelijkheid werd (nogmaals) vastgesteld met de introductie van de Eenhedenstructuur. De aandacht van de Medisch Manager gaat bij het besturen van eenheid in het bijzonder uit naar medisch inhoudelijke zaken. In verhouding heeft de Manager Bedrijfsvoering veel meer tijd (fulltime baan) dan de Medisch Manager (één of meer dagdelen) voor het vormgeven van de positie en verricht dan ook in verhouding meer werk. Hij is in het ziekenhuis “*ondersteunend*” aan de Medisch Managers (RC 3). In de praktijk bestaat er geen strakke verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering. De Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager functioneren als duo als een “*twee-eenheid*” en “*hand-in-hand*” in het ziekenhuis (RC 2).

Ondanks de integrale verantwoordelijkheid en de nevenschiktheid van de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager, geeft een respondent aan dat daar waar conflicten ontstaan of meningsverschillen zijn, de Medisch Manager uiteindelijk bepalend is voor het besluit dat genomen wordt (RC 4). Hierbij wordt wel meteen de kanttekening geplaatst dat dit nauwelijks het geval is, en als dit zo is, dat het dan ook wel de moeite waard moet zijn om op strepen te gaan staan (RC 4).

Aspecten die bijdragen aan een goede samenwerking tussen de Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager zijn de personen zelf, respect voor elkaars inhoudelijk domein en inbreng, het zoeken naar het ziekenhuisbrede belang, bereidheid om elkaar wat te gunnen, bereidheid om te geven en te nemen en de bereidheid om te investeren in de relatie en het vertrouwen in elkaar (RC 3; RC 4). Vertrouwen moet langzaam worden opgebouwd, maar als dat er is, dan is het niet meer noodzakelijk om elkaar te controleren (RC 4). “*Je hebt geen tijd nodig voor randzaken, maar [je] kunt snel tot essentie komen*” (RC 4).⁹

6.5.2 Beperkte speelruimte Manager Bedrijfsvoering

De speelruimte van de Manager Bedrijfsvoering is beperkt. De Manager Bedrijfsvoering zit in een klem tussen de targets van de Raad van Bestuur en de eisen die deze krijgt vanuit de eenheden. Hij is een manager die verantwoording moet afleggen aan de Raad

⁸ Bron: RC 2.

⁹ Niet alleen wordt er geïnvesteerd in Medisch Managers en Managers Bedrijfsvoering, ook is er in 2012 een professionaliseringsproces geweest onder teamleiders. Zij zijn de “scharnierpunten” tussen management en werkvloer en nemen een belangrijke plek in het krachtenveld in de organisatie (RC 9). Door professionalisering van teamleiders waardoor er hier meer taken worden opgepakt, is de Manager Bedrijfsvoering in staat afstand te nemen van teamleiders (RC 3). Doordat er meer body is bij de teamleiders worden de Managers Bedrijfsvoering ook weer sterker gemaakt ten opzichte van hun collega's en Raad van Bestuur (meer informatie dwarsdoorsnede organisatie) (RC 3).

van Bestuur voor het functioneren van de eenheid en heeft tegelijkertijd te maken met de vragen en eisen van de medische staf en verpleegkundigen.

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“Want de Manager Bedrijfsvoering, die zie ik dus nu in de organisatie het kind van de rekening worden. Want die zijn namelijk essentieel voor het aansturen van de unit, die hebben dus continu te maken met dat [de afdeling financiën] en dat managementgedoe van dit zijn de doelen, hier moet je aan voldoen, dit is je target, dat zijn de moderne managementtermen. En vervolgens zit de Manager Bedrijfsvoering continu aan tafel met de vloer, met de hoofden van de afdeling, en krijgt een heel ander beeld daar. En die zit in die vertaalslag die bijna niet te maken is, dus die krijgt continu op [zijn] sodemieter van boven dat [hij zijn] target niet haalt.... En de vraag van onder van we trekken het niet meer, het gaat niet meer, geef meer energie, geef meer ruimte. Ja die [manager] is straks het kind van de rekening, want die voelt zich van geen kant meer gesteund. En die heeft heel weinig mandaat.” (RC 2)*

6.5.3 Beperkt mandaat Medisch Manager

Voor de Medisch Managers in het ziekenhuis geldt dat het niet vanzelfsprekend is dat zij het mandaat hebben van de vakgroep/maatschap ondanks dat de Medisch Manager dit formeel heeft gekregen van zijn achterban. In de praktijk kan eerder gesproken worden van een *“gedeelde verantwoordelijkheid”* van de Medisch Manager en de achterban (RC 27). Er bestaan al langere tijd soortgelijke posities in de organisatie, maar op dit moment wordt deze positie niet altijd serieus genomen door medici. Vaak wordt deze positie als een corveetaak gezien binnen de vakgroep/maatschap. Eén van de respondenten geeft aan dat ongeveer de helft van de Medisch Managers *“het manasje van alles”* is binnen de vakgroep/maatschap en de taak van Medisch Manager heeft toebedeeld gekregen (RC 24). De andere helft van de posities Medisch Manager wordt wel ‘steviger ingevuld’. Er zijn ook respondenten die de verhouding iets anders zien, namelijk dat meer posities van Medisch Managers stevig worden ingevuld (RC 16).

6.6 WERKGROEPEN EN COMMISSIES IN BESTURING

In het ziekenhuis worden commissies en werkgroepen ingezet om tot besluiten te komen en onderwerpen te verkennen. Er zijn vaste commissies ingericht rondom verschillende onderwerpen zoals kwaliteit en veiligheid, calamiteiten en investeringen.¹⁰ In deze commissies zijn medisch specialisten, beleidsmedewerkers en managers actief. Daarnaast wordt in het ziekenhuis gebruik gemaakt van werkgroepen die een meer tijdelijk karakter hebben. Zo is er een stuurgroep Strategie actief die de voorbije jaren bezig is geweest met het bedenken van een strategie en de bewaking van het uitrollen van de strategie. Tijdens

¹⁰ Overzicht vaste commissies ziekenhuis: Investeringscommissie, Klachtencommissie, Commissie kwaliteit en veiligheid, protocollencommissie, commissie geneesmiddelen distributie, commissie BIG, commissie financiën en markt (F&M), commissie human resources (HR), commissie arbeidsomstandigheden (ARBO), (financiële) auditcommissie, commissie ‘beeld en kwaliteit’, MIP-commissie, FWG-indelingscommissie, Vertrouwenscommissie, Calamiteitcommissie, lokale medisch-ethische toetsingscommissie (L-METC) en necrologiecommissie (Jaarverslag, 2012).

de ontwikkeling en uitvoering van de strategie waren ziekenhuisbreed diverse werkgroepen actief. Hetzelfde geldt voor de totstandkoming van de Eenhedenstructuur. Ook hier is destijds op grote schaal in het ziekenhuis gebruik gemaakt van vijf werkgroepen en een stuurgroep.

6.7 ONTWIKKELINGEN IN ORGANISATIE MEDISCHE STAF

6.7.1 Ontwikkeling medische staf als collectief

Het Stafbestuur probeert op diverse fronten het Stafbestuur maar ook de medische staf als geheel te ontwikkelen (RC 15). De focus ligt hierbij op het stimuleren en versterken van de collectiviteit van de medische staf. Collectiviteit verwijst hier naar een groep van sterk inhoudelijke (individuele) specialisten en tegelijkertijd een medische staf die gemeenschappelijke doelen en niet alleen individuele doelen centraal stelt. Het Stafbestuur (en de medische staf) zet hiervoor verschillende instrumenten in: het beleidsplan van de medische staf, werkconferenties, Appraisal & Assessment en een opleiding van specialisten tot coach. Het Stafbestuur stuurt aan op de bewustwording van gemeenschappelijk doelen en dwarsverbanden in de medische staf door Appraisal & Assessment, de werving en selectie van specialisten en werkconferenties. Door Appraisal & Assessment zouden specialisten meer respect krijgen voor en kennis verwerven over andere specialisten. In werving en selectie van artsen wordt gezocht naar specialisten die niet alleen vakinhoudelijk goed zijn, maar ook beschikken over samenwerkingscompetenties (RC 15). In het midden van het jaar 2012 is er door het Stafbestuur nog een werkconferentie georganiseerd. Hier stond het *“collectieve bewustzijn”* van medische staf op de agenda (RC 15). De opkomst van medisch specialisten op de werkconferentie was hoog en heeft volgens sommige respondenten gezorgd voor meer binding tussen leden van de medische staf (RC 15).

Dat het Stafbestuur werkt aan het *“collectiviteitsdenken”* (RC 15) van de medische staf kent haar oorsprong in de ontevredenheid over de manier van besturen ten tijde van de bestuurlijke instabiliteit (analyse van de organisatie door het Stafbestuur in 2008; Visiedocument Stafbestuur Medische Staf, 2010). De analyse ging niet alleen in op de oorzaken van de instabiliteit in het bestuur, maar ook op de organisatie van de medische staf. Uit de analyse kwam naar voren dat er *“onvoldoende coherentie binnen [de] medische staf”* was en *“de relatie tussen medische staf en Raad van Bestuur ... nog te zeer [werd] bepaald door wij/zij denken”* (RC 16). Het gebrek aan coherentie in combinatie met de instabiliteit in de Raad van Bestuur heeft een *“nadelig effect ... gehad op de kwaliteit van het bestuur van het”* ziekenhuis (Advies Stafbestuur ten aanzien van nieuwe samenstelling Raad van Bestuur, 2008).

Niet alleen het Stafbestuur maar ook de Raad van Bestuur geeft aan een bijdrage te hebben geleverd aan het versterken van het collectief medisch specialisten in het ziekenhuis. De voorzitter van de Raad van Bestuur geeft aan dat, ondanks dat bijvoorbeeld het organiseren van werkconferenties van de medische staf door het Stafbestuur niet zijn idee was, hij al langer de medische staf in deze richting heeft gestuurd (RC 9). Dit beeld

wordt bevestigd door een medicus die aangeeft dat de voorzitter van de Raad van Bestuur “heel hard” heeft aangestuurd op het feit dat het zou moeten gaan over het ziekenhuis en niet over de individuele belangen (RC 14). Volgens een andere respondent (medicus) zijn mensen in ziekenhuis “horig gemaakt voor het collectieve belang” en dat is weer in het eigen belang van de medicus en/of vakgroep (RC 22). De druk van externe ontwikkelingen en de positionering van het ziekenhuis in de regio heeft ervoor gezorgd dat het ontwikkeling van het “collectieve bewustzijn” van de medische staf (RC 15) als noodzakelijk werd geïnterpreteerd binnen de medische staf. Eén respondent geeft aan dat het mogelijkserwijs ook te maken heeft met de druk die uitgaat van de media, samenleving en publieke omgeving (RC 2). Om goede zorg te blijven leveren, moeten alle specialisten met het ziekenhuis samenwerken.

6.7.2 Werken aan “collectief bewustzijn”¹¹ medische staf

In de afgelopen jaren is in het ziekenhuis geïnvesteerd in het “collectief bewustzijn” van de medisch specialisten (door het Stafbestuur maar ook door de Raad van Bestuur) (RC 15). De vraag is echter wat hiervan de impact is. Voorheen was er een gebrek aan coherentie binnen de medische staf. En zelfs als besluiten werden genomen door de medische staf inzake beleid, kon het nog zijn dat dit “beleid door stafleden via oneigenlijke kanalen gefrustreerd werd” (Advies Stafbestuur ten aanzien van nieuwe samenstelling Raad van Bestuur, 2008). Bij de komst van de nieuwe bestuurder in 2008 werd hij gewaarschuwd voor het functioneren van de medische staf in het ziekenhuis: “ga je daar werken? Dat is een heel moeilijke staf” (RC 9).

In het huidige ziekenhuis groeit het ‘collectiviteitsgevoel’ van de medische staf (RC 15). De stafleden zijn meer naar elkaar toegegroeid en men is zich bewust van de collectieve verantwoordelijkheid. Daar waar voorheen het accent lag op het gebruik van macht en het vechten tussen stafleden en vakgroepen, ligt nu meer het accent op samenwerking (RC 9) en het collectieve belang. Deze omslag vindt langzaam plaats (RC 15).

Uit gespreksverslag medisch specialist: “[Het Stafbestuur] en Raad van Bestuur zijn het met elkaar eens in de koers. Ze zijn niet in gevechtstenuue. We gunnen elkaar ieder zijn eigen positie. We hebben begrip voor elkaars positie. We proberen binnen dat begrip zeg maar beleid te voeren binnen deze moeilijke situatie waar de hele Nederlandse omgeving, maar de gehele economie, en ook de gezondheidszorg zich in bevindt. Uiteindelijk, wij willen groeien, maar gezondheidszorg mag niet groeien.” (RC 27)

Dat de houding van de medische staf veranderd is, blijkt volgens respondenten uit keuzes die binnen de medische staf gemaakt worden, die in andere ziekenhuizen nog onbespreekbaar zijn. Zo is bijvoorbeeld het organiseren van een werkconferentie voor de medische staf en het bespreken van onderlinge dwarsverbanden in de medische staf niet in alle ziekenhuizen mogelijk.

¹¹ Bron: RC 15.

Uit gespreksverslag Beleidsmedewerker Vereniging Medische Staf: *“Ehm en er is steeds meer bewustzijn dat je een gezamenlijk belang hebt. ... Nou dat is een hele duidelijke visie van het Stafbestuur ook dat wij willen dat dat bewustzijn meer ehm gevoeld gaat worden en dat ook al onze collega's zich daarvan bewust zijn.”* (RC 24)

Er zijn ook medici en vakgroepen die er andere opvattingen op na houden, maar dit is een klein deel van medische staf. *“We hebben ook cardiologen”* (RC 9) en *“ook microbiologen en ... vragen nu ook aandacht”* (RC 24). Het Stafbestuur wil in haar werkkamer een tegeltje ophangen *“er komt altijd gedoe”* (RC 24). Het zijn volgens een respondent vaak dezelfde vakgroepen, zoals de cardiologen, die dwars liggen (RC 9). Vroeger waren deze vakgroepen geen uitzondering, terwijl het nu niet meer zo vanzelfsprekend is dat medici en vakgroepen gaan dwars liggen (RC 16). De wijze waarop in het ziekenhuis met deze medici en vakgroepen wordt omgegaan, is veranderd. Deze *“outliers”* in de medische staf worden minder geaccepteerd in het ziekenhuis door leden van de medische staf, het Stafbestuur en de Raad van Bestuur. Er is meer coherentie binnen de medische staf (RC 16), maar er wordt ook minder aandacht besteed aan de *“outliers”* en afwijkende opvattingen in medische staf (RC 9; RC 15). Vakgroepen die gericht zijn op het eigen belang en niet op het collectieve belang worden op den duur door mensen in het ziekenhuis minder gegund (RC 27).

Uit observaties en gesprekken: Een duidelijk voorbeeld van een proces waarbij afwijkende opvattingen van vakgroepen zoveel mogelijk werden genegeerd, is het besluitvormingsproces inzake een nieuwe Toelatingsovereenkomst. In het ziekenhuis moest een nieuw Model Toelatingsovereenkomst worden afgesloten. In eerste instantie stemde de gehele medische staf in de Algemene Ledenvergadering in met de nieuwe Model Toelatingsovereenkomst. De Model Toelatingsovereenkomst was afgeleid van de Model Toelatingsovereenkomst van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, echter met lokale aanpassingen. Maar op het moment dat de Model Toelatingsovereenkomst getekend moest worden door individuele specialisten, begonnen sommige specialisten uit enkele vakgroepen zich terug te trekken. Dit betekent dat door een groot deel van de staf de Model Toelatingsovereenkomst werd getekend maar door een enkeling niet. Het werd gezien als een *“achterhoede gevecht”* (RC 20). Het Stafbestuur en de Raad van Bestuur hebben gekeken en samen besproken hoe hiermee om te gaan. Gekozen werd voor een aanpak waarbij het Stafbestuur, koepelbestuur en vooral de Raad van Bestuur aandacht gaven aan diegenen die wel getekend hadden en zo min mogelijk aan diegenen die niet getekend hadden. De Raad van Bestuur en het Stafbestuur wilden het onderwerp zo klein mogelijk houden. De keuze werd gemaakt om op een later moment de Model Toelatingsovereenkomst nog eens ter stemming te laten komen in de Algemene Leden Vergadering zodat die bindend is. Een specialist die niet meer zo lang tot zijn pensioen heeft te gaan, hoefde niet noodzakelijkwijs te tekenen. Voordat de overeenkomst opnieuw ter stemming werd voorgelegd, kregen specialisten de kans om alsnog de eerder goedgekeurde overeenkomst te tekenen. Tegelijkertijd liepen de Raad van Bestuur (RC 9) en leden Stafbestuur wel binnen bij de vakgroepen/maatschappen en de individuele specialisten die niet wilden tekenen om het hier over te hebben. De mensen die niet tekenden, zijn: alle cardiologen, twee radiologen, een plastisch chirurg, een longarts en twee nucleair geneeskundigen. De mensen die wel getekend hadden, kregen de gelegenheid om de volgende keer dat de Model Toelatingsovereenkomst weer op tafel ligt hierover mee

te praten. Mensen die nieuw worden aangesteld krijgen sowieso de nieuwe overeenkomst. Als reactie op de ontstane onenigheid over de Model Toelatingsovereenkomst, werd een nieuwe overeenkomst opgesteld (RC 24), maar ook deze werd niet door iedereen getekend. Aan het einde van rit hebben niet alle medici de Model Toelatingsovereenkomst getekend.

Volgens de voorzitter van Raad van Bestuur lijkt de discussie rondom de Model Toelatingsovereenkomst nutteloos. Het is echter wel een onderwerp dat je in de gelegenheid stelt om met elkaar van gedachten te wisselen over de onderlinge samenhang en samenwerking. De Model Toelatingsovereenkomst is in de ogen van de voorzitter van de Raad van Bestuur een instrument om de onderlinge interactie te bespreken. Samenwerking tussen management en medici en niet conflict moet de gewoonte worden in het ziekenhuis (RC 9). De Raad van Bestuur heeft er belang bij dat de medische staf goed georganiseerd is zodat het bestuur hier goede zaken mee kan doen.

Aan de ene kant krijgen de ‘outliers’ minder aandacht in het ziekenhuis, maar tegelijkertijd worden ze openbaar wel ook tot de orde geroepen. De Raad van Bestuur (en daarmee ook het Stafbestuur) richt zich in de besturing minder op de emoties, en probeert meer te werken vanuit “zakelijkheid” (RC 9; RC 14). Formele procedures worden gevolgd om zaken aan de kaak te stellen.

Uit gespreksverslag medisch specialist: “Coherentie in de medische staf, daar is enorm veel in verbeterd. He, want zo’n groep cardiologen die vroeger geen uitzondering waren maar er waren ook andere vakgroepen die zich zo opstelden. Die hebben het steeds moeilijker. In de zin, in de medische staf worden die toch meer als [outliers] gezien dan dat het... normaal is dat je zo gedraagt. Dat wordt ook gewoon in de kernstaf ter discussie gesteld. Die mensen worden openbaar tot de orde geroepen. Toevallig is er morgen en volgende week, is er een conferentie in de medische staf die dit ook weer als thema heeft. Hoe kunnen we dit verder opbouwen.” (RC 16)

Belangrijke personen voor de omslag in de medische staf zijn “de vorige twee [voorzitters van het] Stafbestuur” (RC 15; RC 16). Hierdoor sloeg de cultuur om van een ‘vechtcultuur’ naar een cultuur die meer gericht is op ‘samenwerking’ (al zit de vechtcultuur in de cultuur van de organisatie (RC 9)). Er wordt in het ziekenhuis ook gewezen op de invloed van de nieuwe Raad van Bestuur als aanjager van de omslag. Door de aanwezigheid van een coherente medische staf is het Stafbestuur als vertegenwoordiger van de staf ook een betere partner voor de Raad van Bestuur (zie paragraaf 6.3 voor interactie Raad van Bestuur en Stafbestuur).

Maar er zijn ook respondenten die aangeven dat het allemaal wel meevalt met dat gevoel van collectiviteit binnen de medische staf. Specialisten en vakgroepen/maatschappen gaan mee met het collectief van medisch specialisten, maar als puntje bij paaltje komt, zorgen zij dat op de eerste plaats de zaken voor de eigen vakgroep/maatschap goed geregeld zijn (RC 28). Bovendien zijn er meer vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis werkzaam die er andere opvattingen op na houden en hun eigen plan trekken: “[naast cardiologen] ook plastische chirurgen, KNO, en een paar orthopeden en ...” (RC 28). Binnen de medische

staf is er volgens een respondent *“te weinig kritische massa”* en zou er te veel *“kuddegedrag”* zijn in de medische staf (RC 28).

Zo wordt door respondenten in deze context ook het voorbeeld van het proces rondom de Model Toelatingsovereenkomst genoemd. Medici zouden te weinig kritisch naar de Model Toelatingsovereenkomst hebben gekeken (RC 28). Slechts een paar mensen hebben de Model Toelatingsovereenkomst niet ondertekend (RC 28).

Een kritiekpunt is dat in het ziekenhuis *“veel onderwerpen blijven liggen”* (zoals bij de Model Toelatingsovereenkomst) (RC 28). Innovatieve en excellente vakgroepen zouden binnen de Eenhedenstructuur worden tegengehouden door vakgroepen die streven naar *“middle to the mean”* (RC 28). Het collectief medische staf wordt door een respondent als een *“communistisch systeem”* getypeerd dat niet werkt omdat een meerderheid moet beslissen voor een minderheidsbelang, terwijl het moeilijk is om die beslissing te nemen omdat ze er geen verstand van hebben. Bovendien zijn winstgevende vakgroepen de dupe van verlieslijdende vakgroepen. *“Het is makkelijk teren op het geld van een ander”* (RC 28).

Tijdens een interview schetst een medisch specialist een voorbeeld waarbij de door hem ervaren façade van het collectiviteitsprincipe aan het licht komt: binnen het ziekenhuis is men bezig met het op poten zetten van een opleidingsinitiatief. Alle vingers van verschillende specialismen gaan in de lucht als er gestemd wordt om dit initiatief verder te ontwikkelen. Maar op het moment dat duidelijk wordt dat ze hiervoor zelf geld moeten inleggen dan is het draagvlak meteen wat minder groot en gaan er dus minder vingers de lucht in (RC 28). Hieruit blijkt dat de eigen belangen van (individuele specialisten in) vakgroepen/maatschappen nog steeds van belang zijn en dat de medische staf minder als een collectief besluiten neemt dan verondersteld wordt (door met name het Stafbestuur).

6.7.3 Routes medische staf

“De medische staf heeft heel veel wegen om invloed uit te oefenen. En als ze willen kunnen ze ook beïnvloeden” (RC 9). De leden van de medische staf hebben diverse podia om invloed uit te oefenen en om met elkaar in gesprek te gaan. Denk hierbij aan het overleg van het Stafbestuur, bijeenkomsten van Koepel(bestuur), het overleg van Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering, de Algemene Leden Vergadering en werkconferenties van de medische staf. Ook zijn er overleggen binnen maatschappen/vakgroepen, is er een overleg tussen de Medisch Managers en is er een kernstaf overleg. De medische staf heeft de afgelopen jaren haar eigen organisatie meer op orde gebracht.

Uit gespreksverslag manager p&o: *“Wat er ook in helpt dat zij gewoon een goede structuur gemaakt [hebben] nu, met gewoon kernstafvergaderingen, er worden dingen gegendeerd, over twee weken vindt er besluitvorming plaats. Iedereen is welkom. Er wordt ook gestemd als het nodig is. Dus die hebben zelf ook hun hygiëne op orde gebracht. Ik zie dat als basis, maar dat is ook wel een verandering hoor. Dan merk je echt dat je een partij bent of wordt.”* (RC 20)

De Algemene Leden Vergadering wordt de afgelopen jaren minder bezocht (RC 24). Hier zijn vooral de leden uit de kernstafvergadering aanwezig die ook al in het kernstafoverleg bij elkaar komen. Bovendien wordt in de Algemene Leden Vergadering ook niet echt gediscussieerd (RC 24).

Waar wel meer werd gediscussieerd, is de werkconferentie die in 2012 voor het eerst is gehouden (RC 15). Het is de bedoeling dat deze conferentie elke twee jaar herhaald wordt. Het overleg van de Medisch Managers, dat in het leven is geroepen door de medici zelf, kent een lage opkomst. De lage opkomst wordt door respondenten geweten aan het tijdgebrek van Medisch Managers om hierbij aan te schuiven naast de andere overleggen (RC 2; RC 4).

Niet zozeer de Algemene Leden Vergadering maar vooral de kernstafvergadering, waar vooral de Medisch Managers en het Stafbestuur zitten, is het besluitvormende orgaan in de medische staf. Het Stafbestuur gebruikt (onder andere) de kernstaf om ideeën en plannen bij haar achterban te toetsen. Het Stafbestuur is werkzaam in het bestuur van de organisatie (op strategisch niveau) en de Medisch Managers voeren beleid uit in de lijnorganisatie. De kernstaf wordt door een respondent ook wel “*het parlement*” genoemd (RC 16).

Uit gespreksverslag medisch specialist: *“Eh het draagvlak creëren. Ja goed vooroverleg. En als je met een voorstel komt in de medische staf, ook aangeven dat het voorbesproken is tussen Raad van Bestuur en het Stafbestuur, dat het de steun heeft van het Stafbestuur. Maar wel voorleggen ter stemming aan de kernstaf. En op een gegeven moment, dat is de plek waar de medische staf zo'n besluit eventueel kan afkeuren of aanpassen. Nou dan moet je daar wel gehoor aan geven. Maar dat is dan wel het parlement. Dat is het parlement.”* (RC 16)

Maar volgens één van de respondenten werkt dit parlement niet, net zoals de Tweede Kamer niet werkt (RC 28). In de kernstafvergadering worden nauwelijks discussies gevoerd (RC 16). *“Het is een dode boel. ... De kernstaf is een beetje ingedut. ... Hier worden alleen besluiten afgetikt die al zijn voorbesproken”* (RC 24). Dit betekent dat besluiten worden bekrachtigd in de kernstafvergadering, maar dat het meeste voorwerk voor besluitvorming wordt gedaan vooraf aan deze vergadering.

Besluiten worden in de medische staf, maar ook in het ziekenhuis, meestal gefaseerd behandeld in de formele overlegprocedure: eerst worden stukken ter informatie ingebracht, dan is er ruimte om over het desbetreffende onderwerp te discussiëren (ook buiten het formele overleg) en ten slotte wordt een besluit ter besluitvorming voorgelegd.

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur: *“In het ziekenhuis is het altijd belangrijk om af te stemmen. Als de Raad van Bestuur dus een belangrijk document inbrengt, dan kan het zijn dat [het Stafbestuur] daar eerst iets van moet vinden, of dat [het Stafbestuur] zegt van wat zou de staf daarvan vinden, en dan discussiëren we daarover en dan stellen we dat op die manier bij. En op een zeker moment brengt de Raad van Bestuur zo'n stuk in, als voorgenomen besluitvorming.”*

Dan vraagt ze om advisering aan de adviesorganen [zoals het Stafbestuur], die koppelen die advisering terug. En wat [het Stafbestuur] dan doet, dan [kan de Raad van Bestuur] besluiten, en wat [het Stafbestuur] dan doet is dat wij het eerst ter discussie stellen in de kernstaf en dan laten we het in de vergadering erop terug komen ter besluitvorming. [Dat is het formele proces]. Ja. En dat spel, dat is eigenlijk het besturen.” (RC 14)

6.7.4 “Wandelgangen Informatie Systeem” en sleutelpersonen

In het ziekenhuis is ook een informeel circuit actief. Hoewel volgens respondenten het informele karakter van het ziekenhuis is veranderd, is er nog steeds een informeel systeem. Het informele circuit heeft een andere betekenis gekregen ten opzichte van enkele jaren geleden.

In het verleden werd meer informeel geregeld – zelfs als besluiten al zijn gemaakt¹² – dit is nu nauwelijks meer mogelijk (RC 17). Voorheen werd vanuit het informele circuit invloed uitgeoefend op de besluitvorming, maar dat heeft die zwaarte nu niet meer (RC 2). Een reden die hiervoor genoemd wordt, is dat de formele (besluitvormings)procedures gevolgd worden. De informatie uit het Wandelgangen Informatie Systeem wordt zoveel mogelijk in de bestuurlijke organisatie van het ziekenhuis gebracht. Zo vraagt het Stafbestuur op het moment dat zij vragen of opmerkingen krijgen vanuit de medische staf of dit wordt ingebracht via formele kanalen. Daarmee is het Stafbestuur een spelverdeler van een deel van de informele krachten in de organisatie. Ook de Raad van Bestuur heeft een rol gespeeld in het terugbrengen van het informele circuit door het vormgeven van een meer zakelijke benadering (lees hanteren formele besluitvormingsprocedures; zie ook paragraaf 6.7.5). Het informele circuit is ook afgenomen omdat dit minder nodig is in de huidige wijze van besturen. De noodzaak om gebruik te maken van dit informele circuit is verminderd.

Uit gespreksverslag beleidsmedewerker medisch specialisten: “Het [informele systeem] is niet anders, het is ook niet minder, maar het is minder nodig. Maar als je het gevoel hebt dat we tevreden zijn met de Raad van Bestuur dan heb je dat circuit niet nodig. Als je het dan hebt over een geschikte Raad van Bestuur. Dan hoef ik geen negatieve informatie met je te delen, die nog niet toe is aan publieke uiting. ... [Ja .. als we hier ... met z'n allen tevreden zijn, hoe het gaat, over patiënten die gezien worden, en de leiding. Nou dan hebben we geen achterbakse wandelgangengeroezemoes.” (RC 27)

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur: “Dat informele circuit [van een paar jaar geleden] is enorm afgenomen. Het gebeurt nog wel, maar op het moment dat dat heel erg de kop op steekt, of je dat merkt, dan is ook, dan zijn die procedures weer van belang. ... Het informele circuit is een systeem om emoties te uiten. ... Daar worden best wel gesprekken gevoerd. Al moet ik wel zeggen, dat met name dat informele circuit is enorm afgenomen. Van een paar jaar geleden. En ik wijs ook wel eens mensen door, komen mensen langs en die vinden iets, waarbij ik ze uitnodig om naar het Stafbestuur te komen. Of er zijn andere mensen en die vinden wat en dan zeg ik,

¹² Zelfs als beleidskeuzes waren gemaakt dan werden processen nog gefrustreerd door medisch specialisten (Adviesnotitie van Stafbestuur (2008).

loop even bij de voorzitter langs, dan regel je een gesprek met de voorzitter. Dat het niet alleen van mijn kant komt maar dat ie het ook uit eerste hand komt. ... Dus het informele circuit is eigenlijk weg. Maar dat neemt niet weg dat er gesproken wordt met elkaar. Dus in die zin is het er wel. Ehm, maar dat is niet, maar dat heeft niet meer zo'n power dat daar beslissingen in geforceerd worden. Dat was voorheen wel. Kijk met die 200 mensen ben je natuurlijk op een gegeven moment, met een aantal mensen sta je op een gegeven moment op goede voet, dus zo'n ziekenhuis met zo'n omvang is een dorp. He, en dat betekent dat ook je sociale contacten en je verkeer ben je voor een gedeelte afhankelijk van de mensen hier in dit dorp.” (RC 14)

Hoewel volgens respondenten het informele karakter van het ziekenhuis is veranderd en het in belang is afgenomen, is er nog steeds een informeel systeem aanwezig. Respondenten hebben het in dit verband over Wandelgangen Informatie Systeem, waarin informatie (lees ook meningen en opvattingen) wordt uitgewisseld. Respondenten geven aan dat het belangrijk is om gebruik te maken van het informele systeem (RC 13; RC 28).

Uit gespreksverslag specialist en lid Stafbestuur: “Er is natuurlijk wat bij ons het wandelgangeninformatiesysteem is he dat mensen roepen van ja maar van wij zijn het er toch niet mee eens of wat dan ook in de kleedkamer van de OK of wat dan ook. Dan word ik er op aangesproken. Ja, dat kan je negeren maar het helpt niet want als mensen ... dan doen ze dat toch. ... Regelmatig is er wel rumoer en dan moet je dat proberen te kanaliseren en zeggen van luister wij gaan dat hier niet met zijn tweejes even bekostoven dat [doen] we wel met elkaar in het overleg. We hebben een punt maar dat gaan wij hier samen niet oplossen dat brengen wij in en daar moeten we met de hele groep naar kijken wat we daar mee willen en kunnen.” (RC 14)

In de huidige besturing van het ziekenhuis zijn sleutelpersonen actief die invloed uitoefenen op de besluitvorming. In de medische staf zijn dit voornamelijk de mensen die aan de kernstaf deelnemen (dus Medisch Managers en leden Stafbestuur) (RC 24). De kernstaf wordt gezien als het parlement in het ziekenhuis. Daarnaast zijn er nog een paar andere mensen in de medische staf die worden gezien als sleutelpersonen in de medische staf. Mensen worden sleutelpersonen om verschillende redenen: omdat ze hun sporen verdiend hebben, een netwerk hebben, een gunfactor hebben, onderdeel zijn van een grote vakgroep, zichtbaar zijn in de organisatie, zinvolle en beargumenteerde input leveren (RC 27). Het zijn de competenties die maken dat er geluisterd wordt naar deze sleutelpersonen. De sleutelpersonen hebben nu niet zozeer meer de invloed op de besluitvorming in het ziekenhuis als binnen het vorige besturingsmodel en onder leiding van de vorige bestuurders. Het is voor sleutelpersonen weliswaar minder noodzakelijk om invloed uit te oefenen op de besturing van het ziekenhuis, wel worden ze gevraagd voor bepaalde posities, zoals Stafbestuur en Koepelbestuur, alsook voor deelname aan werkgroepen, stuurgroepen en commissies.

Zo werd bijvoorbeeld een oud voorzitter van het Stafbestuur gevraagd door de Raad van Bestuur om deel te nemen aan een nieuw op te richten eenheid die eenheid overstijgend moet zorgen voor goede contacten met externe partners (zoals huisartsen). Niet alleen worden deze mensen gevraagd voor de Raad van Bestuur om deel te nemen aan werkgroepen

of commissies, ook worden zij door het Stafbestuur benaderd (of geven ze zichzelf op) (RC 16; RC 2.4). Deels worden ze door de Raad van Bestuur betaald en deels door het Stafbestuur (RC 16; RC 2.4).

6.7.5 “Zakelijke”¹³ besluitvormingsprocedures reduceren “gezoem”¹⁴

In de huidige besturing van het ziekenhuis wordt waarde gehecht aan ‘transparante’ besluitvormingsprocedures. Vroeger werden deze besluitvormingsprocedures niet altijd als ‘transparant’ ervaren. Bovendien werden soms zaken informeel geregeld buiten de formele routes om (door bijvoorbeeld de Raad van Bestuur, managers, medisch specialisten en Stafbestuurders). Met de komst van de nieuwe Raad van Bestuur kwam hier een einde aan. De Raad van Bestuur houdt zich aan besluitvormingsprocedures. Dit zorgt voor transparantie volgens het Stafbestuur. Doordat de Raad van Bestuur een andere houding hierin aanneemt is het voor het Stafbestuur makkelijk om hierop aan te sluiten. Heldere besluitvormingsprocedures stellen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur in de gelegenheid hun rug recht te houden. Onderwerpen worden daarmee ook meer dan voorheen door medisch specialisten (al dan niet op verzoek van het Stafbestuur) in de lijn gebracht. Hierdoor is er minder “gezoem” in de staf (RC 14).

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur: De voorzitter van de Raad van Bestuur ging “veel meer op de zakelijkheid sturen [in plaats van emotie]. Dan bedoel ik niet bedrijfsmatig, maar veel meer op de procedure. ... Doordat ze dat zo goed doen, dat ze zo nauwkeurig doen, is het voor het Stafbestuur ook makkelijk om daarop aan te sluiten en dat vervolgens ook goed uit te voeren. ... [Deze Raad van Bestuur heeft heel goed in de smiezen hoe het spel werkt] want die betrekken dus in hun bestuurlijke rol heel sterk de mening van de Vereniging Medische Staf, door de procedures heel goed te volgen. ... Met name de besluitvormingsprocedures.” (RC 14)

De besluitvorming rondom de Model Toelatingsovereenkomst¹⁵ maar ook processen rondom disfunctionerende medisch specialisten zijn voorbeelden van processen waarbij het volgen van besluitvormingsprocedures centraal worden gesteld.

Uit observaties en gesprekken: In korte tijd is een aantal disfunctionerende specialisten aan het licht gekomen. In eerste instantie werden daarbij niet strikt de formele spelregels in acht genomen. Problemen die dit opleverde vooral voor de Raad van Bestuur omdat ze in een juridisch conflict verwickeld raakte, hebben ervoor gezorgd dat gekozen werd om in dergelijke situaties duidelijke procedurele regels te volgen. Dit werd tijdens overleggen van Raad van Bestuur met de juridisch manager en ook het Stafbestuur vele malen herhaald

¹³ Bron: RC 15.

¹⁴ Bron: RC 14.

¹⁵ Binnen het traject van de Model Toelatingsovereenkomst heeft de Raad van Bestuur in overleg met het Stafbestuur en het koepelbestuur ervoor gekozen het formele traject aan te houden om te komen tot een ondertekening van de Model Toelatingsovereenkomst door alle specialisten. Via de formele overlegstructuur wordt de Model Toelatingsovereenkomst opnieuw ingebracht met de kantekening dat op het moment dat de medische staf akkoord geeft deze beslissing bindend is voor alle medisch specialisten. Dit was in eerste instantie niet zo expliciet uitgesproken.

omdat op die manier er geen onduidelijkheden of fouten gemaakt konden worden en de schade tot het minimum werd beperkt.

Het informele circuit heeft niet langer de kracht om besluiten te bepalen. Dit heeft niet zozeer te maken met de bestaande procedures, maar juist met de interactie in het ziekenhuis tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur en hun positie in het ziekenhuis die als positief worden ervaren.

Uit gespreksverslag beleidsmedewerker Stafbestuur: "Ja, want die formele structuur die bestaat al jaren en ... dat is altijd goed geregeld geweest. Je ziet eigenlijk nu pas dat dat gewoon de laatste jaren pas meer gaat werken omdat je gewoon veel meer dingen samen kunt opbouwen omdat er vertrouwen is. Zolang je vecht tegen elkaar dan gebeurt er gewoon niks. En altijd op een bepaald front worden er weer mensen tegengewerkt dus." (RC 24)

De formele procedures worden niet altijd tot op de letter gevolgd. Zeker niet als de samenwerking goed is – wat het geval is – want dan kan de samenwerking zich wat ‘missers’ veroorloven. De formele besluitvormings- en overlegstructuur is daarmee niet een vaststaand gegeven, maar afhankelijk van hoe mensen er mee omgaan.

Het gebruik van formele procedures maakt de wijze van besturen in de ogen van respondenten transparanter. Maar dit wil niet zeggen dat alle gesprekken en besluitvorming volgens formele besluitvormingsstructuren plaatsvinden. Uit de beschrijving van het ziekenhuisbrede begrotingsproces in 2012 blijkt dat er door verschillende actoren gebruik is gemaakt van diverse routes en geleidingen om te komen tot een begroting.

Dat de formele procedures niet altijd gevolgd worden zoals dit oorspronkelijk is bedacht, blijkt ook uit het begrotingsproces van 2012. Voor een deel wordt hiervoor gebruik gemaakt van de formele overlegstructuur om te komen tot een begroting en om mensen uit het ziekenhuis te informeren over het verloop van het begrotingsproces. Het is in formele overleggen dat de begroting officieel wordt goedgekeurd (bijvoorbeeld door de Raad van Bestuur en de medische staf) maar juist ook buiten deze (besluitvormende) overleggen zijn ook gesprekken gevoerd om te komen tot een passende begroting voor 2012. De Raad van Bestuur en de afdeling Financiën stelden de kaders vast waaraan het management van de eenheden zich moet houden (als afgeleide van eisen overheid en verzekeraars). In het licht van bezuiniging werd de begroting van het jaar ervoor als uitgangspunt genomen. De afdeling Financiën hield in eerste instantie in de gaten of deze kaders werden opgenomen in de begrotingen van de eenheden. De begroting werd in diverse fasen opgeleverd. In een vroeg stadium hebben de managers in de eenheden een begroting afgegeven (op basis van centrale kaders) waarop ook de Medisch Managers hun akkoord hebben gegeven. De Managers Bedrijfsvoering stelden in overleg met de Medisch Managers de begroting van de eenheid op. De afdeling Financiën (vooral de controllers) en het management van de eenheid bleven praten over deze begroting totdat deze aansloot bij vastgestelde kaders. In het najaar 2011 werd in een eerste fase de begroting ter besluitvorming voorgelegd aan het Stafbestuur. Het Stafbestuur gaf formeel akkoord op de al vastgestelde begroting zonder de achterban te raadplegen. Bij de tweede fase (voorjaar 2012) koos het Stafbestuur ervoor om

de begroting voor te leggen aan de achterban door middel van een brief aan de Medisch Managers, maar ook door deze te bespreken tijdens de kernstafvergadering. Uiteindelijk werd de begroting voorgelegd aan de leden van de medische staf in de Algemene Leden Vergadering. De inspraak van de leden medische staf in de totale kosten en opbrengsten in de begroting is echter niet groot omdat er bij aanvang van het begrotingsproces een nullijn (begroting jaar ervoor als uitgangspunt) is vastgelegd. Om de begroting sluitend te maken (waarin dus ook taakstellingen voor bezuinigingen zijn opgenomen) zijn diverse activiteiten ondernomen. Op het moment dat het management van de eenheden en de afdeling Financiën er niet in slaagden een passende begroting op te stellen en onvoldoende de taakstellingen erin wisten te verwerken, kwam de Raad van Bestuur in beeld. Zij ging gesprekken voeren daar waar aan de begroting moest worden geschaafd. Ook het Koepelbestuur speelde een actieve rol in het bespreken van de begroting en het creëren van draagvlak voor beslissing. Tijdens het begrotingsproces maakte de voorzitter van de Koepel contact met eenheden waar problemen lagen om hun begroting rond te krijgen. Daarnaast ging hij in gesprek met Medisch Managers om na de besluitvorming over de begroting om hiervoor draagvlak te krijgen. Ook het Stafbestuur speelde een rol in het begrotingsproces. Het Stafbestuur bekeek per situatie wat de aanpak was die ze moesten hanteren (moet de achterban worden ingeschakeld en hoe?) Hierover beslisten de leden van het Stafbestuur tijdens de vergadering van het Stafbestuur. Uiteindelijk is de begroting achteraf sluitend gemaakt, namelijk toegeschreven naar de behaalde begroting.

7

Ommezwaai van dealen naar duaal management

Uit gespreksverslag manager Personeelszaken: *“Mensen zijn op zoek naar plekje in de organisatie. [Dat] komt omdat bijna alle posities nieuw zijn. Iedereen is aan het aftasten. Het is niet dat er sprake is van wantrouwen, maar er moet wel vertrouwen gewonnen worden.”* (RD 10)

De afgelopen jaren is er veel veranderend in de wijze waarop ziekenhuis D bestuurd wordt. Als gevolg van een crisis in het primaire proces en wisselingen in het bestuur van de organisatie zijn er veel onderdelen in de besturing van het ziekenhuis gaan verschuiven. De oude Raad van Bestuur en directie met een sterk geloof in marktwerking heeft plaats gemaakt voor een nieuwe Raad van Bestuur die het accent op marktwerking heeft ingeruild voor een meer zorg georiënteerde blik op besturen. Ook bij het Stafbestuur, de stafdiensten, de Verpleegkundige Adviesraad, de Patiënten Advies Raad, de Ondernemingsraad en de Raad van Toezicht werd een groot deel van de wacht gewisseld. In twee jaar tijd (2011-2013) worden binnen het ziekenhuis veel posities ingevuld door nieuwe mensen van binnen en buiten de organisatie. De leden van de *“nieuwe familie”*, die grotendeels de positie van de *“oude familie[leden]”* innemen in het ziekenhuis, ontwikkelen nieuwe rollen in de besturing van het ziekenhuis en nieuwe samenwerkingsrelaties met andere actoren in het ziekenhuis (RD 10). In het verleden lag het accent op het rechtstreeks dealen tussen medisch specialisten en het bestuur van de organisatie. In de nieuwe situatie probeert de Raad van Bestuur besluitvorming te kanaliseren via het management van de eenheden. In toenemende mate worden in het ziekenhuis verantwoordelijkheden belegd bij het management van de eenheden in het ziekenhuis. In het ziekenhuis wordt gekozen voor ‘duaal management’ in het management van de eenheden (Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager) en het bestuur van de organisatie. Het Stafbestuur participeert in de besturing van het ziekenhuis op het niveau van de Raad van Bestuur.

In dit hoofdstuk worden de recente ontwikkelingen in de wijze waarop ziekenhuis D wordt bestuurd, beschreven. Er wordt ingegaan op de rollen en posities van actoren in de besturing van ziekenhuis D en op de manier waarop deze actoren met elkaar omgaan.

7.1 NIEUWE RAAD VAN BESTUUR KEERPUNT IN BESTURING

7.1.1 Onrust in bestuur en primaire proces

In ziekenhuis D hebben de afgelopen jaren veranderingen plaatsgevonden het bestuur van de organisatie. Ten tijde van een crisis in het primaire proces en onrust over de financiële status van het ziekenhuis, ontstond er ontevredenheid over de wijze waarop het bestuur aan het ziekenhuis leiding gaf. De dominante marktgeoriënteerde manier van besturen (zie paragraaf 7.1.5) en als weinig transparant ervaren manier van besturen waarbij het bestuur direct zaken deed met medici (zie deze paragraaf en ook 7.3, 7.4 en 7.6), leken niet meer te werken.

De crisis in het primaire proces was de directe aanleiding voor het vertrek van de Raad van Bestuur en de directeuren in het ziekenhuis. Door onrust in het ziekenhuis over het bestuur en het primaire proces van de organisatie, veroorzaakt door een crisis in het primaire proces, kon de zittende bestuurder niet langer aanblijven. Nadat de voorzitter van de Raad van Bestuur vertrok, volgden op een later moment ook de andere bestuursleden. Het oude bestuur van het ziekenhuis bestond uit een voorzitter van de Raad van Bestuur en drie directeuren.¹ De voormalige voorzitter van de Raad van Bestuur noemde zichzelf de “algemeen directeur” (RD 1). Hij stelde zich hiermee gelijkwaardig op ten opzichte van de andere drie directeuren. De drie directeuren hadden elk hun eigen stijl. Eén directeur, met een financiële achtergrond, was gericht op het volgen van regels. Een andere directeur was meer gericht op het onderhouden van interne contacten in het ziekenhuis (RD 1). De derde directeur delegerde taken – meer dan zijn collega’s – naar het management van de organisatie. Maar hij liep er vervolgens tegenaan dat hij alsnog moest ingrijpen als het management deze taken niet oppakten (RD 1). Volgens respondenten was de combinatie van directeuren en de voorzitter van de Raad van Bestuur, met elk hun eigen stijl en aandachtsgebied, een goede mix (RD 1).

Voor de crisis overwogen de voorzitter van de Raad van Bestuur en één andere directeur al om op termijn het ziekenhuis te verlaten. Nadat de voorzitter van de Raad van Bestuur ongeveer een decennium bij het ziekenhuis had gewerkt en een groot project had afgerond, ging hij (onder druk van de crisis) op zoek naar een nieuwe uitdaging.

Uit gespreksverslag secretariaat Raad van Bestuur: “[De voormalige voorzitter Raad van Bestuur] en [de directeur beheer] zouden niet lang blijven. Het was deze laatste die het expliciet uitsprak. [De andere twee directeuren] wilden nog wel langer blijven maar dat is niet gelukt.” (RD 1)

¹ De keuze voor een eenhoofdige Raad van Bestuur en daaronder een laag directeuren werd destijds gemaakt onder leiding van de voormalige voorzitter van de Raad van Bestuur. Hiervoor was geen toestemming nodig van de adviesgremia in de organisatie omdat het geen officiële wijziging van de organisatiestructuur was.

7.1.2 Aanstelling nieuwe Raad van Bestuur

Voordat het oude bestuur werd opgevolgd door een nieuw bestuur, zijn eerst drie interim-bestuurders aan de slag gegaan in het ziekenhuis. Maar *“onder de interimmers is niet veel gebeurd in het ziekenhuis”* (RD 1). Wel is er veel ophef geweest over één lid van de Raad van Toezicht dat tijdelijk de positie van bestuurder innam. Nadat hier ophef over ontstond omdat dit haaks op bestaande wetgeving stond, legde hij zijn functie als interim-bestuurder neer.

Na het vertrek van het zittende bestuur en de interim-bestuurders, trad in het ziekenhuis een nieuwe Raad van Bestuur aan. Een nieuwe Raad van Bestuur moest zorgen voor rust in de organisatie (RD 10) in een tijd van onrust in het bestuur en het primaire proces van het ziekenhuis. Oorspronkelijk werd gekozen voor een nieuwe besturingsstructuur met drie bestuurders (in plaats van één bestuurder en drie directeuren). Uiteindelijk werd niet gekozen voor een driekoppig bestuur maar een tweekoppig bestuur omdat in financieel zware tijden ook de Raad van Bestuur een voorbeeld zou moeten geven aan de organisatie. In een periode van een jaar zijn de twee nieuwe bestuurders aangesteld.

In het ziekenhuis werd gekozen voor een *“collegiale besturingsstructuur”* waarbij zowel zorg als ondersteunende activiteiten aan het primaire proces deel uitmaken van de portefeuilles van beide bestuurders (Jaarverslag, 2012). Daarnaast richt één bestuurder zich meer op de externe omgeving van het ziekenhuis en is de andere bestuurder primair meer intern georiënteerd. De nieuwe bestuurders zochten in het begin naar een passende taakverdeling en manier van samenwerken.

Uit gespreksverslag bestuurder: “[De taken] hebben we een beetje verdeeld. En dat is ook echt zijn ding, hij is ook echt ongelooflijk scherp en slim daarin, dat hij wat meer die buitenlandse zaken doet, en ik iets meer die binnenlandse zaken. Dat is ook de rolverdeling die wij samen afgesproken hebben.” (RD 6)

De huidige voorzitter van de Raad van Bestuur werd als eerste aangesteld en ruim een half jaar later werd het bestuur aangevuld met een lid van de Raad van Bestuur. Deze laatste bestuurder wordt gezien als iemand die echt weet hoe een ziekenhuis werkt. Hij kent door zijn jarenlange ervaring in ziekenhuizen, het ziekenhuis heel goed.

Uit gespreksverslag medicus: “Ik denk dat ze nu een soort sparringpartner zijn. En dat de voorzitter van de Raad van Bestuur ook heel erg moest zoeken en wennen en dat hij nu ook blij is dat ie nu een mannetje naast zich heeft waar wat ie wat mee kan. Ik denk ook dat zijn collega bestuurder makkelijker bij de staf valt. Niet om de voorzitter af te vallen hoor, keurige man die zijn best doet. Maar perifere ziekenhuis zorg dat is iets bijzonders en het lid van de Raad van Bestuur heeft dat 20 jaar al gedaan. En je merkt dat hij heel makkelijk op de juiste knoppen weet te drukken bij een dokter, door een opmerking te maken. ... Dus ik moet zeggen dat ik daar een beter gevoel bij heb.” (RD 18)

De twee bestuursleden zoeken naar een manier van samenwerken binnen de Raad van Bestuur en naar een passende rol van de Raad van Bestuur in het ziekenhuis. “*De Raad van Bestuur is nu nog aan het zoeken naar een nieuwe balans... ze [kijkt] nu nog een beetje de kat uit de boom*” (RD 7).

7.1.3 Van dealen naar duaal management

Met de komst van de nieuwe bestuurders is een trendbreuk te zien in de manier van besturen in het ziekenhuis. Daar waar het vorige bestuur (Raad van Bestuur en directie) rechtstreeks dealde met managers en medici in het ziekenhuis, is de huidige Raad van Bestuur “*minder gevoelig voor onderhandelen [met mensen in de organisatie] dan [de] vorige*” (RD 11). De nieuwe Raad van Bestuur wil de besturing van het ziekenhuis meer via het Stafbestuur leiden en meer verantwoordelijkheid bij het management van de eenheden leggen. “*Dit lukt nog niet helemaal*” (RD 11). Het verleggen van de bestuurlijke lijnen probeert de Raad van Bestuur te verwezenlijken door het vastleggen van formele overlegstructuren, besturingsstructuren, de beleidscyclus en de Planning en Control cyclus (paragraaf 7.4) en deze lijnen te volgen.² De nieuwe bestuurders worden dan ook als meer formeel ervaren dan de voorgaande directie.

Uit gespreksverslag interim secretaris Raad van Bestuur: “*Bij de nieuwe bestuurders is [er] ook nog wel ruimte voor ontwikkeling, maar wel binnen de kaders. Bovendien de tijden zijn nu anders: voorheen ging het goed met het ziekenhuis, dus toen was er ook nog meer ruimte.*” (RD 7)

De huidige Raad van Bestuur neemt daarnaast zelf beslissingen. Dit is iets waar de organisatie nog aan moet wennen (RD 1). Tegelijkertijd wordt opgemerkt door respondenten dat het nog aan besluitvaardigheid ontbreekt bij de Raad van Bestuur (RD 18).

Deze manier van besturen is een breuk met het verleden. De oude directie “*speelde direct op de bal*” (RD 10). Dit betekent dat ze rechtstreeks met de mensen in het ziekenhuis in gesprek waren, onderhandelden en dealden. “*Mensen liepen de hele tijd bij hen binnen*” (RD 1). Ook tijdens overleggen werd een veelheid aan mensen betrokken (RD 1). Dit betekende dat de besluitvorming lang kon duren.

Uit gespreksverslag onderzoeker met secretariaat Raad van Bestuur: “*Je had bijvoorbeeld het directieoverleg, daar zaten soms zoveel mensen aan tafel dat het ook niet bij te houden was: bijvoorbeeld de discussie of het logo nu wel of niet aan de voorgevel van het ziekenhuis moest komen te hangen. Daar hebben ze wel 20 weken over gedaan of zo.*” (RD 1)

De behoefte om formeel afspraken en gesprekken vast te leggen op papier was er nauwelijks bij de bestuurders. Op het moment dat er besloten werd dat de bestuurder en directeuren één werkkamer gingen delen om voor een goede afstemming te zorgen, werd

² De relatie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, de relatie tussen de Raad van Bestuur en het management van de eenheden en de middelen die worden ingezet om deze relaties te stroomlijnen, komen aan bod in de volgende paragrafen.

de behoefte om hetgeen er besproken en afgesproken werd vast te leggen, nog minder (RD 1). Het werd minder duidelijk voor anderen in de organisatie wat er in de directie werd besproken en speelde. Daarnaast kwamen niet alle zaken die aan de directie werden doorgegeven, ook door bij de algemeen voorzitter van de Raad van Bestuur (RD 10).

7.1.4 Loslaten geloof in marktwerking

Met het vertrek van de Raad van Bestuur en de zittende directeuren en de komst van een nieuw bestuur, werd het geloof in marktwerking losgelaten. Daar waar het nieuwe bestuur van mening is dat het ziekenhuis moet worden aangestuurd als een organisatie waarin het sturen op zorg centraal staat (RD 10), waren de voormalige bestuurders van mening dat het ziekenhuis moest worden aangestuurd als een organisatie die opereert binnen een systeem van marktwerking. De algemeen voorzitter van de Raad van Bestuur stond aan de basis van het geloof in marktwerking. Hij had een duidelijke visie voor ogen waar hij met het ziekenhuis naar toe wilde, namelijk een ziekenhuis gericht op marktontwikkeling en groei van het ziekenhuis. Zelfs als het ten koste ging van andere zorgaanbieders in de regio (RD 10). Om dit te verwezenlijken werd veel aandacht besteed aan ondernemerschap en marketing.

Uit gespreksverslagen manager P&O en interim secretaris Raad van Bestuur: *“Het DNA van het [oude] besturingsmodel was anders: bij [de voormalige voorzitter Raad van Bestuur] was er ruimte voor ontwikkeling en ondernemerschap, maar ook [was er] sprake van sturing.”* (RD 7 & RD 10)

De medische staf was aanvankelijk achterdochtig ten opzichte van de voormalige directie en de Raad van Bestuur vanwege deze focus. Ze zagen het ziekenhuis te veel als een *“commercieel en marktgericht bedrijf”* en te weinig als een *“medisch zorgbedrijf”* (RD 6³). Maar de voormalige bestuurder kreeg nog steeds veel bewondering binnen de organisatie omdat ten tijde van zijn voorzitterschap het ziekenhuis in het begin van de 21^e eeuw uit de rode cijfers kwam. De voormalige bestuurder heeft samen met de drie directeuren (en mensen in het ziekenhuis) ervoor gezorgd dat het ziekenhuis weer financieel gezond werd.

Niet alleen de bestuurder en directie, maar ook de managers en medewerkers in de stafdiensten waren een sterke aanjager van de focus op marktwerking. Zij hadden onder het vorige bestuurders veel voor het zeggen. *“Ze bedachten iets en strooiden dit uit over het primaire proces”* (RD 19). Een voorbeeld hiervan is het uitrollen van het concept Theory of Constraints.

Andere actoren in het ziekenhuis gingen mee in het kielzog van de door de Raad van Bestuur gepredikte marktwerking. Zo had ook het Stafbestuur een externe blik. Medewerkers en artsen in het ziekenhuis vonden de marktgerichte focus prachtig omdat zij hier zelf goed mee zijn gevaren. De financiële ruimte voor het ziekenhuis bood mogelijkheden

³ Uit extern rapport: bron (RDG 1) geanonimiseerd in verband met de vertrouwelijkheid van casuïstiek.

voor de individuele medewerkers en artsen. Het was relatief eenvoudig om financiering aan te vragen voor investeringen.

Uit gespreksverslag medisch specialist: *“[De oude besturings situatie] was heel opportunistisch. Als jij aardig tegen mij doet, dan krijg je een investering van een miljoen en dan kun jij iets leuks doen. Dat is dan een verrassing voor de rest van het ziekenhuis. Een maand later is het iets anders. Er zat weinig samenhang in de strategie. De manier van opereren, was meer commercieel en concurrerend . . . als jij maar een concurrerend idee had, dan maakt het niet uit of het in de strategie paste. Als jij concurrerend brillen gaat verkopen, ga je brillen verkopen. Of concurrerend hart opereren, dan ga je hart opereren.”* (RD 14)

Volgens respondenten liep de focus op marktwerking al voor het vertrek van de Raad van Bestuur en directie langzaam maar zeker op zijn einde. Met het veranderende financiële zorglandschap waarin vanuit de overheid groei in de zorg niet langer was toegestaan – maar werd uitgegaan van een ‘nullijn’ waarbij de omzet van het ziekenhuis niet mocht groeien – en waar de honoraria van specialisten gekort werden, kwam het geloof in marktwerking en de groei van zorg in het gedrang in dit ziekenhuis. Het geloof in marktwerking, bleek ondanks de in het ziekenhuis ervaren financiële toegevoegde waarde in eerdere jaren, opeens minder werkzaam. Waar voorheen in goede financiële tijden voor het ziekenhuis het voor niemand noodzakelijk was om de mond open te doen over de gang van zaken in ziekenhuis, sloeg dit om als gevolg van financiële druk en een crisis in het primaire proces.

Uit gespreksverslag voormalig directeur: *“Doordat het financieel goed ging, stonden problemen en conflicten in huis een tijdje op de achtergrond. Nu komen ze allemaal naar boven. Ook tussen vakgroepen onderling zoals intensivisten en cardiologen.”* (RD 3)

Het beeld van de ideale bedrijfsfilosofie veranderde in het ziekenhuis. Hetzelfde geldt voor de beeldvorming over de rol van het bestuur. De vorige directeuren en de voorzitter van de Raad van Bestuur hadden in lijn met het geloof in marktwerking, te weinig oog voor zorg en te veel voor marketing (RD 6).

Uit gespreksverslag huidige bestuurder: *“In mijn ogen [zag de Raad van Bestuur en de directie het ziekenhuis] te weinig . . . als een medisch zorgbedrijf en te veel . . . als een marketing bedrijfskundig gebouw. Waarin een bed een bed is, en waarin je klanten moet halen, en je zou kunnen zeggen te weinig verbonden met de werkelijke medische zorginhoud. Daar zat een angel.”* (RD 6)

7.1.5 Gewijzigde rol stafdiensten

Met het loslaten van het geloof in marktwerking en het vertrek van het oude bestuur, veranderde ook de rol van (het management van) de stafdiensten. De vorige Raad van Bestuur en directie hadden mensen om zich heen verzameld om de filosofie die gericht was op marktwerking, handen en voeten te geven. Stafdiensten zoals Sales en Marketing en het Team Advies en Organisatieontwikkeling waren ingericht om het ziekenhuis *“in de markt aan te prijzen”* en *“klanten binnen te halen”* (RD 3). Twee mensen drukten in

het bijzonder een stempel op de besluitvorming van de Raad van Bestuur en de directie, namelijk de manager Sales en Marketing en de manager Team Advies en Organisatieontwikkeling. Ze maakten min of meer deel uit van de directie (RD 10). Tijdens overleggen van de Raad van Bestuur en directie waren zij vaak aanwezig (observatie).

Uit gespreksverslag manager P&O: *“In het oude model hadden de managers Sales en Marketing en Team Advies en Ontwikkeling een belangrijke rol. ... Het ware vertrouwelijke adviseurs van de [voorzitter van de Raad van Bestuur]. ... Ze hadden senioriteit... en daarom [waren ze] lid van het Management Team. Het waren eigenlijk directeuren. ... Ze functioneerden als directeuren, ze hadden net zoveel invloed alleen dan informeel ... Het waren vertrouwelingen van de directie... Zij wisten hun stempel op de besluitvorming te drukken. ... Het waren eigenlijk meer directeuren maar ze werden formeel niet zo benoemd, want anders werd [het bestuur] te zwaar. ... De voormalig voorzitter Raad van Bestuur heeft op gegeven moment ook echt een convenant geschreven, ... een statuutje directie, ... daar werden zij genoemd als lid van directieteam.”* (RD 10)

Ongeveer gelijktijdig met het vertrek van de Raad van Bestuur en de directie en de komst van een nieuw bestuur, vertrokken dus ook bovengenoemde managers. Niet alleen de managers vertrokken maar ook de bijbehorende afdelingen zelf werden na de wisseling van de wacht afgeslankt. Het aantal (beleids)medewerkers binnen de afdeling werd minder. Bovendien werd de focus van de afdelingen verlegd van externe marketing en groei van zorg, naar ondersteunende activiteiten voor het primaire proces voor medewerkers en zorgverleners in huis. Daarmee werd de commerciële en marktgerichte koers losgelaten. Daar waar de stafdiensten en vooral de managers van de stafdiensten onder het oude bestuur veel voor het zeggen hadden (RD 10), worden in de nieuwe situatie formeel de verantwoordelijkheden verschoven naar de Managers Bedrijfsvoering. Op de rol van deze managers wordt verder ingegaan, in paragraaf 7.3. In het bestuur van het ziekenhuis werden wel twee nieuwe posities gecreëerd, zijnde een secretaris van de Raad van Bestuur en een beleidsadviseur van de medische staf, om de zittende bestuurders te ondersteunen.

Hoewel (het management van) de stafdiensten niet langer een hofhouding vormen van de Raad van Bestuur, wordt de nieuwe Raad van Bestuur nog steeds ondersteund door (het management van) deze stafdiensten.

Zo ligt de werkkamer van de manager P&O, strategie en accountability naast de werkkamers van de leden van de Raad van Bestuur. Daarnaast worden managers van deze stafdiensten door de Raad van Bestuur aangewezen om ziekenhuisbrede onderwerpen op te pakken. Zo wees de Raad van Bestuur deze managers, naast enkele Managers Bedrijfsvoering, in eerste instantie als *“kwartiermakers”* aan voor het uitwerken van de strategie van het ziekenhuis, de organisatiestructuur en het besturingsmodel van het ziekenhuis (RD 5; RD 7). Maar de selectie van deze kwartiermakers schoot zowel bij enkele collega managers als medici in het verkeerde keelgat. In de ogen van enkele collega managers waren niet alle belangrijke managers benaderd voor het strategietraject (RD 15). Hetzelfde geldt voor de medici in het

Stafbestuur, al was het Stafbestuur meer verbolgen over het gegeven dat geen medici in het traject werden betrokken (zie ook beschrijving strategieproces in andere paragrafen).

7.2 AANSTELLING NIEUW STAFBESTUUR

De samenstelling van het Stafbestuur is, net als de samenstelling van de Raad van Bestuur, gewijzigd ten tijde van de bestuurscrisis. Het heeft een jaar geduurd voordat een Stafbestuur werd geïnstalleerd. Sommige leden van het voormalige Stafbestuur zaten al acht à tien jaar in het Stafbestuur (RD 20). Ook de voorzitter van het Stafbestuur was al twaalf jaar in functie. De voormalige voorzitter van het Stafbestuur had een sterke relatie met de bestuurders van het ziekenhuis. Hij was een dominante actor in het Stafbestuur en binnen de medische staf (RD 11); “*een potentaat*” (RD 18). Volgens respondenten was hij voortdurend bezig zaken te regelen met de Raad van Bestuur, de directie en de medische staf. Welke afspraken hij precies maakte en wat hij regelde was niet altijd duidelijk binnen de organisatie. Zolang het ziekenhuis het financieel voor de wind ging, werd deze rol getolereerd in het ziekenhuis.

Uit gespreksverslag medicus: “*Die jongen is 12 jaar voorzitter geweest van het Stafbestuur, dus dat was een enorm machtsblok. En het ging goed in het ziekenhuis, we groeiden, alles kon, [het] was fantastisch. Toidat we naar nieuwbouw gingen en crisis kwam, daar is [een] knik geweest.*” (RD 18)

Het voormalige Stafbestuur – en dan vooral de voorzitter van het Stafbestuur – had een sterke relatie met het bestuur en drukte daarmee zijn stempel op de besturing van het ziekenhuis. Maar in het ziekenhuis waren krachten actief die de rol van het oude Stafbestuur naar de achtergrond plaatsten. In het ziekenhuis bestonden directe lijnen tussen de Raad van Bestuur en directie en de medisch specialisten in de vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis (RD 11). Managers en individuele specialisten in de vakgroepen/maatschappen hadden rechtstreeks contact met de bestuurders om zaken te regelen.

In het ziekenhuis groeide de kritiek (voor en ten tijde van de bestuurscrisis) op het functioneren van het voormalige Stafbestuur en in het bijzonder de dominante voorzitter van het Stafbestuur. Daarom werd een adviescommissie door medici in het leven geroepen die als taak had advies uit te brengen over het functioneren van het Stafbestuur en de toekomst van het bestuur in het ziekenhuis. Om te komen tot een passend advies hebben de leden van de commissie contact gezocht met andere ziekenhuizen om te inventariseren hoe de selectieprocessen voor bestuursleden er in andere ziekenhuizen uit zien (RD 18). Uiteindelijk gaf de commissie het advies dat gezocht moest worden naar een meer uitgebalanceerd bestuur waarbij niet langer één voorzitter van het Stafbestuur dominant is. Bovendien bracht de commissie advies uit over de te volgen aanstellingsprocedure van leden voor het Stafbestuur en de aanstellingstermijn van deze leden.

De onrust in het ziekenhuis als gevolg van de crisis in het primaire proces was voor de Raad van Bestuur de directe aanleiding om te gaan zoeken naar een ander Stafbestuur en een andere voorzitter daarvan. Een selectiecommissie bestaande uit een paar “wijze heren” in de medische staf pakte de opdracht om een nieuw Stafbestuur te selecteren op (RD 18). Bij het selecteren van kandidaten voor een nieuw Stafbestuur heeft de selectiecommissie de eerder vastgestelde procedure en verdere adviezen naar eigen inzicht gevolgd (RD 18). De leden van de commissie hebben gesproken met kandidaten in het ziekenhuis en hebben in het ziekenhuis gepolst (onder andere bij leden van het Stafbestuur) of dit geschikte kandidaten waren. Een aantal mensen werd benaderd door de selectiecommissie om deel te nemen aan het Stafbestuur, maar er hebben zich ook een paar mensen zelf kandidaat gesteld. *“Een paar mensen zijn informeel gelobbyd [voor lidmaatschap Stafbestuur], een aantal niet”* (RD 14). Tijdens het selectieproces vielen kandidaten af omdat zij niet als geschikt werden gezien. Volgens een respondent werd één kandidaat afgewezen vanwege de (directe) manier van besturen die gericht is op samenwerking (RD 18). Deze manier van samenwerken zou niet in de smaak zijn gevallen bij één van de leden van het oude en tevens ook nieuwe Stafbestuur. Het zou moeilijk zijn om met deze kandidaat akkoordjes te sluiten (vanuit de vakgroep gezien waar kandidaat werkzaam is) (RD 18).

Uiteindelijk is gekozen voor een Stafbestuur bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende vakgroepen/maatschappen. Volgens respondenten (RD 20) zitten er ‘sterke’ actoren uit de medische staf in het Stafbestuur. Drie van de grootste vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis zijn vertegenwoordigd in het Stafbestuur. Het zijn leden van grote vakgroepen/maatschappen die in het Stafbestuur zitten, namelijk van interne geneeskunde, chirurgie en cardiologie. De huidige voorzitter van het Stafbestuur is een internist.

Uit gespreksverslag medicus: *“Het zijn vaak internisten die voorzitter zijn... omdat het zo'n grote vakgroep in het ziekenhuis is ... Kijk bijvoorbeeld een van de redenen om een van de internisten in het Stafbestuur te zetten, en niet een van zijn collega's. Er waren drie of vier internisten die hadden gesolliciteerd. Nou, je kunt er maar één neerzetten, waarvan ik denk nou je had er een of twee kunnen nemen die veel prettiger waren geweest. Dan wordt gezegd, ik heb hem liever erbij aan tafel dan tegenover me. Kijk ik vind dat gewoon geen argument. Dat is niet omdat iemand bestuurlijk geschikt is, of zo'n visie heeft in het ziekenhuis, of dat je denkt daar heb ik vertrouwen in dat ie mijn belang gaat behartigen. Nee, het is alleen maar omdat het iemand is die altijd loopt te zeiken en lastig is dat je zegt van zet hem maar in het bestuur dan kan ie niet zeiken. Die drukt dus een waanzinnige stempel op zo'n club. Dat is toch niet handig.”* (RD 18)

De afspraak op basis van het voorstel van de adviescommissie was dat de voorzitter tijdelijk deze positie op zich zou nemen zodat vervolgens de vicevoorzitter deze taak op zich zou nemen. Het voltallige Stafbestuur heeft ingestemd met de samenstelling van dit bestuur.⁴ Gedurende het onderzoek is de vicevoorzitter – die wordt gezien als een

⁴ Drie mensen zaten overigens ook al in het Stafbestuur.

beschouwende, rustige en weloverwogen persoon (RD 25) – niet doorgegroeid naar de positie van voorzitter. Een paar respondenten geven tijdens het onderzoek aan te twijfelen of de huidige voorzitter wel de juiste is voor de rol van voorzitter (RD 18; RD 19). De keuze voor een sterke voorzitter wordt als belangrijk ervaren zodat het Stafbestuur sterk wordt gemaakt (RD 18).

De leden van het zittende Stafbestuur hebben, in tegenstelling tot de leden van het voorgaande bestuur, elk hun eigen aandachtsgebied in de besturing van het ziekenhuis. Daarnaast is de focus van het Stafbestuur veranderd. Voorheen had het Stafbestuur in lijn met het marktgeoriënteerde geloof van de voormalige Raad van Bestuur, een minder intern en meer externe focus.

Het is vooral het dagelijks bestuur van het Stafbestuur (voorzitter en vicevoorzitter) dat betrokken is in de besturing van het ziekenhuis. De voorzitter en vicevoorzitter van het Stafbestuur hebben regelmatig contact met de Raad van Bestuur en zitten structureel elke week met de Raad van Bestuur om tafel (zie volgende paragraaf). Dit zorgt ervoor dat niet alle leden van het Stafbestuur altijd op dezelfde manier geïnformeerd zijn (RD 25). Ook de activiteiten van de voorzitter en vicevoorzitter binnen en buiten het ziekenhuis maken dat zij meer geïnformeerd zijn dan de overige leden van het Stafbestuur. Dit zorgt soms voor interne afstemmingsproblemen in het Stafbestuur. Daarbij komt dat de belangen van de leden van het Stafbestuur met elkaar botsen (omdat de specialisten in diverse vakgroepen/maatschappen werkzaam zijn).

7.3 AFTASTEN EN OPBOUWEN RELATIE RAAD VAN BESTUUR EN STAFBESTUUR

7.3.1 Vastleggen afspraken interactie

Ten tijde van het oude bestuur was de besluitvorming in het ziekenhuis afhankelijk van de interactie tussen de voorzitter van het Stafbestuur en de bestuurders en daarnaast van de directe lijnen tussen individuele specialisten en bestuurders. De afspraken die werden gemaakt en de besluiten die werden genomen door deze actoren (achter gesloten deuren), waren onduidelijk voor anderen in het ziekenhuis. De besluiten en het besluitvormingsproces werden in het verleden niet altijd goed vastgelegd.

Zowel bij het Stafbestuur als bij de Raad van Bestuur bestaat de behoefte om hun onderlinge interactie meer te formaliseren. Het huidige Stafbestuur is hierop gebrand om zo inzicht te krijgen in én gericht invloed uit te oefenen op de besluitvorming. Het Stafbestuur wil voorkomen dat net zoals in het verleden één dominante bestuurder van de medische staf besluiten neemt (RD 9). De voormalige dominante voorzitter Stafbestuur regelde veel met het bestuur, maar het was voor de organisatie (waaronder de leden van de medische staf), niet duidelijk wat hij regelde. Daarnaast hecht het Stafbestuur waarde aan formele werkafspraken met de Raad van Bestuur omdat vroeger vaker dingen werden toegezegd die niet werden waargemaakt. Vooral de Stafbestuursleden die vanuit het

vorige bestuur zijn meegegaan naar het nieuwe Stafbestuur zijn hierdoor kritisch over samenwerking met de Raad van Bestuur.

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur en medisch specialist: *“Het Stafbestuur heeft zelf afgesproken formeler te worden. Stafbestuur wil afspraken vastleggen. ... Omdat toch in het verleden met een tussenstructuur [directielaag] heel vaak dingen zijn toegezegd, maar niet zijn waargemaakt ... [Het was] toen ... veel vrijer, het was ook de tijd die het toeliet. De contacten nu zijn overigens heel informeel met [de Raad van Bestuur], maar de hele manier van benaderen was ook veel informeler [toen]. Het ging veel meer in de wandelgangen dat je dingen besprak. En nu proberen, dat vind ik wel prettig nu, ik vond het toen ook heel leuk maar ik vind nu in de huidige tijdgeest belangrijk veel meer dingen te formaliseren, vast te leggen.”* (RD 20)

Ook de Raad van Bestuur (met name het lid van de Raad van Bestuur) is erop gericht de samenwerking met het Stafbestuur en medici in het ziekenhuis te formaliseren. Volgens een lid van de Raad van Bestuur ontbrak een formele en duidelijke basis waarop geledingen met elkaar besluiten kunnen maken (RD 6). De behoefte om afspraken en gesprekken vast te leggen bestond onder de vorige directie en Raad van Bestuur nauwelijks. Tijdens de crisis in het primaire proces werd dit zichtbaar doordat veel notulen ontbraken van overleggen of afspraken die waren gemaakt. De huidige bestuurders ondervonden hier last van in de besturing van het ziekenhuis.

Dit blijkt onder andere uit observaties waaruit wij konden opmaken dat er gezocht en gevraagd werd om achterliggende documentatie die niet geboden kon worden, waardoor het lijkt alsof alles opnieuw bedacht moet worden. *“Dat is echt een nadeel van het vorige bestuur. Er was niets vastgelegd”* (RD 1).

Onder leiding van de nieuwe bestuurders is een nieuwe overlegstructuur ingevoerd waarbij het Stafbestuur en de Raad van Bestuur elkaar structureel elke week ontmoeten. De voorzitter en de vicevoorzitter van het Stafbestuur schuiven wekelijks aan bij het overleg van de Raad van Bestuur. Het overleg heeft de ene week een formeel karakter. Dit betekent dat er formele besluiten worden genomen en notulen worden gemaakt. De andere week heeft het overleg een informeel karakter waarbij de Raad van Bestuur en de voorzitter en vicevoorzitter van het Stafbestuur informeel zaken met elkaar afstemmen. De Raad van Bestuur sluit soms aan bij het overleg van het voltallige Stafbestuur. Niet alleen tijdens deze bijeenkomsten hebben het Stafbestuur en de Raad van Bestuur contact maar zij ontmoeten elkaar daarnaast ook op andere momenten. Parallel aan de nieuw ingevoerde overlegstructuur, heeft recentelijk voor het eerst een heidag plaatsgevonden tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur waar zij gesproken hebben over de toekomst van het ziekenhuis en de interactie tussen beide geledingen (aan de hand van onderdelen INK-model).

Door de komst van nieuwe bestuursleden (binnen zowel de Raad van Bestuur als het Stafbestuur) en de introductie van de nieuwe overlegstructuur is het contact tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur veranderd. Daar waar voorheen de Raad van Bestuur

en de voorzitter van het Stafbestuur intensief contact hadden, hebben in de nieuwe situatie de tweekoppige Raad van Bestuur en het Stafbestuur – in het bijzonder de voorzitter en vicevoorzitter – veelvuldig contact. Door de deelname van het Stafbestuur aan het overleg met de Raad van Bestuur en het contact buiten deze overleggen tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur participeert het Stafbestuur in de besluitvorming van het ziekenhuis (inzake ziekenhuisbrede onderwerpen). Het Stafbestuur is medebestuurder in het ziekenhuis.

7.3.2 “Vertrouwen komt te voet en gaat te paard”⁵

Gedurende een periode van twee jaar werden in het ziekenhuis een nieuwe Raad van Bestuur en een nieuw Stafbestuur aangesteld. Ten tijde van het onderzoek kenden zij elkaar nog maar net en zochten ze naar een manier om met elkaar om te gaan.

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur, medisch manager en medisch professional: *“Eerst moesten we [namelijk de Raad van Bestuur en het Stafbestuur] wennen aan elkaar, maar nu is duidelijk geworden voor het Stafbestuur dat de Raad van Bestuur met hun meedenkt.”* (RD 22)

De relatie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur moest opnieuw worden vormgegeven na de komst van nieuwe leden. Gedurende het eerste jaar dat beide geledingen met elkaar invulling gaven aan de besturing van het ziekenhuis in het bestuur van het ziekenhuis, is het “vertrouwen” tussen hen gegroeid (RD 6; RD 10). Het “vertrouwen” moest worden opgebouwd tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur (RD 10). Hieronder beschrijven we één voorbeeld waaruit blijkt dat ze een relatie aan het opbouwen zijn en dat de verstandhouding tussen beide geledingen verbetert.

Uit gespreksverslagen: Ten tijde van het onderzoek is er voor het eerst een heisessie geweest met het Stafbestuur en de Raad van Bestuur. Afgaande op de sfeer en de keuzes die gemaakt zijn tijdens deze bijeenkomst blijkt dat het vertrouwen tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur groeit. De Raad van Bestuur deed tijdens deze bijeenkomst een aantal voorstellen voor de toekomstige besturing van het ziekenhuis. Eén van de voorstellen was dat de Raad van Bestuur in het toekomstige organisatiemodel de Medisch Managers wil aanstellen op voordracht van de vakgroep/maatschap. Eén van de bestuurders die met de plannen kwam, was zeer opgetogen over het feit dat het Stafbestuur instemde met onder andere dit voorstel. Dat er sprake was van een hoge mate van acceptatie was volgens hem te verklaren door de goede verstandhouding en de chemie die er aanwezig was tussen beide geledingen. Uit gespreksverslag bestuurder: *“De benoeming [van de Medisch Manager] door de Raad van Bestuur voor twee jaar op voordracht van de maatschap, vakgroep; ... Let op dit is een hele belangrijke, ik dacht wanneer zeggen ze ho stop... maar er was een hele grote acceptatie gisteren... [Waarom werd het aangenomen, nou] sommige dingen doe je op het juiste moment, en het is ook een Stafbestuur die zoekt naar een simpele structuur om het goed te willen doen. En het andere wat je dan niet kan benoemen is dat ze dan vertrouwen hebben in ons [als bestuur]. Anders vinden ze het niet goed wat er voorgesteld wordt... [Dat je als Stafbestuur denkt, dat als de bestuurders het zo opschrijven dat het ook zo gebeurt, dat is vertrouwen]. Als je elkaar niet*

⁵ Bron: RD 25.

vertrouwt, krijg je ook geen afspraken. Dus het is wel een vicieuze cirkel. ... In mijn ogen, als je [als Raad van Bestuur] met het Stafbestuur apart gaat zitten, en dat kun je niet dwingen, heb je chemie ja of nee. Dat ja, dat is net als in een relatie, soms heb je dat met elkaar en soms niet. En ehm dat is dat liep [... tijdens de heidag] buitengewoon plezierig. ... [Chemie] is vooral ook luisteren naar wat het Stafbestuur zegt. ... Je moet zorgen altijd bij zo'n sessie dat die ruimte qua geluid ongeveer gelijk gevuld is.” (RD 6)

Maar de goede verstandhouding tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur is precair. Gedurende het onderzoek hebben zich een paar voorvallen voorgedaan waarbij het Stafbestuur in haar ogen gepasseerd of niet gekend is door de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur maakte in een paar gevallen keuzes die haaks stonden op eerder gemaakte afspraken met het Stafbestuur. Volgens een respondent blijft het niet bij één incident, maar zijn er meer van dit soort incidenten waarbij het Stafbestuur gepasseerd wordt. In de ogen van het Stafbestuur is het van belang dat het hele Stafbestuur op de hoogte is. Het is niet voldoende dat één van de leden van het Stafbestuur of diegene die in de desbetreffende vakgroep zit, geïnformeerd is. *“Het moet gewoon via de officiële kanalen binnen komen. Dan heeft het op de agenda gestaan. Of de voorzitter is officieel, liefst even schriftelijk geïnformeerd, dan weten we het” (RD 25).* Hieronder worden twee voorbeelden beschreven waaruit de wrijving tussen Stafbestuur en Raad van Bestuur blijkt:

Een eerste voorbeeld van een voorval waarbij het Stafbestuur door de Raad van Bestuur niet gekend is, is bij de organisatie van een bezoek van artsen en bestuurders uit een ziekenhuis uit het buitenland. Uit gespreksverslag adviseur Stafbestuur: *“Er is donderdag een bezoek van artsen uit Engeland. Het lid Raad van Bestuur heeft dat verzoek binnen gekregen van een kennis vanuit [een ander ziekenhuis in de regio], die met de opleiding Beleid en Management Gezondheid bezig is, ... en dat hoorde ik pas vorige week dinsdag. Toen was het al allemaal gepland, er stond al een programma, er was een dokter gevraagd om een inleiding te geven. Maar het Stafbestuur wist er niets van, nou dat kan niet, dat moeten ze weten. [Zelfs toen ik voorstelde om borrel te organiseren met dokters als aanvulling op programma, werd dit zonder mijn weten besloten om dit niet te doen].” (RD 25)*

Een tweede voorval waarbij het Stafbestuur zich gepasseerd voelde en er een spanning ontstond tussen beide geledingen, was rondom het besluit inzake beschikbare tijd operatiekamer. Tijdens een overleg tussen de operatiekamercommissie en Raad van Bestuur werd het besluit genomen dat één vakgroep meer operatietijd kreeg terwijl net in het hele ziekenhuis de ok-tijd was teruggeschroefd zoals dit met het Stafbestuur was besproken. Uit gespreksverslag adviseur Stafbestuur: *“En dan blijkt er een overleg te zijn met een operatiekamer commissie. En daar wordt een conclusie uit getrokken en daar wordt een besluit genomen en het Stafbestuur zit daar dan niet bij. ... Nou dat hadden ze moeten overleggen. Of het had in lijn moeten zijn met wat we [als Raad van Bestuur en Stafbestuur] samen hebben overlegd. En daar vindt het Stafbestuur wel wat van. ... En ik kan het me ook voorstellen, want het lid Raad van Bestuur heeft met die operatiecommissie gesproken, en die zegt we hebben een wachtlijst voor die operaties, ... er is een achterstand, en die operaties zijn zeer winstgevend; doe ons 4 dagdelen operatiekamer dan kunnen we die operaties inhalen, goed voor het ziekenhuis, goed voor ons. ... Nou dan zegt het lid Raad van Bestuur uiteraard als we dat geplooid kunnen krijgen, dan*

lijkt mij dat ook een goeie. Maar daarbij wordt dan voorbij gegaan aan het feit dat de hele operatiecapaciteit net is teruggedraaid, dat iedereen heeft moeten inleveren. Dat de chirurgie over het algemeen 18 procent minder mag opereren, en dan mogen zij even via achterdeur even vier dagdelen. Kijk dat klopt dan niet. Terwijl het besluit logisch is, het is lucratief... En vervolgens, en dat vind ik niet zo fraai. Maar er zitten altijd dokters bij, vertegenwoordigers van de dokters. Ook in de operatiecommissie zitten vertegenwoordigers van de dokters. Dus de Raad van Bestuur spreekt het Stafbestuur aan op het feit dat de dokters het hebben besloten. Jouw collega's hebben het besloten. ... In dit ziekenhuis zijn er 200 dokters binnenshuis, 200 medisch aangesloten. Als je een organisatie van 200 man zou hebben, dan is het ook niet van iemand heeft het is besloten. Dus er wordt daar in een blok gedacht van medisch specialisten, die ook verantwoordelijk zijn voor het gedrag van het blok. Terwijl het geen blok is. Het zijn medisch zelfstandige ondernemers, ze gaan alle kanten op. Het is een soort onmogelijke taak voor een Vereniging Medische Staf en Stafbestuur om al die belangen op één lijn te houden. ... Ik dacht we gaan dit anders doen [als Stafbestuur]. We gaan dit beter voorbereiden. Het Stafbestuur is te gemakkelijk door Raad van Bestuur onderuit gehaald die met feiten komen die wij nog niet kennen. Waar zeker ook redelijkheid voor geldt. ... Maar ... we besluiten iets met elkaar, we zijn één lijn aan het uitzetten, en dan binnen de kortste keren zet je daar een besluit haaks op. En vertrouwen komt te voet en gaat paard. Nou hier gaat het per direct weg. Dus dat is niet goed. ... Dit soort grappen moeten niet te vaak voorkomen. ... [Ik hoor van leden van het Stafbestuur dat ze niet snappen waar dit vandaan komt]. We spreken dit af en dan gebeurt er dat, leg het mij eens uit." (RD 25)

In bovenstaande casuïstiek wordt zichtbaar dat het Stafbestuur niet door de Raad gekend werd in besluitvorming, terwijl dit wel verwacht werd door het Stafbestuur. Dat de Raad van Bestuur het Stafbestuur niet kent in besluitvorming maar soms meegaat in pogingen van leden uit de medische staf om rechtstreeks dealtjes te sluiten, roept vragen op bij het Stafbestuur. Er is in het ziekenhuis gelijktijdig sprake van een goede verstandhouding én wrijving tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur. Na deze eerste verkennende periode waarin beide geleidingen elkaar hebben leren kennen, is er meer wrijving tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur ontstaan (RD 10). Hierdoor gaat het vertrouwen, dat te voet kwam, weer te paard. Met andere woorden: het vertrouwen is verdwenen. In het onderzoek wordt ook zichtbaar dat het wantrouwen tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur groeit (zeker inzake strategietraject). De verhouding tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur blijft precair.

Uit gespreksverslag manager P&O: "Je ziet ten opzichte van een half jaar geleden heel erg nu de interactie en de strijd komen tussen de twee besturen in de organisatie. Steeds meer ... [tussen] de Raad van Bestuur en Stafbestuur. ... Omdat er steeds gedetailleerdere en verdergaande beslissingen vallen, zie je die ook steeds meer in elkaars vaarwater komen. Dat moet ook, dat is, denk ik, ook heel goed. Maar dat levert aan de andere kant ook wel weer af en toe wat meer wrijving op. Allebei de besturen waren nieuw. Dat allemaal in een tijdsbestek van zes maanden tot een jaar." (RD 10)

Het Stafbestuur wil dus betrokken en gekend worden door de Raad van Bestuur bij de ziekenhuisbrede beleids- en besluitvorming in het ziekenhuis. Op het moment dat het

Stafbestuur niet – zoals door haar verwacht – wordt gekend in beleids- en besluitvorming door de Raad van Bestuur, roept dit vragen op bij het Stafbestuur. De Raad van Bestuur wordt er dan aangesproken dat het Stafbestuur naast de Raad van Bestuur een rol heeft in de ziekenhuisbrede besturing van het ziekenhuis.

Ook de Raad van Bestuur vindt de betrokkenheid van het Stafbestuur in de ziekenhuisbrede besturing van belang. Beide bestuurders sturen aan op duaal management in het bestuur door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur en in het management van de eenheid door een Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager. Vooral het lid van de Raad van Bestuur heeft specifieke opvattingen over de inrichting van het ziekenhuis en de participatie van medisch specialisten in de besturing van het ziekenhuis door zijn ervaringen in andere perifere ziekenhuizen. Het besturingsmodel in een ziekenhuis waar deze bestuurder eerder gewerkt heeft, spreekt hem erg aan. De formule waarbij de Raad van Bestuur intensief contact heeft met de organisatie via het Stafbestuur (en managers) en samen participeren in de besluitvorming van het ziekenhuis, is in dat ziekenhuis na zoveel jaar nog steeds een werkzame formule (RD 6).

Uit observatie: Het belang van duale besturing voor het verkrijgen van draagvlak voor besluitvorming werd bijvoorbeeld zichtbaar toen het lid van de Raad van Bestuur tijdens een overleg in de aanloop naar de Nieuwjaarsborrel, waar de Raad van Bestuur en het Stafbestuur aanwezig zouden zijn bij de uitreiking van een prijs, zei dat het belangrijk was dat zij samen een “*duaal showtje [zouden] opvoeren.*” (RD 6)

Dat het Stafbestuur gekend wil worden door de Raad van Bestuur in besluitvorming en daadwerkelijk mee beslissingen wil nemen, wijst erop dat het Stafbestuur zichzelf als medebestuurder ziet in het ziekenhuis. De Raad van Bestuur onderkent het belang van de betrokkenheid van het Stafbestuur voor de besturing van het ziekenhuis. Maar dit betekent niet dat de Raad van Bestuur het Stafbestuur altijd betreft in besluitvorming. De Raad van Bestuur probeert zoveel mogelijk om besluitvorming zonder het Stafbestuur te vermijden.

7.6.5 Stafbestuur bestuurt mee

In het onderzoek werd zichtbaar dat het Stafbestuur een afwachtende houding heeft ten opzichte van de Raad van Bestuur. Het Stafbestuur verwacht dat de Raad van Bestuur de kar trekt in besluitvorming. Maar tegelijkertijd kiest het Stafbestuur ervoor zelf het initiatief te nemen in besluitvormingsprocessen. Tijdens het ontwikkelen van de ziekenhuisstrategie werd zichtbaar dat het Stafbestuur op de voorgrond treedt in het besluitvormingsproces rondom de formulering van de nieuwe strategie van het ziekenhuis.

In de periode dat de onderzoeker startte met het onderzoek is in het ziekenhuis een proces gestart om te komen tot een strategie voor het ziekenhuis met profileringsgebieden. Profileringsgebieden verwijzen naar de vakgebieden waarmee het ziekenhuis zich wil profileren (en positioneren) ten opzichte van andere spelers in het zorglandschap. In dit proces werden in eerste instantie door de Raad van Bestuur ‘*kwartiermakers*’ (ook wel een

'gideonsbende' bestaande uit Managers Bedrijfsvoering en managers van de ondersteunende stafdiensten) aangewezen onder de Managers Bedrijfsvoering om de eerste gedachten en ideeën uit te werken. De Raad van Bestuur besloot in eerste instantie samen te komen met deze gideonsbende bij de start van de strategiebepaling. De keuze voor de kwartiermakers komt uit de koker van de voorzitter van de Raad van Bestuur, die zich heeft laten informeren door diverse mensen zoals de voormalige directeuren en de manager p&o. Het advies van de kwartiermakers om ook medici te betrekken in het proces werd door het bestuur in de eerste ronde niet ter harte genomen. Hetzelfde geldt overigens ook voor de vraag om externe adviseurs in te huren om het proces inhoudelijk en procedureel te begeleiden (ook met nee beantwoord door Raad van Bestuur). Het idee was om zo eerst samen te zitten met deze groep mensen en van daaruit een concept raamwerk te maken waar de rest mee verder zou kunnen werken. Het selecteren van Medisch Managers voor de werkgroep zou bovendien lastig zijn omdat zij als zodanig nog niet in de organisatie benoemd zijn (RD 13). Over de opdracht aan de kwartiermakers door de Raad van Bestuur ontstond ophef bij het Stafbestuur. Het Stafbestuur vond het niet goed dat de medische staf hier niet bij betrokken was geweest. Bij de leden van het Stafbestuur zorgde dit voor ophef omdat zij van mening waren dat ook het Stafbestuur en de medische staf gekend moesten worden – in ieder geval op medisch inhoudelijk terrein – in het proces waarbij een strategische koers wordt bepaald. Daarnaast konden zij zich niet vinden in de managers die geselecteerd waren als kwartiermaker. Dit leverde spanningen op tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur. Daarom werd besloten om als managers en bestuurders gezamenlijk op te trekken met de medici. Concreet betekende dit dat de managers van de Raad van Bestuur op de rem moesten trappen met het uitwerken van de strategie totdat de medische staf was aangehaakt.

Het Stafbestuur koos ervoor om eerst zelf onder de medische staf een proces op te starten om te komen tot een strategie met profileringsgebieden. Later werden pogingen ondernomen om de twee sporen van de managers en de medici bij elkaar te brengen, op de eerste plaats door de Raad van Bestuur samen te brengen met het Stafbestuur, managers en een paar extra leden van de medische staf. En op de tweede plaats door Raden te formeren op het niveau van het management van primaire zorg waarbij medici (en in een later stadium eventueel management) kunnen bijdragen aan inhoudelijk uitwerking van de gekozen profileringsgebieden.

Op het ene moment was er een dialoog tussen de Raad van Bestuur en Stafbestuur. Dit werd zichtbaar tijdens een sessie van de Raad van Bestuur, het Stafbestuur, extra medische stafleden en managers waarbij constructief gewerkt werd aan profileringsgebieden. Maar op het andere moment liep de onderlinge samenwerking spaak. Deze kant werd zichtbaar tijdens een strategiebijeenkomst: er was een vijandige sfeer tussen de Raad van Bestuur (en ook kwartiermakers) en het Stafbestuur. Volgens het Stafbestuur was de Raad van Bestuur een gemaakte afspraak om een stuk te schrijven niet nagekomen. Het lid Raad van Bestuur reageerde hierop door te zeggen dat *"er sprake is van miscommunicatie over verwachtingen output"*. De nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur echter reageerde meer aanvallend door te zeggen *"ik snap niet wat jullie nog nodig hebben om verder te kunnen"*. Hij stond zelfs op een gegeven moment geïrriteerd op tijdens de vergadering. De nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur denkt dat een strategie in een dag gemaakt is (RD 7).

De vijandige sfeer was volgens een paar respondenten ook het resultaat van eerdere incidenten waarbij de Raad van Bestuur buiten het weten om van het Stafbestuur andere afspraken had gemaakt met mensen in het ziekenhuis dan met Stafbestuur. Maar ook omdat de voorzitter van het Stafbestuur niet lang daarvoor door de voorzitter van de Raad van Bestuur

openlijk aangevallen is over zijn afwezigheid bij een bijeenkomst (die hij vergeten was). Tijdens de bijeenkomst speelden volgens respondenten ook de ego's van de bestuurders mee (RD 24; RD 25). De aanwezigen – vooral leden medische staf – waren bovendien teleurgesteld dat ze geen ondersteuning kregen van de Raad van Bestuur of managers voor het uitwerken van de strategie. Het Stafbestuur verwachtte van de Raad van Bestuur een kaderstelling in een document maar kreeg deze niet. Toen tijdens de bijeenkomst ook nog duidelijk werd dat de Raad van Bestuur al wel een beknopte samenvatting naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg had gestuurd, zonder dit eerst naar het Stafbestuur te sturen, werd dit niet in dank afgenomen. Op het moment dat het Stafbestuur de Raad van Bestuur aansprak op de gang van zaken in het strategieproces en het ontbreken van een duidelijke kaderstelling, werd de bal weer bij hen teruggedroefd (observatie). Volgens een respondent is de voorzitter van de Raad van Bestuur “*koning onduidelijkheid*” (RD 25). In het strategieproces zijn het Stafbestuur en de Raad van Bestuur voortdurend aan het wachten op elkaar en aan het discussiëren zonder dat er groen licht ontstaat voor mensen om verder met de strategie aan de slag te gaan.

Uit dit strategieproces komt naar voren dat het Stafbestuur op de voorgrond treedt in de besturing van het ziekenhuis ten opzichte van de Raad van Bestuur en de kwartiermakers. Het Stafbestuur heeft binnen de medische staf een proces op poten gezet om te komen tot een juiste afweging van de invulling van de verschillende profileringsgebieden die de Raad van Bestuur heeft gegeven, maar ook eventueel nieuwe gebieden. Eén van de leden van het Stafbestuur trekt de kar. Zij heeft zich laten inspireren door een ander ziekenhuis hoe zij zijn gekomen tot een objectieve weging van die profileringsgebieden. Het Stafbestuur zette daarvoor een heel proces op met stafdagen, workshops en Raden om te komen tot een “*objectief goede profilering*” voor het ziekenhuis (RD 22). Voorheen werd een medisch beleidsplan geschreven (vooral door één persoon), maar dit was louter een opsomming van wensen (RD 9).

Het Stafbestuur heeft gedurende het proces Raden (bestaande uit medici en soms managers) geformeerd om te komen tot een “*objectieve beoordeling*” van de profileringsgebieden. In het verleden werd een Raad van Oncologie opgericht om vakgroep overstijgende issues te kunnen aanpakken en los te komen van de eilanden (van eenheden) (RD 22). Het Stafbestuur werkt in het kader van het strategieproces ook met Raden als instrument om te komen tot een “*objectieve weging*” van de door Raad van Bestuur voorgelegde profileringsgebieden en het uitbrengen van advies aan het bestuur (RD 22). De precieze betekenis van deze Raden is (aanvankelijk) voor mensen in het ziekenhuis nog onduidelijk. Maar tegelijkertijd hebben “*mensen in huis het gevoel ... dat als ze daar niet bij horen, dat ze wat missen*” (overleg Raad van Bestuur, Stafbestuur, kwartiermakers).

Uit gespreksverslag Teamleider Financiën en Control: “*Er zijn Raden opgericht... En daar moet de medisch inhoudelijk richting uit komen [binnen zoektocht profileringsgebieden]. En ik denk dat het ook goed is. Soms is de reis belangrijker dan het doel. Dus ik denk dat het heel goed is. En dat heb ik ook wel met de mannen [bestuurders] besproken van moet je niet gewoon keuzes maken. Van dit wel en dat niet. Ze zeggen van nou dat moet je organisch doen.*” (RD 21)

Tijdens het besluitvormingsproces trad het Stafbestuur op de voorgrond, omdat de medische staf te weinig betrokken werd tijdens dit proces. Dit leidde ertoe dat het lid van de Raad van Bestuur en later ook de voorzitter van de Raad van Bestuur de gideonsbende (van kwartiersmakers) vroeg “*om op de handen te gaan zitten*” (RD 7) om verdere ruis en conflict te voorkomen in het proces.

Het Stafbestuur trad ook op de voorgrond tijdens het besluitvormingsproces omdat de Raad van Bestuur ruimte liet liggen in het komen tot een strategie en profileringsgebieden. Tijdens het onderzoek ontbrak een duidelijke kaderstelling vanuit de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur stemde in met de actieve rol van het Stafbestuur in het strategietraject. Eén van de leden van het Stafbestuur werd zelfs door de Raad van Bestuur benoemd tot “*moeder*” (RD 6) van het proces op basis van haar inspanningen om tot profileringsgebieden te komen.

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur, Medisch Manager en medisch professional: “*Ik word moeder genoemd van het traject. ... Dat was niet de bedoeling maar het is wel zo gelopen. Ik denk omdat de Raad van Bestuur zelf druk met buiten is, het [de samenwerking met een ander] ziekenhuis. Maar kennelijk zitten we ook op één lijn [als het gaat over de focus van het ziekenhuis].*” (RD 22)

Dat het Stafbestuur een meer leidende rol op zich neemt als het gaat over besluitvorming over een ziekenhuisbreed onderwerp en daarmee ook ten opzichte van de Raad van Bestuur, valt te verklaren vanuit het recente bestuurlijke verleden van het ziekenhuis. De medici en ook het Stafbestuur willen geen “*gesodemieter*” meer in het ziekenhuis zoals ze dit in het verleden hebben gehad tijdens de crisis (RD 6). Het Stafbestuur wil er zeker van zijn dat de leden van de medische staf inspraak hebben in dit proces aangezien zij medisch inhoudelijke kennis hebben. De medische staf moet zelf inhoud geven aan de medische inhoudelijke keuzes. De keuze van de Raad van Bestuur om in eerste ronde geen medici te betrekken in de besluitvorming sloeg in de ogen van de medische staf de plank dan ook volledig mis.

Uit gespreksverslagen interim secretaris Raad van Bestuur: “*Op zich prima dat de medische staf zelf een strategietraject inzet. Ze willen over de medische inhoud wat vinden [en dan samen optrekken]. Er is een verkeerde start gemaakt met het traject waarbij niet-medici tot [strategische] hoofdlijnen zijn gekomen die medisch van aard zijn. Dit is in verkeerde keelgat geschoten. ... Nu is de Raad van Bestuur voorzichtiger, willen niet weer de medische staf op de tenen trappen.*” (RD 7)

Tegelijkertijd werden door kwartiermakers kanttekeningen geplaatst bij de selectie van leden uit de medische staf die betrokken waren in het strategieproces. Veel leden uit de medische staf zouden namelijk door het Stafbestuur benaderd zijn om hieraan deel te nemen. Ook het Stafbestuur was zelf sterk vertegenwoordigd in Raden, waardoor het strategieproces iets weg heeft van “*wij van WC-eend kiezen WC-eend*” (observatie overleg kwartiermakers).

7.4 INTERACTIE RAAD VAN BESTUUR EN MANAGEMENT

7.4.1 “Verticale elastiek opgerekt”⁶

Met de komst van een nieuwe Raad van Bestuur en het verdwijnen van de directielaag vond een verschuiving plaats in de manier waarop de Raad van Bestuur en het management met elkaar omgingen. De vorige directie “speelde direct op de bal” (RD 10). Tussen het management van de zorgeenheden en de directie bestonden korte lijnen. Net als anderen konden de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager gemakkelijk bij de Raad van Bestuur binnen lopen. De directieleden regelden één op één zaken met de eenheden en ook met de afzonderlijke vakgroepen. De directie onderhandelde en maakte dealtjes met de individuele vakgroepen/maatschappen en specialisten. Hierdoor was de besluitvorming niet inzichtelijk voor de organisatie.

Uit gespreksverslag manager P&O: “De voormalig voorzitter Raad van Bestuur was heilig overtuigd van kleine [eenheden], met [een] relatief jong, onervaren management [en] met een directie die kort op de bal speelt. ... Dus met veel sturing op [deze] kleine business units, waardoor je snel kan schakelen en snel kan veranderen.” (RD 10)

“De vorige Raad van Bestuur zocht een balans tussen sturen en verantwoordelijkheid geven, maar ook meedraaien met de laag eronder [namelijk het management van de eenheden]” (RD 3). De directie nam een coachende rol op zich ten opzichte van de managers (RD 10). Het management in de eenheden had een meer uitvoerende taak (RD 13). “In het oude model werd een uitvoerende rol verwacht van het management, zij werden niet verantwoordelijk gehouden op het tweede niveau [van management] en rol en invloed van ondersteuners was groot” (RD 13). Het bestuur van de eenheden bestond in de praktijk uit de Manager Bedrijfsvoering, Medisch Manager en een directeur. Lange tijd was er niet in alle eenheden een Medisch Manager werkzaam (zie ook paragraaf 7.4 en 7.5).

De nieuwe Raad van Bestuur wil meer sturen op afstand. Zij zien zichzelf als “vader en moeder” van de eenheden (RD 6). Dit betekent dat ze – net als ouders hun kinderen – hun eenheden zelfstandig willen laten functioneren, maar ook sturen daar waar het nodig is. De Raad van Bestuur is van mening dat niet de Vereniging Medische Staf en daarmee het Stafbestuur de zorgeenheden rechtstreeks aanstuurt maar wel de Raad van Bestuur.

Doordat er een directielaag is verdwenen, is de span of control van de Raad van Bestuur groter geworden. Op dit moment hebben de bestuurders te maken met hetzelfde aantal managers als de vorige directie. In de vorige directie had ieder zijn eigen portefeuille en omdat ze met meer waren ook een minder grote span of control (RD 7). Doordat er zoveel managers zijn, wordt de organisatie door de huidige Raad van Bestuur als onbestuurbaar ervaren (RD 10).

⁶ Bron: RD 13.

Voor de besturing van het ziekenhuis wordt in de toekomst gedacht aan Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE)⁷. Binnen dit besturingsconcept wordt de zorg in verschillende eenheden aangestuurd door een Medisch Manager en een Manager Bedrijfsvoering. De verantwoordelijkheid voor het resultaat ligt bij de afzonderlijke eenheden. Het is echter nog onduidelijk wat de RVE precies betekent. Ten tijde van het onderzoek (midden 2013) lagen de activiteiten rondom de herinrichting van de organisatiestructuur nagenoeg stil. De strategische koers en een samenwerking met een ander ziekenhuis (met bestuurlijke problemen) hadden prioriteit. Een respondent merkt op dat sommige besluiten over de inrichting van de organisatie lang uitblijven. Daarmee blijft de organisatie hangen in de transitiefase waarin het ziekenhuis zich bevindt. Volgens sommige respondenten is de aanstelling van Medisch Managers al mogelijk (RD 13).

Uit gespreksverslag lid Stafbestuur: "We zitten nu nog in een gat in hoe de organisatie ingericht moet worden; ik als Medisch Manager, het Stafbestuur en Managers Bedrijfsvoering weten niet wie hier mee bezig is. Ik heb gehoord dat er pas weer in juni een meeting over is. Er is behoefte aan duidelijkheid hierover: we zitten nu al anderhalf jaar in between." (RD 22)

In de discussie over de toekomstige positie van de Manager Bedrijfsvoering wordt ook gesproken over hoeveel mensen een manager aan zou kunnen sturen. Met het verschuiven van verantwoordelijkheden van de Raad van Bestuur naar het management van de eenheden, wordt getrokken aan het "horizontale en verticale elastiek" van het management in de eenheden (RD 13). Er zou moeten worden gezocht naar een juiste 'bandbreedte' voor dit elastiek. De vraag die ook gesteld wordt, is wat de consequentie voor de keuze van een RVE model is voor de onafhankelijkheid van de Manager Bedrijfsvoering. "Nu zitten Managers Bedrijfsvoering bij diverse eenheden, maar als zij verantwoordelijk worden voor resultaat [hebben ze te maken met het resultaat van meerdere eenheden]" (RD 22). Dit kan zorgen voor spanningen in hun functie.

Op dit moment bestaat een groot gat tussen de Raad van Bestuur en de teamleiders die de Managers Bedrijfsvoering moeten opvangen (RD 19). Het "verticale elastiek" (RD 13) van deze managers is opgerekt. De Managers Bedrijfsvoering doen nu zowel operationele taken als tactische/strategische taken die eerst op het bordje van de directie lagen (RD 19). De veranderde positie van de Raad van Bestuur betekent dat meer wordt verwacht van de zorgeenheden en het management daarvan. De organisatie loopt tegen het probleem van "taakvolwassenheid" van de managers aan. Deze zou soms te kort schieten. Eén respondent (RD 10) geeft aan dat het nog maar de vraag is of sommige managers ooit wel aan de juiste eisen zullen voldoen.

⁷ De RVE structuur zou daarmee de opvolger kunnen worden van de eerder ingevoerde Eenhedenstructuur (ook wel "clusters" genoemd in dit ziekenhuis). Deze structuur is in 2001 ingevoerd met het oog op het vergroten van de bestuurbaarheid, slagvaardigheid en doelmatigheid van het ziekenhuis en het doelmatig en doeltreffend organiseren van activiteiten rondom de patiënt.

Daarnaast is de Raad van Bestuur niet altijd even duidelijk over de steun die ze aan Managers Bedrijfsvoering en managers van stafdiensten geeft. Hier is niet over gesproken met de Raad van Bestuur of binnen de groep managers zelf. Ze weten in principe niet welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden (ook wel “mandaat”) ze hebben (RD 19).

Uit gespreksverslag manager stafdienst: *“Waar beide bestuurders mee bezig zijn, en dat ondersteun ik van harte, dat ze ermee bezig zijn, dat ze proberen de managers meer mandaat te geven. Ik vind wel dat ze daar soms ambivalent in zijn. ... Ik vind dat zij dat soms heel goed doen, en soms beslissen ze dingen waarvan ik denk daar vind ik ook wat van. Je beslist iets over mijn aandachtsgebied, ik vind dat je daar mij voor moet consulteren. ... Dat geef ik dan aan, maar dat heeft meestal niet zoveel nut. ... [Als ik denk aan gebrek geven van mandaat aan Manager Bedrijfsvoering dan denk ik bijvoorbeeld aan samenwerking met [een ziekenhuis in de regio]. Ik krijg als manager [van een stafdienst] de opdracht om te onderzoeken wat het betekent voor onze oospecialisten als ze opgaan in [specialistisch ziekenhuis] Ik krijg de vraag van de Raad van Bestuur om met de verkenner te gaan praten. De Raad van Bestuur spreekt hierover op strategisch niveau. Maar de manager van de afdeling Oogheelkunde is nauwelijks aangesloten, terwijl het in mijn ogen daar [bij de Manager Bedrijfsvoering Oogheelkunde] zou moeten liggen. Hij is toch de expert op dit gebied.”* (RD 21)

De Managers Bedrijfsvoering reageren verschillend op de wijzigingen in de taak van de Manager Bedrijfsvoering en de onzekerheid over toekomst van het besturingsconcept.

Uit gespreksverslag manager: *“De manager doet gewoon wat goed is voor de organisatie. De ene manager kruipt onder een steen en een andere manager gaat paniekeren: ‘ik weet niet wat ik moet doen, ik ben al twee jaar lang stuurloos.’”* (RD 10)

De verwachting is dat de eenheden steeds groter zullen worden en dat hier zwaardere managers op worden gezet en dat er minder contactmomenten met de Raad van Bestuur zullen zijn (RD 10). Misschien is een clustering van werkeenheden noodzakelijk (vergadering strategie 24-1-2012).

Uit gespreksverslag manager P&O: *“Je hebt te maken met een organisatie die het gewend is anders te doen, namelijk korte lijnen, snel afstemmen, dealen. Er is sprake van Managers Bedrijfsvoering die niet allemaal even taakvolwassen zijn ... en sommigen zullen dat nooit worden. Voorheen [werden] jonge manager[s] aangesteld] die nog moest[en] leren onder [het] bewind de voormalig voorzitter Raad van Bestuur. Dat was het uitgangspunt. Nu wil Raad van Bestuur juist zelf meer op afstand staan en dat het management in eenheden zelf verantwoordelijkheid neemt. Het ligt buiten de span of control van de huidige bestuurders om 24 eenheden aan te sturen. Vorige Raad van Bestuur en directeurs deden dit wel; onder andere ook coaching van managers.”* (RD 10)

7.4.2 Rivaliteit tussen Managers Bedrijfsvoering

In het ziekenhuis is een eilandcultuur met gescheiden eenheden aanwezig. De eilandcultuur is onder meer het resultaat van het ontstaan van een ziekenhuis uit een fusie van twee

ziekenhuizen in het jaar 2000 waarbij er wrijving ontstond tussen de twee voormalige culturen. In eerste instantie werd de wrijving verwaarloosd door de zittende bestuurders, zelfs nadat zij hierover advies kregen. In een later stadium werd dit issue toch aangepakt. Daarbij werden mensen ontslagen. Door de fusie en de herinrichting van de organisatie gingen mensen zich richten op hun eigen belang omdat ze bang waren om hun positie maar ook om inkomen te verliezen. De scheiding tussen de eenheden is nog steeds aanwezig, al zijn deze sporen van de fusie langzaam maar zeker aan het wegslijten (RD 26).

Ook tussen de Managers Bedrijfsvoering is er sprake van strijd in het ziekenhuis. Zeker in het licht van de ontwikkelingen op het gebied van het besturingsconcept en de bijbehorende organisatie inrichting en posities. De strijd tussen Managers Bedrijfsvoering werd in dit onderzoek zichtbaar in het strategieproces. De Raad van Bestuur heeft een aantal Managers Bedrijfsvoering als kwartiermakers aangesteld om te komen tot een ziekenhuisbrede strategie. De keuze voor deze kwartiermakers zette de onderlinge verhoudingen tussen de managers op scherp. De keuze voor deze managers wordt in het ziekenhuis door sommige managers geïnterpreteerd als een keuze voor de beste jongens en meisjes van de klas zijn. Dit wordt door sommige managers als bedreigend ervaren. De Raad van Bestuur zou met deze keuze al mogelijk hebben voorgesorteerd op toekomstige keuzes. Hoewel dit niet de bedoeling was, *“helpt [de aanstelling van de kwartiermakers] de onderlinge dynamiek tussen managers [niet]”* (RD 13). Het voedt de rivaliteit tussen de Managers Bedrijfsvoering.

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: “Kijk het draagvlak van ons [kwartiermakers] is op zich wel goed, maar we worden ook wel een beetje met onze nek aangekeken [door medici en collega managers] omdat wij eigenlijk een soort van sterretje hebben gekregen bij de Raad van Bestuur. We zijn eigenlijk door de Raad van Bestuur uitgenodigd als kwartiermakers. Dat steekt sommigen natuurlijk ook, die vinden ook dat ze eigenlijk erbij hadden moeten zijn. Of ja die kwartiermakers die zullen allemaal wel een nieuwe positie krijgen in het nieuwe model. En ehm. Terwijl ik denk iedereen moet gewoon keihard werken en zich bewijzen en ehm ja als de huidige Raad van Bestuur vindt dat ik onvoldoende mijn werk doe, ja dan hoor ik ook niet bij die groep, ja prima. ... Ja, weet je volgens mij moeten we ons verdiepen [in het structureel gezond krijgen van het ziekenhuis] en niet stil gaan zitten en ... gaan afwachten. We hebben veel te lang afgewacht, laten we gewoon de regie pakken.” (RD 19)

7.4.3 Management Overleg toekomstig adviesorgaan Raad van Bestuur

In het ziekenhuis werden tijdens het onderzoek stappen genomen om het management beter te positioneren in de besturing van het ziekenhuis. Naast de toewijzing van organisatiebrede aandachtsgebieden aan afzonderlijke managers en de initiatieven van het eenhedenmanagement voor het versterken van de link tussen management en medici (RD 13), werd het Management Overleg professioneler opgezet. Voorheen was het Management Overleg een eenzijdig informeren overleg waar vooral managers (lees Managers Bedrijfsvoering en managers stafdiensten) aanwezig waren. De Raad van Bestuur, managers, het Stafbestuur en Medisch Managers willen in de organisatie het Management Overleg verstevigen door onder andere inhoudelijk relevante thema's op de agenda te

zetten voor zowel Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers. De leden van de Raad van Bestuur “[proberen] heel erg ... om in het Management Overleg het management bepaalde besluiten te laten nemen, en ook wel toe te laten lichten” (RD 21).

Uit gespreksverslag bestuurder: “Het Management Overleg wordt het belangrijkste adviesorgaan voor de Raad van Bestuur. Het MO was tot nog toe een plaats waar we college gingen geven over hoe het ging met het ziekenhuis. In plaats van dat wij eigenlijk aan het management vroegen, geef ons advies over de investeringen, of geef ons advies over het voorliggende advies beleid. We hebben dat nu gevraagd over de beddensluiting, omdat we de bedden effectiever... Nou daar kwam heel veel commentaar op, dat hebben we nu verwerkt in een nieuw plan wat we vanavond laten zien. En mensen [Medisch Managers en Managers Bedrijfsvoering] die zich niet aan regels houden, die moeten het kunnen uitleggen in het Management Overleg [aan Raad van Bestuur en] ook horizontaal [aan collega managers]. Kan namelijk een reden voor zijn. ... Als dit goed gaat werken, dit Management Overleg, dan heb je als Raad van Bestuur een makkie want dan gebeurt het daar.” (RD 6)

7.4.4 Planning en Control cyclus en beleidscyclus “aorta”⁸ besturing

De nieuwe bestuurders worden als meer formeel ervaren dan hun voorgangers en willen de organisatie ook formeler aansturen. Ze zijn formeler in die zin dat ze zoveel mogelijk onderwerpen in de vaste besluitvormingsstructuur willen behandelen. Ze sturen erop (vooral het lid Raad van Bestuur) dat de overleg- en besluitvormingsstructuur, de beleidscyclus en de Planning & Control cyclus goed ingeregeld zijn, want dit is volgens hen nog te weinig het geval. Een duidelijk Planning en Control cyclus en beleidscyclus zijn de “aorta” van het ziekenhuis (RD 5). Deze aorta zou duidelijkheid en rust geven en een systeem bieden waarmee de organisatie gestuurd kan worden (RD 6). Volgens één van beide bestuurders volgt een goede cultuur op een goede structuur.

Uit gespreksverslag van bestuurder die spreekt over een nieuw in te voeren structuur waarmee het Stafbestuur zojuist heeft ingestemd: “Als je een goede structuur hebt met wat vangnetten erin waardoor je medische staf ook niet voor verrassingen komt. En dat je ook een nul procedure hebt voor als het een keer per ongeluk heel snel moet. ... Nou [dit] is toch een structuur ik met drie andere mensen heb ingevoerd in 1998 in [een ander ziekenhuis] en die daar nog steeds nu functioneert. ... [Ik wil het in structuur anders]. Niet heel veel anders, maar net wel de accenten iets anders. ... De nieuwe structuur is de slagader... Hier zit alles in: P&C cyclus, opleiden, kwaliteit en veiligheid. Dit ritme kan vanaf nu gewoon in de agenda. Dat wil zeggen we hadden tot nu toe iedere maand een gesprek met de zorgbeheer, dat verlaten we. En dat wordt vier keer per jaar, maar er blijft iedere maand een overleg tussen die zorgbeheer en financiën om te kijken of zeg maar nou of zij op schema zitten. En als ze niet op schema zitten dan komen ze eerder bij ons op de agenda. ... Wat ook essentieel is dat er wel een verantwoordingsgesprek in zit, niet alleen over geld, ook over patiënten, over kwaliteit, over opleiden, over ziekteverzuim, alles was bedrijfskundig speelt. Dat gaat vier keer per jaar geformaliseerd gebeuren met de aandacht lid van de Raad van Bestuur. ... We hebben twee keer per jaar een heidag met het bestuur. ... De voorzitter van de Raad van Bestuur en ik hebben wel twee keer per jaar met de zorgbeheer

⁸ Bron: RD 5.

samen zo'n verantwoordingsgesprek, zodat ik ook nog kan volgen wat er bij de voorzitter gebeurt en andersom. Dat noemen we het voor- en najaarsoverleg. Dat doen we ook nog eens een keer plenair met al die Medisch Managers in het MO. Het MO wordt het belangrijkste adviesorgaan voor de Raad van Bestuur. ... [Er komt ook nog] een algemene voortgangsrapportage van een bladzijde of 10 over het ziekenhuis. ... Die is voor iedereen gelijk, die is voor de Raad van Toezicht, de inspectie, voor de Patiënten Advies Raad, voor de Verpleegkundige Adviesraad en Ondernemingsraad. En tot nu toe bedienen we al die adviesorganen individueel. Daar word je hartstikke gek van... [En er is ook nog een koppeling naar Kaderbrief, waarop iedere eenheid een jaarplan moet maken]... Ja, dat vind ik echt helemaal geweldig [die nieuwe structuur]."
(RD 6)

Naast de inspanningen om de Planning en Control cyclus en de beleidscyclus te structureren per jaar en de overleg- en besluitvormingsstructuur daarop aan te passen, wordt ook opnieuw gekeken naar de organisatiestructuur, de functieprofielen van de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering, het Management Overleg en de strategie van het ziekenhuis. Eén van de respondenten merkt op dat de besluitvorming in het ziekenhuis minder snel gaat doordat dit formeler gaat: *"het gaat nu over ambtelijke schijven, waardoor besluitvorming minder snel gaat"* (RD 2).

7.5 DUAAL MANAGEMENT EENHEDEN

7.5.1 Duaal management eenheden in een vacuüm

Ten tijde van de fusie in 2000 is gekozen voor een duale besturing van de eenheden. Hiervoor zijn destijds zowel een profiel voor de Manager Bedrijfsvoering als de Medisch Manager opgesteld. Op dit moment wordt opnieuw gesproken over de invoering van *"dual management"*. Daarbij wordt gekeken naar het profiel van de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering. Binnen de organisatie bestaat het beeld dat er geen of geen werkzaam profiel is van de Medisch Manager (RD 25). De profielen van de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering zoals die zijn omschreven in het fusiedocument, zijn naar de achtergrond verdwenen en in de vergetelheid geraakt. *"[omdat het] een hele moeilijke rol ... is die op dit moment slecht omschreven, of niet omschreven is"* (RD 15).

De posities, vooral die van de Medisch Manager, zijn niet formeel in de organisatie ingebed (RD). Zo zaten Medisch Managers voorheen slechts één keer in de drie maanden (RD 20) aan tafel bij de Raad van Bestuur voor de maandgesprekken van de eenheid. Dit terwijl *"Medisch Managers eigenlijk centraal moeten aanzitten"* bij overleg tussen het management van de eenheid en de Raad van Bestuur (RD 20). Daarnaast hebben sommige vakgroepen lange tijd geen Medisch Manager gehad. De belangrijkste reden hiervoor was dat op het moment dat deze positie werd ingevoerd, Medisch Managers geen vergoeding kregen vanuit het ziekenhuis voor hun inspanningen (RD 13). In het ziekenhuis hebben de Medisch Managers geen formele aanstelling (RD 6).

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“In eerste instantie zijn Medisch Managers aangesteld in structuur maar toen zij om geld vroegen van het ziekenhuis en dit niet kregen is de Medisch Manager functie niet goed ingebed in de organisatie. De invulling is afhankelijk van de medicus zelf. Sommigen voelden zich verantwoordelijk, maar op sommige plekken zaten daarom ook geen Medisch Managers en op sommige plekken maar half.”* (RD 13)

In het ziekenhuis zijn actoren bezig met het ontwikkelen van de organisatiestructuur en het uitrollen van duaal management. Deze ontwikkeling ligt echter nagenoeg stil tijdens het onderzoek. Een respondent geeft aan dat zij als Manager Bedrijfsvoering op dit moment last ondervindt van de transitiefase waarin de organisatie zich bevindt (RD 19). Door het wegvallen van de directielaag is niet duidelijk wat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Manager Bedrijfsvoering zijn (RD 19). Daarnaast zijn de verantwoordelijkheden van de Medisch Manager niet duidelijk.

In de ontwikkeling van het duaal management op het niveau van de Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers zijn echter wel een paar stappen gezet. De verantwoordelijkheden van de Medisch Manager en de aanstellingsprocedure van deze functionaris zijn formeel vastgelegd in een functieprofiel. Voor het opstellen van het functieprofiel van de Medisch Manager werd gekeken naar andere ziekenhuizen (RD 24). Het Stafbestuur heeft ingestemd met de Raad van Bestuur dat de bestuurders de Medisch Managers aanstellen op voordracht van vakgroep/maatschap. De Raad van Bestuur is voornemens om geen *“Ceauescu’s te benoemen”* maar *“leiders vanuit de maatschap en vakgroep”* (RD 6).

Uit gespreksverslag bestuurder: *“We gaan [als Raad van Bestuur] gewoon de mensen aanstellen die worden aangedragen door de maatschap. Maar krijgen we ergens een dokter waarvan we [als Raad van Bestuur] denken van zo demotiveer je de hele club [dan doen we het niet]. Door [deze beslissing dat de Raad van Bestuur de Medisch Managers aanstelt] kunnen we ervan af. ... Daar heeft het Stafbestuur van gezegd daar moeten we aan meewerken dat niet de onderknuppel [van vakgroep/maatschap] komt, die corvee moet doen, maar echt iemand die in de groep senior gezag heeft. ... Het Stafbestuur heeft gezegd zich te zullen inspinnen om dit voor elkaar te krijgen.”* (RD 6)

7.5.2 Interactie Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering

In het ziekenhuis zijn er geen duidelijke afspraken over de interactie tussen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering. Het is aan de Managers Bedrijfsvoering en de Medisch Managers om invulling te geven aan hun positie en samenwerking. Dat wil zeggen: voor zover er een Medisch Manager actief is in het management van de eenheid (zie paragraaf hierboven). Omdat concrete afspraken over samenwerking ontbreken en er geen hiërarchische verhouding is tussen de Managers Bedrijfsvoering en de Medisch Managers zijn zij in de besturingspraktijk afhankelijk van een paar elementen. Het mandaat van de achterban van de Medisch Managers is bepalend voor de ruimte die zowel de Medisch Manager als de Manager Bedrijfsvoering in het management van de eenheid heeft. Daar waar de Medisch Manager weinig heeft van zijn achterban heeft om besluiten

te nemen, moet deze achterban door de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering betrokken worden in besluitvorming of hierover geïnformeerd worden.

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“Het is sneller schakelen met diegene die wel mandaat heeft, omdat je weet dat wat je afspreekt ook op die wijze wordt uitgevoerd, of op die wijze zeg maar verder vervolgd wordt gegeven. En wanneer ik dat doe met de Medisch Manager die geen mandaat heeft dan weet je dat je het nog een keer in de grote groep moet bespreken. ... Dus probeer je weer andere vormen van overleg te zoeken... Het is heel erg, veel op de relatie werken. ... [Zo'n maatschap] is een soort van democratisch geheel, maar eigenlijk ook weer niet omdat er een aantal hanen in zitten. Dus ja je moet heel goed denken bij elk vraagstuk, hoe ga ik het aanpakken, ga ik een mail sturen, ga ik een afspraak met ze inplannen, met wie plan ik dan een afspraak. Ja, dan moet je ook een beetje kennis hebben van hoe die relaties onderling in elkaar zitten.”* (RD 19)

Uit gespreksverslag Medisch Manager: *“Een Medisch Manager wordt niet professioneel gekozen; [of je bent] goed, of juist zwakste schakel. Je bent echt primus inter pares. Is geen enkele hiërarchische verhouding. Dus je moet voldoende vertrouwen en draagvlak vanuit de groep hebben. Terwijl je vanuit de organisatie keibard wordt afgerekend op de dingen die je voor elkaar moet krijgen. Je moet erg moeite doen. Alles gaat op consensus. ... Ik probeer mensen geïnformeerd te houden over het proces, dat kost veel tijd, die je niet hebt. Maakt het ook lastig. Je krijgt als ze zien dat je het goed doet, meer vertrouwen, dat krijg je door dingen goed te organiseren voor de vakgroep, dat helpt. ... Dus ook de afgesproken lijn vasthouden. ... Dus het is zoeken. ... Binnen afspraken die gemaakt zijn proberen te manoeuvreren. ... Wat ik moeilijk vind, dat er niet heel duidelijk een functietypering is. Hieraan wordt gewerkt, wat moet je eigenlijk kunnen, en welk mandaat heb je nodig, en wat wordt er van je verwacht van de organisatie. Het is vrij, de invulling die je er zelf aan wilt geven. ... Ik ben aangesteld door de directie. Dat is het dan. En dan hebben we maandelijks een gesprek, en dan stem ik dingen af met de Manager Bedrijfsvoering de hele tijd. Maar verder is het heel erg boerenverstand. En daar zeggen ook mijn collega managers van, dat voldoet eigenlijk niet meer. En dat ziet de Raad van Bestuur ook wel. Alleen de vraag is dan wie gaat het betalen en in wiens tijd moet dat allemaal. Dat is ook nog een lastige.”* (RD 18)

Ook het vertrouwen tussen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering is een belangrijke voorwaarde voor goede samenwerking. Een respondent geeft aan dat het van belang is om te blijven investeren in de relatie met de Medisch Manager (en diens achterban gezien het beperkte mandaat van de Medisch Manager (RD 19)).

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“Maar ook wat is mijn relatie met een directe specialist, heeft ie vertrouwen in mij of niet, hoe is die band. Ik moet heel erg op die relatie blijven werken. ... [Ook moet je zorgen] dat je ook als volwaardig partij wordt gezien. ... [Het is daarvoor belangrijk volgens mij] dat je je goed kunt inleven en ook snapt wat beweegredenen zijn waarom zij dingen doen. En dat kun je op twee manieren doen; [verbinding zoeken vanuit] vakinhoudelijke terminologie [of door je in te] leven, meelopen, je interesseren in dat vak, dat zijn eigenlijk vakidioten die specialisten. Dus je moet ook die waardering uitspreken dat ze die ambitie hebben, of dat zij, je echt ook interesseren. En dan kom je dichterbij die specialist. En dan kun je ook veel meer ook op andere vlakken het gesprek aangaan.”* (RD 19)

Zowel de Medisch Manager als de Manager Bedrijfsvoering moeten manoeuvreren tussen verschillende belangen: de belangen van het ziekenhuis, de Medisch Manager en de vakgroep/maatschap. Het is geen sinecure dat de Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering in staat zijn deze belangen te balanceren en hiertussen te manoeuvreren. In het ziekenhuis bestaat het beeld dat sommige Managers Bedrijfsvoering onvoldoende in staat zijn te balanceren tussen de belangen van het ziekenhuis, de Medisch Manager en diens achterban. Sommigen zouden te weinig “*taakvolwassen*” zijn (RD 13) (zie ook paragraaf 7.4.1). Ook bestaat het beeld in het ziekenhuis dat niet alle Medisch Managers goed functioneren (RD 6; RD 10). “*Op die 20 [Medisch Managers] heb je er altijd een paar die geweldig functioneren, en een paar die minder functioneren*” (RD 7).

De nieuw aangestelde Raad van Bestuur streeft ernaar dat het management van de eenheid gezamenlijk de eenheid bestuurt, maar is niet expliciet over hoe ze dit moeten doen.

Uit gespreksverslag bestuurder: “*Ze zijn echt [samen] de papa en mama van de zorgenheid en we spreken ze alleen in gezamenlijkheid aan. En als we ze als Raad van Bestuur individueel blijven aanspreken dan werkt dat niet. ... [De Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering] moeten zorgen, en daar moeten we ze ook een beetje bij helpen, maar die moeten zorgen dat ze samen overleg hebben, dat ze samen de dingen bespreken, en ze mogen zelf uitzoeken waar die bemoeienis van die Medisch Manager een beetje begint en ophoudt. ... Als het maar, ze wonen op ‘kamers’, zolang ze het maar regelen. En het hoeft voor mij ook niet voor het hele huis gelijk te zijn. Daar worden mensen altijd een beetje nerveus van. ... Wij moeten zorgen dat het eerlijk gebeurt. En mensen die zich niet aan regels houden, je loopt uit de pas, die moeten het kunnen uitleggen in het Management Overleg.*” (RD 6)

Om het functioneren van het management van de eenheden (in het bijzonder de Medisch Managers) te verbeteren heeft de Raad van Bestuur ervoor gekozen Medisch Managers aan te stellen.

Uit gespreksverslag bestuurder: “*Je kunt [het] je niet permitteren dat de [Medisch Managers van de] grote [vakgroepen/maatschappen] minder functioneren. En de groten, dat zijn toch cardiologie, interne geneeskunde, ehm longziekte, chirurgie, dat zijn de grote vakken in huis. En of de KNO nou helemaal doet, daar lig ik niet wakker van. ... En die [groten] zitten ook in het Stafbestuur. ... [De leiders in vakgroepen die betrokken zijn in management eenheid] zeggen, we hebben nu geen formele aanstelling. ... En als de Manager Bedrijfsvoering iets zegt, kunnen [de Medisch Managers] er niets van zeggen... En ik zeg, je krijgt dezelfde bevoegdheden als de Manager Bedrijfsvoering, je mag zelfs voor dezelfde dingen tekenen... Ze doen het nu [op het moment dat de formele aanstelling van de Medisch Managers door de Raad van Bestuur waarop het Stafbestuur zijn akkoord heeft gegeven, nog niet is doorgevoerd] gewoon omdat wij ongeveer vinden dat ze het moeten doen, maar het is niet zo geregeld dat hun benoeming na twee jaar vervalt, het is gewoon nog niet geregeld.*” (RD 6)

7.6 ROUTES MEDISCHE STAF

7.6.1 Oude informele routes medisch specialisten

Tot nu toe werden de veranderingen van de rol van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur beschreven. Niet alleen het Stafbestuur, maar de hele medische staf is in beweging door de transitie die het ziekenhuis doormaakt. Het voormalige Stafbestuur en vooral de voorzitter had nauwe banden met de Raad van Bestuur en de directie. Er was sprake van een sterke één op één relatie met de Raad van Bestuur. Maar, tegelijkertijd was de rol van datzelfde Stafbestuur en diezelfde voorzitter in de organisatie beperkt vanwege de korte lijnen tussen de Raad van Bestuur en de afzonderlijke eenheden (RD 11). De sterke rechtstreekse lijnen tussen vakgroepen/maatschappen en de Raad van Bestuur zorgden er ook voor dat de bestaande overlegstructuur binnen de medische staf ondergeschikt was aan de directe lijnen en de samenwerking tussen het bestuur en de voorzitter van het Stafbestuur. In de Algemene Leden Vergadering en bijeenkomsten van de kernstaf werden nauwelijks beslissingen genomen.

Uit gespreksverslag medicus: “[Er werden eigenlijk geen besluiten genomen voorheen]. Ja, voorheen werden ze genomen door Raad van Bestuur en voorzitter Stafbestuur, en [het was] niet echt inzichtelijk wat daar de procedure van was. ... Als ik kijk naar kernstafvergadering daar werden geen besluiten genomen. Nou één besluit over contributie verhogen en dat soort onzin. Maar gaan we nou met het ziekenhuis naar rechts, wat is onze strategie, daar is nooit zo hard over nagedacht.” (RD 18)

In de oude besturingsstructuur van het ziekenhuis werd de positie van Medisch Manager gecreëerd. De positie van de Medisch Manager was voorheen wel aanwezig, maar nauwelijks verankerd in de organisatie. In verhouding met andere directe lijnen was de Medisch Manager niet bepalend voor besluitvorming in het ziekenhuis. Het waren vooral de “schreeuwers” (RD 10), de grootste vakgroepen en hun leiders, die in het rechtstreekste contact tussen vakgroepen/maatschappen en de Raad van Bestuur bepalend waren voor de deals die gemaakt werden.

7.6.2 Verschuivingen in organisatie medische staf

In de medische staf komt een beweging op gang waarbij meer medici zich via andere (formele) kanalen gaan mengen in de besturing van het ziekenhuis. “Dus je ziet nu wel een soort tegenbeweging ontstaan van een groep mensen die er zich ook mee gaan bemoeien” (RD 19). “Het is het begin van een kanteling, maar de vraag is hoe lang dit duurt en hoe dit invulling krijgt” (RD 19).

De betrokkenheid van de medische staf bij de besturing van het ziekenhuis blijkt onder meer uit de betrokkenheid van specialisten in het strategieproces (zie ook 7.6). Naast dat leden uit de medische staf deelnemen aan de Raden, nemen medici (uit eigen beweging) ook deel aan stafdagen die georganiseerd zijn door het Stafbestuur (helpt van medici aanwezig) en workshops om te komen tot strategische profileringsgebieden.

De veranderde rol van de medische staf wordt daarnaast zichtbaar in de selectie van de leden van het Stafbestuur en de rol van het nieuwe Stafbestuur in de besturing van het ziekenhuis (zie paragraaf 7.1.8). Er is meer animo om deel uit te maken van het Stafbestuur en het Stafbestuur neemt een andere rol aan in het bestuur van het ziekenhuis, namelijk die van medebestuurder (in paragraaf 7.3).⁹

Daarnaast wordt de overlegstructuur van de medische staf anders ingericht: het kernstaf-overleg wordt versterkt en het Management Overleg wordt inhoudelijk anders ingericht en op een later tijdstip van de dag ingepland zodat de Medisch Managers hieraan deel kunnen nemen (RD 18).

Het Stafbestuur heeft het initiatief genomen om een nieuw functieprofiel van de Medisch Manager op te stellen. Het profiel zou er volgens velen in de organisatie niet zijn (terwijl ten tijde van de invoering van de vorige structuur een profiel van de Medisch Manager en Managers Bedrijfsvoering is bepaald). In de organisatie zijn bij het herinrichten van de organisatiestructuur en het uitbouwen van het besturingsprincipe van dual management, de ogen gericht op het versterken van de relatie tussen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering.

Dat de medische staf zich anders gaat organiseren is een reactie op de crisis in het primaire proces gecombineerd met onrust in het bestuur van de organisatie en financiële uitdagingen waar de organisatie voor staat. Als gevolg van de crisis veranderde de houding van de leden van de medische staf ten opzichte van de besturing van het ziekenhuis. De medische staf is meer betrokken bij de besturing van het ziekenhuis (RD 6). De leden van de medische staf voelen zich meer verantwoordelijk voor de besturing van het ziekenhuis. Deze houding zorgt voor een actievere rol van de medische staf in het ziekenhuis.

Uit gespreksverslag bestuurder: *“Tijdens de stafdagen werd het me pas duidelijk waarom de medische staf zo emotioneel betrokken is bij ziekenhuis [en daarmee ook het opstellen van de strategie]. 2011 heeft ervoor gezorgd dat medische staf zich medeverantwoordelijk voelde voor besturing ziekenhuis. Het is destijds misgegaan en men wil niet nog een keer dat dit gebeurt.”*
(RD 6)

De verschuivingen in de organisatie van de medische staf zijn daarnaast gelegen in de veranderde rol van het Stafbestuur en die van de Raad van Bestuur en hun onderlinge interactie. Over het functioneren van het vorige Stafbestuur (solistisch en weinig inzichtelijk) en de directe lijnen tussen het bestuur en de specialisten in vakgroepen/maatschappen, was onvrede in het ziekenhuis.

Uit gespreksverslag medicus en lid Stafbestuur: *“Ik denk dat het Stafbestuur nu zeker een hele belangrijke plek is [voor besluiten in het ziekenhuis]. Ik denk dat de kernstafvergadering een*

⁹ Naast het Stafbestuur van de Vereniging Medische Staf wordt ook een bestuur voor doktoren in loondienst opgericht (RD 2).

heel belangrijke plek is. ... [hier] wordt in ieder geval ergens over gediscussieerd. ... Een paar jaar geleden werd nergens over gediscussieerd. Toen was er ook niets om te discussiëren, was alles informeel, onzichtbaar en gebeurde niks. ... [De belangrijkste reden dat dit nu wel zichtbaar is en op die plekken plaatsvindt, is de rol die het Stafbestuur speelt] ... Het nut van de interactie tussen Stafbestuur en Raad van Bestuur. ... [Dus] als je een Stafbestuur hebt dat door de Raad van Bestuur overal wordt buitengehouden, dan kan dat, maar dat gaat natuurlijk niet lang goed. Dan is er ook niet zoveel te bespreken. Als er een Raad van Bestuur is die niet zoveel weet en kan, kan het Stafbestuur heel sterk zijn als die kans wordt gegeven. Dan kan daar dus heel goed beleid worden gemaakt ... De situatie hiervoor was meer dat er een handje klap informeel circuit was, buiten het Stafbestuur om, met de Raad van Bestuur, die dat ook zo wilde. ... met die staf allemaal discussiëren vond [de Raad van Bestuur] vervelend. Er werd heel veel informeel gedaan. Er werd ook weinig beleid gemaakt dan door het Stafbestuur zelf. Dat betekent dat je dan heel weinig content hebt voor zo'n vergadering. ... Er waren allerlei dingetjes die dan bilateraal ... dus het verkruidde ook een beetje.” (RD 14)

7.6.3 Regelruimte en informele routes medisch specialisten

De directe lijn tussen de Raad van Bestuur en de eenheden mag dan wel zijn doorgeknipt, maar er wordt nog gezocht naar een nieuwe formule (RD 18). Het bestuur wil namelijk dat zaken nu via het Stafbestuur en formeel langs de Raad van Bestuur gaan, “*maar dat lukt nog niet helemaal*” (RD 11). Ondanks de inspanningen om een andere koers in te slaan met het anders organiseren van de medische staf, zijn er nog steeds rechtstreekse lijnen tussend medisch specialisten en de Raad van Bestuur. Daar waar beslissingen genomen moeten worden zijn er nog altijd individuele specialisten actief die invloed proberen uit te oefenen op de besluitvorming door rechtstreeks contact op te nemen met Raad van Bestuur.

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: “En het is nog maar de vraag in hoeverre dat die oude haantjes [in de medische staf] die er zo her en der nog zitten, in hoeverre zij bereid zijn zich aan te passen in die structuur en in hoeverre de Raad van Bestuur in staat is die mensen te corrigeren wanneer ze zich er niet aan houden. Dus die twee bewegingen zullen daarvoor bepalend zijn denk ik, wie de strijd gaat winnen.” (RD 19)

Uit gespreksverslag medicus: “De onderstromen [bepalen] wat er gebeurt, en dat gevoel heb ik nu ook heel erg. Dat je uiteindelijk. Iedereen doet nog steeds zijn ding. ... Gewoon bedenken voor zichzelf wat het handigste is. ... [Ja we zijn voorlopig nog niet van eilanden af].” (RD 18)

Op dit moment zijn er nog steeds actoren die direct zaken proberen te regelen met de Raad van Bestuur. Er is nu nog te veel een rechtstreekse lijn tussen de Raad van Bestuur en medici (RD 13). Zo bestaat bij leden van de medische staf nog steeds de neiging om brieven te sturen naar de Raad van Bestuur als iets hen niet bevalt (RD 21). Onderstaand citaat schetst een voorbeeld van huidige directe lijnen (zie ook paragraaf 7.2.2 voor uitgebreide toelichting extra OK tijd).

Uit gespreksverslag medicus: *“Er is laatst door de orthopeden weer extra OK tijd voor zichzelf geregeld. Dus toen dacht ik potverdorie jongens [Raad van Bestuur] nu laten jullie toch weer in met een vakgroep. Doe dat nu niet. Speel het nu via de staf, dus het ligt ook aan het bestuur vind ik. Het bestuur moet het gewoon terugduwen. Je zit hier, maar je moet dat eerst binnen jouw staf bespreken. En als jullie het eens zijn met het Stafbestuur, dan mogen jullie bij ons komen. ... [En dan weet ik ook nog van een ander voorval waar sprake was van rechtstreekse lijn tussen Raad van Bestuur en medici]. De neurologen hebben ook opeens een assistent op kosten van de directie geregeld terwijl ze een eigen stafmaatschap hebben [waarmee ze dit zelf kunnen organiseren en financieren].”* (RD 18)

De Raad van Bestuur laat ruimte voor informele lijnen en regelruimte doordat een duidelijke kaderstelling ontbreekt voor het ziekenhuis en zij op cruciale thema's weinig centrale sturing geeft (RD 21). Zo wordt er op dit moment vanuit de organisatie een strategische koers verwacht van de Raad van Bestuur, vooral van de voorzitter van de Raad van Bestuur die ruim een jaar werkzaam is. *“Leden Raad van Bestuur voelen ook druk om met koers te komen, wordt verwacht, hebben toezeggingen gedaan, maar nemen, hebben de tijd niet. Maar zetten wel dingen uit”* (RD 7). In het ziekenhuis wordt door management en medici hierdoor een gebrek aan visie van de Raad van Bestuur ervaren (RD 7; RD 21). Het uitblijven van een strategische visie maakt dat het bestuur in huis kritisch wordt bekeken. *“De voorzitter van de Raad van Bestuur denkt heel makkelijk over (strategie). Hij denkt dat je dat in één dag gedaan hebt, maar zo makkelijk is het niet”* (RD 7).

Onderstaande citaten van diverse bronnen geven ook aan dat in de ogen van sommige mensen centrale sturing of een duidelijke kaderstelling ontbreekt.

Uit gespreksverslag ondersteunende manager over gebrek aan kaderstelling en centrale sturing o.a. bezien vanuit de samenvoeging van de beheerafdelingen: *“Ik mis wel eens de kaderstelling in het geheel. Dat heeft ook te maken met de strategie die er nog niet is. ... Ehm ik vind dat de sturing die er voorheen was, die was me te ad hoc, die ligt [nu] duidelijker, duidelijker verhaal wel vanuit beide bestuurders. Maar ik denk dat er in de operationalisering veel gewonnen kan worden. En op sommige onderwerpen vind ik dat ze veel meer centrale aansturing moeten hebben... we zijn bezig met een aantal veranderingen, en ik vind de communicatie niet goed, veel te weinig. Dus er zit een nieuwe Raad van Bestuur, zijn bezig met een nieuwe strategie. ... [Ik] vind dat hier heel veel gekozen wordt voor decentrale sturing, maar het is [op zichzelf] geen sturing. En dat mis ik echt. ... Aan de ene kant is dat heel goed want je geeft heel veel verantwoording in de organisatie. Maar aan de andere kant vind ik dit net processen waarvan ik zeg daar moet je de vinger aan de pols houden. Daar moet je een duidelijk traject neerleggen, dit en dit verwacht ik van het resultaat en dit is er niet. ... Ik vind het gewoon een gebrek aan sturing vanuit de Raad van Bestuur. ... Ik mis op grote dingen een stuk centrale sturing. ... [Als je dat zegt tegen Raad van Bestuur] krijg je er geen keiharde nee op, maar het gebeurt ook niet. ... Wat je er in mijn ogen mee in de hand werkt is een informele bedrijfscultuur, we kunnen dealtjes maken. Dat zie ik gebeuren. En dat vind ik niet handig. ... Nou van ja, van deze afdeling wil ik graag hebben, en ik wil het zo en zo verdeeld hebben, en ik wil die en die mensen op die plek, en dat niveau. Vind ik dan niet handig. En dan gaan ze daarin mee. En daar hebben ze dan ook een soort van verklaring voor maar ik vind het allemaal niet heel*

sterk. ... [Dan heb ik het over de afdelingen van de stafdiensten, maar ik hoor het ook op de zorgafdelingen].” (RD 21)

De wijze waarop het management invloed uitoefent op de besturing onder het huidige bestuur verschilt van de wijze waarop dit onder het vorige bestuur het geval was. Onder het vorige bestuur was er veel gelegenheid tot informele beïnvloeding van de Raad van Bestuur. De besluitvormingsprocessen waren weinig zichtbaar, maar het bestuur had een duidelijk visie over de besturing van het ziekenhuis. Onder het huidige bestuur is het besluitvormingsproces transparanter, maar is er ruimte voor beïnvloeding doordat de centrale sturing en kaderstelling minder duidelijk is.

7.6.4 Uitkristalliseren netwerk van sleutelpersonen

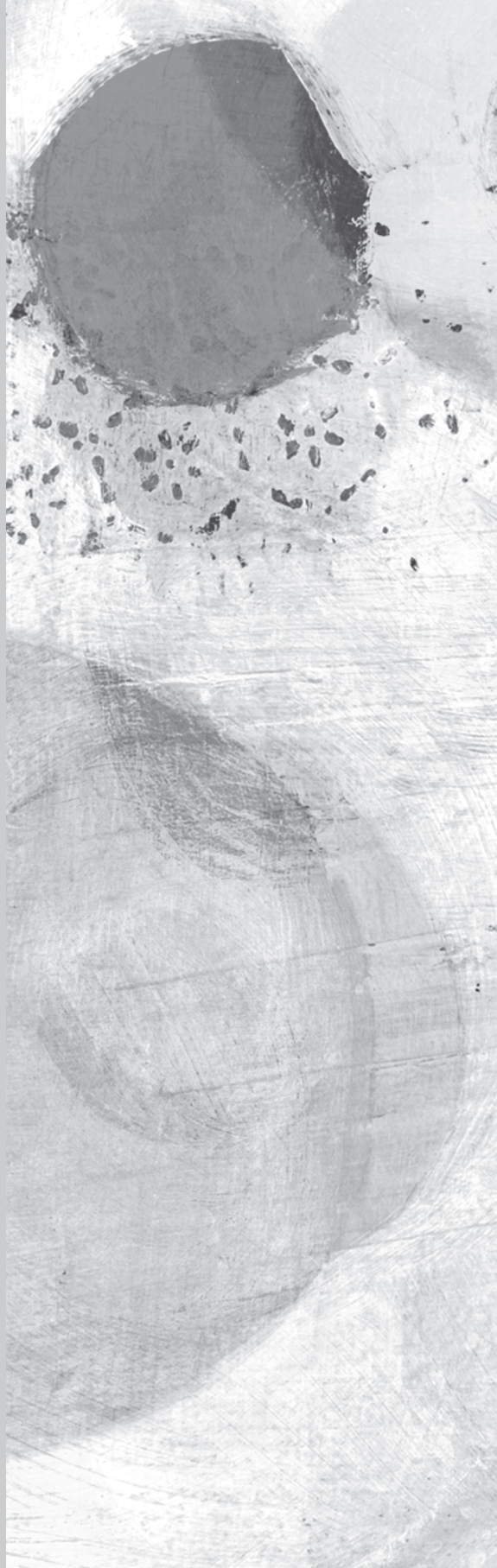
Ten tijde van het onderzoek was het niet duidelijk voor actoren in het ziekenhuis *“hoe de hazen lopen in de organisatie”* (RD 10). Het is niet duidelijk wie de mensen zijn die invloed gaan uitoefenen op de besluitvorming in het ziekenhuis. Mensen zitten in de organisatie naar elkaar te kijken en zijn zelf op zoek naar hun rol in de organisatie. De nieuwe verhoudingen in het ziekenhuis moeten uitkristalliseren. Redenen die voor deze onduidelijkheid gegeven worden, zijn de recente personeelwisselingen in de organisatie, de wijzigingen in de organisatiestructuur en de wijzigingen in de besturingsdynamiek van dealen naar besluitvorming via de lijn (tussen het management van de eenheden en de Raad van Bestuur). Daarbij komt dat mensen elkaar niet zo gemakkelijk kunnen vinden door de verhuizing naar een nieuw gebouw. Als gevolg van de opschudding van de onderlinge verhoudingen door de fusie van twee ziekenhuizen (in 2000) en de ontwikkelde cultuur van dealen bestond eerder al onduidelijkheid over de onderlinge verhoudingen tussen actoren in het informele netwerk van relaties in het ziekenhuis.

Wel duidelijk is dat in het ziekenhuis nog steeds mensen invloed proberen uit te oefenen op de besturing van het ziekenhuis via alternatieve routes. Net zoals bij de vorige directie en Raad van Bestuur, lopen deze actoren nog steeds binnen bij de Raad van Bestuur (observatie). Vaak zijn het leden van dominante vakgroepen zoals de internisten, cardiologen en chirurgen die hun stempel drukken op besluiten die worden genomen in het ziekenhuis (RD 14). Het zijn vaak vakgroepen met de *“grootste mond en het grootste aantal leden”* die de grootste stem hebben in besluitvormingsprocessen (RD 11). Een deel van deze sleutelpersonen kiest ervoor een bestuurlijke positie (bijvoorbeeld een positie in het Stafbestuur) te bekleden om invloed te kunnen uitoefenen op de besturing van het ziekenhuis (RD 20).

In het onderzoek werd ook zichtbaar dat (sleutelpersonen in) het informele circuit ook moet(en) worden meegenomen in besluitvorming. Wordt dit niet gedaan dan kan het zijn dat draagvlak ontbreekt voor de besluiten die zijn gemaakt, waardoor een besluitvormingsproces opnieuw moet worden doorlopen. Een voorbeeld hiervan is de besluitvorming en verwezenlijking van wijziging bedden capaciteit.

Uit gespreksverslag medicus: *“We hebben hier 600 bedden. Er moet een reshuffling plaatsvinden en een systeem worden verzonnen om capaciteit beter in te zetten. Toen waren er allerlei plannen gemaakt, die niet waren kortgesloten met ... via dat informele circuit dan. Ja, dan blijkt dus dat er dus een raar plan komt dat niet werkt om valide redenen. Dan zeg je ‘ja, jongens, dat gaan we niet zo doen’ terwijl het een voorgenomen besluit van de directie, van Raad van Bestuur is. ‘Dat gaan we niet zo doen dus trek het even terug’. Bijvoorbeeld in het Stafbestuur komt dat dan langs, ‘echt een slecht plan om het zo te doen, dus hier krijg je alleen maar gedoe mee. Dus haal het maar even van de agenda voordat je er zelf een stempel op zet. Dan kunnen we er nog wat aan sleutelen’. Toen is er overleg geweest. Ingewikkeld. Toen heeft de Raad van Bestuur gezegd ‘weet je wat, de doelstelling is dat, bepalen jullie het zelf maar’. Dat ging over 300 bedden of zo. Toen hebben wij als interne en chirurgie zelf gezegd ‘dan maken wij zelf een plan, hoe dat dan moet.’” (RD 14)*

Uit gespreksverslag Manager Bedrijfsvoering: *“Ja. Het hele beddenverhaal, dat is een heel kenmerkend iets. De Raad van Bestuur neemt in oktober een besluit om een afdeling te sluiten. Vervolgens [zoveel maanden later]... we zijn nog steeds nergens. De Raad van Bestuur zal echt geen besluit nemen waar iedereen tegen is. Dus ja, de uitvoering... Nu komt misschien de situatie dat ze ook moeite hebben om terug te komen op hun besluit. Dat is ook moeilijk. Daarin moet je wel, als je het doet, je kracht laten zien. Laat je dan niet die kracht zien, dan kunnen mensen er van alles van maken.” (RD 15)*





DEEL III

ANALYSE

8

Analyse samenhang elementen besturingsarrangement

In de vorige hoofdstukken kwamen de thick descriptions van de besturingsarrangementen in vier verschillende ziekenhuizen aan bod. In de vier ziekenhuizen zijn dezelfde actoren betrokken in de besturing van het ziekenhuis en gaan zij op een soortgelijke manier met elkaar om. De gecreëerde posities, de ontwikkelde rollen en de gedragsregels in de ziekenhuizen zijn vergelijkbaar. De elementen (posities, rollen en gedragsregels) in de onderzochte arrangementen zijn identiek, maar de configuratie ervan verschilt per ziekenhuis.¹

Om te komen tot een antwoord op de centrale onderzoeksvraag wordt in dit hoofdstuk allereerst een vergelijking van de configuraties gepresenteerd. In tabel 8.1 (zie bijlage V voor achtergrondinformatie analyse) worden de posities, rollen en gedragsregels van elk ziekenhuis met elkaar vergeleken. De thematische vergelijking van de vier ziekenhuizen is de opmaat voor de analyse van de elementen in de besturingsarrangementen in hun onderlinge samenhang. In het tweede deel van dit hoofdstuk worden elementen in hun onderlinge samenhang beschreven om een dieper begrip te creëren van het besturingsarrangement. Het besturingsarrangement van een ziekenhuis bestaat uit een samengesteld geheel van elementen – posities, rollen en gedragsregels – die partijen overeenkomen en veranderen met het oog op het hanteren van conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden tussen management en medici (zie ook hoofdstuk 2 en 3).

In dit onderzoek wordt duidelijk dat in alle onderzochte ziekenhuizen gezocht wordt naar een passend besturingsarrangement om de aanwezige wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen tussen management en medici te hanteren. De zoektocht van de ziekenhuizen beweegt in dezelfde richting, namelijk die van een duale besturingsconstructie waarbij management en medici samen het ziekenhuis besturen. De posities Medisch Manager en Stafbestuur zijn ontworpen – tegenover de bestaande posities Werken met

¹ Deze lokale verschillen verwijzen naar de gesitueerdheid van de configuratie. In de literatuur wordt in deze context ook wel gesproken van "situatedness" (Hope Hailey & Balogun, 2002; Zuiderent-Jerak, 2007).

Tabel 8.1 Overzicht elementen besturingsarrangement per casus

		Casuïstiek			
		Casus A (h. 4)	Casus B (h. 5)	Casus C (h. 6)	Casus D (h. 7)
A) Posities: ontwikkeling dual management	Creatie positie dual management in management eenheden	<p>Medisch Manager, <i>Manager</i>, <i>Bedrijfsvoering (drie in totaal)</i> en <i>Afdelingshoofd zijn formeel ("in consensus")</i> gezamenlijk verantwoordelijk voor het realiseren van doelstellingen bestuur binnen vastgestelde beleidskaders en afgesproken budgettaire ruimte (budgetverantwoordelijkheid vastgelegd in jaaractiviteitenplannen) en verantwoording daarover aan Raad van Bestuur (Document organisatiestructuur, 1997). Ze hebben vergelijkbare taken: het samen met andere bestuursleden besturen van werkeenheden door het dragen van verantwoording voor kwaliteit zorg, productie en budget, personeelsbeleid, naleven relevante wet- en regelgeving en onderhouden relevante contacten. Accent in taken Medisch Manager ligt op verteenwoordiging vakgroep/maatschap in bestuur eenheid en bij Manager Bedrijfsvoering op coördineren bestuurstaten werkeenheden, zorgdragen voor voorbereiding, uitvoering en evaluatie alle organisatorische aspecten van Planning en Control cyclus van eenheid, zorgdragen voor afstemming beleid eenheid met beleid ziekenhuis.</p>	<p>Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering zijn formeel ("<i>in collegiale samenwerking</i>") gezamenlijk verantwoordelijk voor management eenheid (Evaluatie Eenhedenstructuur, 2011). Samen hebben ze als taak de (kwaliteits)kaders, continueit en doelmatigheid van de patiëntenzorg te bepalen en bewaken en bij te dragen aan de coördinatie van de totale zorgverlening binnen de eenheid zodat patiëntvriendelijke, kwalitatief hoogwaardige, veilige en efficiënte zorg wordt gerealiseerd (Functieprofiel Manager Bedrijfsvoering, 2010). Samen moeten ze erop toezien en waar mogelijk de bedrijfsvoering binnen de eenheid optimaliseren, zodanig dat de financiële en productiefspraken worden gerealiseerd (Functieprofiel Manager Bedrijfsvoering, 2010). De Medisch Manager heeft het medisch inhoudelijk beleid als aandachtsgebied en de Manager Bedrijfsvoering heeft bedrijfsvoering als aandachtsgebied (Personeelsplan, 2009). De bevoegdheden zijn vastgelegd in matrix, maar over de wijze van invulling is hierin niets beschreven (Document Manager Bedrijfsvoering, 2012).</p>	<p>Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering zijn formeel ("<i>in collegiale samenwerking</i>") gezamenlijk verantwoordelijk voor besturing en functioneren eenheid en uitvoering zorg en de daarmee samenhangende bedrijfsvoering en resultaten (gebudgetteerd eindresultaat als target van behaalde opbrengsten en exploitatiekosten) binnen centrale kaders en beleidslijnen (Document Besluit Raad van Bestuur, organisatiestructuur, 2008). Ze hebben vergelijkbare taken: samen leiding geven aan eenheid inzake omvang, kwaliteit en aard van zorg en de allocatie van de daartoe benodigde middelen. Met aandacht voor professionele verantwoordelijkheid van medisch specialisten in eenheid, bepaalt Medisch Manager het beleid en richting zorgverlening en wijze waarop zorg wordt geleverd. Zijn focus ligt op het coördineren van activiteiten vakgroep/maatschap, zodat doeltreffende, doelmatige, kwalitatief verantwoorde en patiëntgerichte zorg wordt verleend en het geformuleerde medisch beleid wordt gerealiseerd. De Manager Bedrijfsvoering is met aandacht voor bedrijfsvoering eenheid verantwoordelijk voor het tot stand brengen van een goed functionerende en doelmatige zorgorganisatie en het continu verbeteren van deze organisatie.</p>	

Tabel 8.1 Overzicht elementen besturingsarrangement per casus (vervolg)

		Casuïstiek			
		Casus A (h. 4)	Casus B (h. 5)	Casus C (h. 6)	Casus D (h. 7)
Elementen besturingsarrangement		De (afzonderlijke) verantwoordelijkheden, bevoegdheden en competenties van posities vastgelegd in functieprofielen, richtlijnen besturingsstructuur (1997), notitie bestuurlijke posities en procuratieteschema. Verantwoordelijkheden worden gedefinieerd: "Medisch Manager in the lead" mogelijke opvolger 'gezamenlijke verantwoordelijkheid'.	De (afzonderlijke) verantwoordelijkheden, bevoegdheden, competenties van posities vastgelegd in functieprofielen, richtlijnen besturingsstructuur (2010) en bevoegdhedenmatrix. Er wordt aandacht voor welk resultaat het management formeel precies verantwoordelijk kan en moet worden gemaakt.	De (afzonderlijke) verantwoordelijkheden, bevoegdheden en competenties van posities vastgelegd in functieprofielen, richtlijnen besturingsstructuur (2009) en documenten professionaliseringsstraject management	Organisatie bezig met (opnieuw) definiëren en vastleggen verantwoordelijkheden beide posities in functieprofielen en richtlijnen besturingsstructuur: oude functieprofielen (2001) zijn in vergetelheid geraakt.
	A) Posities: ontwikkeling dual management	Creëte posities in bestuursmanagement	Raad van Bestuur eindverantwoordelijk voor besturing ziekenhuis en positie Stafbestuur ten opzichte van Raad van Bestuur hier aangeduid als "nevenschikking".	Raad van Bestuur eindverantwoordelijk voor besturing ziekenhuis en Stafbestuur adviespositie met informatie-, advies- en instemmingsrecht in besturing ziekenhuis; lokale afspraken samenwerking Stafbestuur en Raad van Bestuur vastgelegd (Stafbestuur betrokken in besturing door Raad van Bestuur).	Raad van Bestuur eindverantwoordelijk voor besturing ziekenhuis en Stafbestuur adviespositie met informatie-, advies- en instemmingsrecht in besturing ziekenhuis; herpositioneren Stafbestuur in het bestuur van organisatie (door herinrichting besluitvormingsstructuur van het bestuur).
		Verantwoordelijkheden posities in statuten en reglementen Raad van Bestuur en Vereniging Medische Staf, notitie bestuurlijke positie en Medisch Beleidsplan (positie Stafbestuur ten opzichte van Raad van Bestuur hier wel aangeduid als "nevenschikking"). Ook in functieprofielen verantwoordelijkheden Raad van Bestuur en Stafbestuur beschreven.	Verantwoordelijkheden posities vastgelegd in statuten en reglementen Raad van Bestuur en Vereniging Medische Staf en Samenwerkingsconvenant van Raad van Bestuur en Stafbestuur (betrokkenheid Stafbestuur in besturing ziekenhuis). Ook in functieprofielen verantwoordelijkheden Raad van Bestuur en Stafbestuur beschreven.	Verantwoordelijkheden posities vastgelegd in statuten en reglementen Raad van Bestuur en Vereniging Medische Staf. Ook in functieprofielen verantwoordelijkheden Raad van Bestuur en Stafbestuur beschreven.	In ziekenhuis worden activiteiten gericht op het (opnieuw) definiëren en vastleggen van posities door het vastzetten overlappende en besluitvormingsstructuur. Daarnaast worden posities omschreven in statuten en reglementen Raad van Bestuur en Vereniging Medische Staf (en format aanstellingsprocedure Stafbestuur). Ook in functieprofielen verantwoordelijkheden Raad van Bestuur en Stafbestuur beschreven.

Tabel 8.1 Overzicht elementen besturingsarrangement per casus (vervolg)

Elementen besturingsarrangement		Casuïstiek		
	Casus A (h. 4)	Casus B (h. 5)	Casus C (h. 6)	Casus D (h. 7)
Eenheidsstructuur	Vooravond herijking Eenheidsstructuur (terug naar oorspronkelijke doelstellingen ingevoerde structuur en herdefiniering verantwoordelijkheden management); decentralisatie verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar stafdiensten, Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager (optie "medicus in lead" wordt verkend). Besluitvorming verloopt in ziekenhuis via diversiteit van alternatieve routes en lijnmanagement eenheid is daar één van. Wel worden taken door Raad van Bestuur weggezet bij (het MT) en in het bijzonder de Managers, Bedrijfsvoering.	Doornontwikkeling Eenheidsstructuur (tevergeefs experimenteren Resultaat Verantwoordelijke Eenheden); decentralisatie verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering en stafdiensten. Zoektocht evenwicht sturing Raad van Bestuur (controle van management eenheden al dan niet via stafdiensten en coach) en zelfsturing management van de eenheid (ontwikkeling attitude Manager Bedrijfsvoering van concurrentie naar samenwerking onderling; Managers Bedrijfsvoering bundelen krachten).	Doornontwikkeling Eenheidsstructuur; decentralisatie verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar Medisch Manager, Manager Bedrijfsvoering en stafdiensten (al wordt uitgebreide rol stafdiensten teruggebracht); wijziging omgangsvorm Raad van Bestuur met management (van rechtstreeks dealen tussen directie/Raad van Bestuur met medici naar werken via lijnen Eenheidsstructuur; van coaching naar meer sturen op zelfsturende rol management door Raad van Bestuur); Medisch Manager sinds kort in elke eenheid werkzaam.	Herdefinieren Eenheidsstructuur; decentralisatie verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar Medisch Manager, Manager Bedrijfsvoering en stafdiensten (al wordt uitgebreide rol stafdiensten teruggebracht); wijziging omgangsvorm Raad van Bestuur met management (van rechtstreeks dealen tussen directie/Raad van Bestuur met medici naar werken via lijnen Eenheidsstructuur; van coaching naar meer sturen op zelfsturende rol management door Raad van Bestuur); Medisch Manager sinds kort in elke eenheid werkzaam.
Wijziging aantal managementlagen	Vier managementlagen (bestuur, MT, management eenheden, Afdelingshoofden); vooravond herinrichting MT-laag (minimaliseren of schrappen) dat nu functioneert als tussenlaag. Door geplande wijzigingen relatie leden in MT en relatie Managers Bedrijfsvoering en Raad van Bestuur onder druk.	Drie managementlagen (bestuur, management eenheden, Afdelingshoofden); na schrappen MT-laag in recent verleden, invoering overleg "semi-MT".	Drie managementlagen (bestuur, management eenheden, Afdelingshoofden) na schrappen MT-laag in recent verleden bij invoering Eenheidsstructuur.	Drie managementlagen (bestuur, management eenheden, Afdelingshoofden); directie laag weg en introductie Management Overleg (van Medisch Managers en Managers Bedrijfsvoering).
Werken met werkgroepen en commissies	Besturen via werkgroepen en commissies.	Besturen via werkgroepen en commissies.	Besturen via werkgroepen en commissies.	Besturen via werkgroepen en commissies.
Ontwerp overleg- en besluitvormingsprocedure	- Getrapte overleg- en besluitvormingsstructuur; - Toegenomen aandacht in besluitvormingsstructuur voor kernstaf; - Besluitvormingsstructuur ingericht via beleidscyclus en opgetuigde Planning en Control cyclus; gezocht naar nieuwe Planning en Control cyclus.	- Getrapte "uitgedijde" overleg- en besluitvormingsstructuur; - Invoering overleg "Semi-MT"; - Toegenomen aandacht in besluitvormingsstructuur voor overleg Medisch Managers en kernstaf; - Besluitvormingsstructuur ingericht via beleidscyclus en Planning en Control cyclus.	- Getrapte overleg- en besluitvormingsstructuur; - Toegenomen aandacht in besluitvormingsstructuur voor overleg Medisch Managers en kernstaf; - Besluitvorming via zakelijke procedures; - Besluitvormingsstructuur ingericht via beleidscyclus en Planning en Control cyclus.	- Getrapte overleg- en besluitvormingsstructuur; - Herinrichting (via beleidscyclus en Planning en Control cyclus) en formaliseren overleg- en besluitvormingsstructuur als "aorta", ziekenhuis; - Toegenomen aandacht Management Overleg (Medisch Managers en Managers Bedrijfsvoering).
Outsources naar externe adviseurs	Outsources naar externe adviseurs.	Outsources naar externe adviseurs.	Outsources naar externe adviseurs.	Outsources naar externe adviseurs.

A) Posities: ontwikkeling besturingsstructuur

Tabel 8.1 Overzicht elementen besturingsarrangement per casus (vervolg)

Elementen besturingsarrangement		Casuïstiek			
		Casus A (h. 4)	Casus B (h. 5)	Casus C (h. 6)	Casus D (h. 7)
Werken met dubbelrollen Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering		Medisch Manager en Manager: Bedrijfsvoering gezamenlijke verantwoordelijk voor besturing eenheid. Ze zijn partner en partij van elkaar in besturen eenheid; <i>de drie Managers Bedrijfsvoering partner en partij van een groot aantal eenheden; hierdoor intern rolconflict.</i>	Medisch Manager en Manager: Bedrijfsvoering gezamenlijke verantwoordelijk voor besturing eenheid. Ze zijn partner en partij van elkaar in besturen eenheid.	Medisch Manager en Manager: Bedrijfsvoering gezamenlijke verantwoordelijk voor besturing eenheid. Ze zijn partner en partij van elkaar in besturen eenheid.	Medisch Manager en Manager: Bedrijfsvoering gezamenlijk verantwoordelijk voor besturing eenheid. Ze zijn partner en partij van elkaar in besturen eenheid. Rolopvatting en rolverwachting Medisch Manager onduidelijk.
	Stafbestuur en Raad van Bestuur	Raad van Bestuur en Stafbestuur zijn samen betrokken in het bestuur van het ziekenhuis. Ze zijn partner en partij van elkaar in besturen ziekenhuis (bestuur); <i>rolopvatting (nieuw aangesteld) Stafbestuur heeft het karakter van medebestuurder maar is in praktijk meer adviserende rol vergelijkbaar met die van een medezeggenschapsgaan.</i>	Raad van Bestuur en Stafbestuur zijn samen betrokken in het bestuur van het ziekenhuis. Ze zijn partner en partij van elkaar in besturen ziekenhuis (bestuur); <i>rol Stafbestuur beweegt in de richting van medebestuurder.</i>	Raad van Bestuur en Stafbestuur zijn samen betrokken in het bestuur van het ziekenhuis. Ze zijn partner en partij van elkaar in besturen ziekenhuis (bestuur); <i>rol Stafbestuur beweegt sterk in de richting van medebestuurder.</i>	Raad van Bestuur en Stafbestuur zijn samen betrokken in het bestuur van het ziekenhuis. Ze zijn partner en partij van elkaar in besturen ziekenhuis (bestuur); <i>Raad van Bestuur en Stafbestuur zijn op zoek nieuwe manier samenwerken na crisis in het bestuur van organisatie: rol Stafbestuur beweegt in de richting van medebestuurder.</i>

B) Rollen: dual management en bestuur

Tabel 8.1 | Overzicht elementen besturingsarrangement per casus (vervolg)

		Casuïstiek			
Elementen besturingsarrangement		Casus A (h. 4)	Casus B (h. 5)	Casus C (h. 6)	Casus D (h. 7)
Terughoudend omgaan met positiestmacht in besturen		De drie Managers Bedrijfsvoering gaan terughoudend om met positiestmacht ten opzichte van diverse Medisch Managers.	Manager Bedrijfsvoering gaat terughoudend om met positiestmacht ten opzichte van Medisch Managers.	Manager Bedrijfsvoering gaat terughoudend om met positiestmacht ten opzichte van Medisch Managers.	Manager Bedrijfsvoering gaat terughoudend om met positiestmacht ten opzichte van Medisch Managers.
		Raad van Bestuur deelt macht met Stafbestuur.	Raad van Bestuur deelt macht met Stafbestuur.	Raad van Bestuur deelt macht met Stafbestuur; 'sterke coalitie' tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur.	Raad van Bestuur deelt macht met Stafbestuur.
Werken met vrouwen in het Bestuur		Raad van Bestuur en Stafbestuur werken met vrouwen in samenwerking; vrouwen tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur onder druk. Stafbestuur is zoekende naar eigen rol; wisselende leden Raad van Bestuur op zoek naar eigen rol; botsing rolverwachting en rolgedrag Raad van Bestuur vanuit perspectief Stafbestuur (Stafbestuur zou onvoldoende worden gekend in besturing ziekenhuis).	Raad van Bestuur en Stafbestuur werken met vrouwen in samenwerking; vrouwen tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur onder druk als gevolg van botsing rolgedrag Raad van Bestuur en rolverwachtingen door Stafbestuur van Raad van Bestuur (incidenten waarbij Stafbestuur zich onvoldoende – anders dan afgesproken – betrokken voelde door Raad van Bestuur in besturing ziekenhuis). Daarnaast ook historie van wantrouwen in relatie (ten tijde van bestuurscrisis).	Raad van Bestuur en Stafbestuur werken met vrouwen in samenwerking; sprake van vertrouwensband tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur.	Raad van Bestuur en Stafbestuur werken met vrouwen in samenwerking; opbouwen van vertrouwensrelatie door komst nieuw Stafbestuur en Raad van Bestuur na crisis primaire proces; tijdelijk vrouwen van Stafbestuur in Raad van Bestuur staat onder druk omdat het Stafbestuur niet werd gekend in besturing door Raad van Bestuur terwijl dit wel was afgesproken (rolgedrag Raad van Bestuur boist met rolverwachting van Raad van Bestuur door Stafbestuur).
		Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering werken met vrouwen.	Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering werken met vrouwen.	Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering werken met vrouwen.	Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering werken met vrouwen.
Werken met vrouwen management eenheden		Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering werken met vrouwen.	Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering werken met vrouwen.	Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering werken met vrouwen.	Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering werken met vrouwen.

Tabel 8.1 Overzicht elementen besturingsarrangement per casus (vervolg)

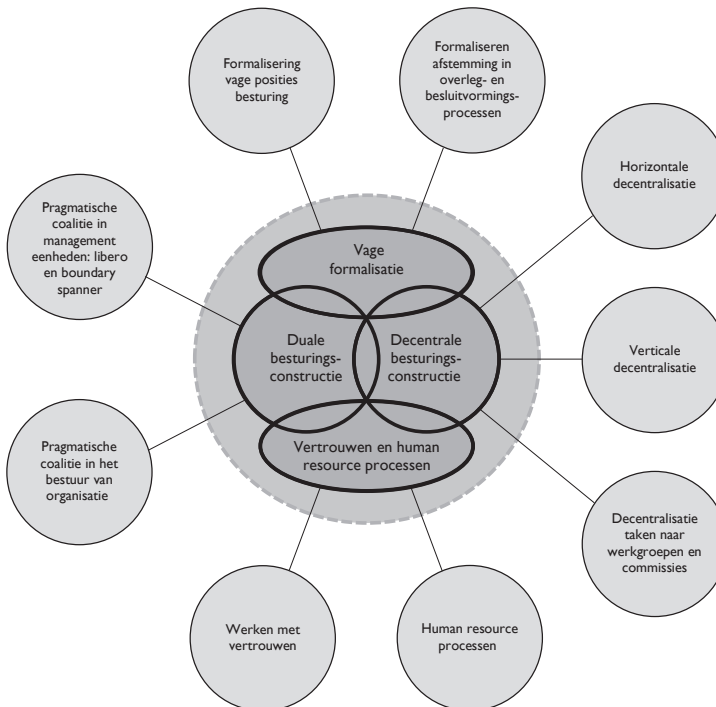
		Casuïstiek			
Elementen besturingsarrangement		Casus A (h. 4)	Casus B (h. 5)	Casus C (h. 6)	Casus D (h. 7)
C) Gedragsregels	Werken met human resource processen	Aanstelling nieuwe functionarissen; professionaliseringstraject Stafbestuur; opleiding.	Aanstelling nieuwe functionarissen; professionaliseringstraject Stafbestuur; werwing en selectie duo's (matching); idee Raad van Bestuur om Managers Bedrijfsvoering te laten rouleren afgeketst door Stafbestuur; opleiding management.	Aanstelling nieuwe functionarissen; professionaliseringstraject medische staf als collectief (inclusief Stafbestuur); coaching en opleiding management; professionaliseringstraject Afdelingshoofden.	Aanstelling nieuwe functionarissen; opleiding management; coachende rol van directie richting management losgelaten.
	Werken met informele besluitvormingsprocessen	Levendig patroon informele overleg- en besluitvormingsprocessen in de medische staf en tussen leden medische staf en management/Raad van Bestuur; er wordt al dan niet via coalitievorming en sleutelpersonen in de medische staf informatie uitgewisseld en (ad hoc) besluitvorming beïnvloed door middel van informele afstemming.	Patroon informele overleg- en besluitvormingsprocessen in medische staf en tussen leden medische staf en management/Raad van Bestuur; er wordt al dan niet via coalitievorming en sleutelpersonen in de medische staf ("lees: "stemmingmakers" en "beïnvloeders"), informatie uitgewisseld en (ad hoc) besluitvorming beïnvloed door middel van informele afstemming.	Patroon informele overleg- en besluitvormingsprocessen in medische staf en tussen leden medische staf en management/Raad van Bestuur; er wordt al dan niet via coalitievorming en sleutelpersonen in de medische staf, informatie uitgewisseld en (ad hoc) besluitvorming beïnvloed door middel van informele afstemming. Noodzaak tot informele besluitvorming minder nodig geacht vanwege goed functionerende coalitie Stafbestuur en Raad van Bestuur en collectieve ambitie medische staf.	Verschuiving van levendig patroon informele overleg- en besluitvormingsprocessen in medische staf en tussen leden medische staf en management/Raad van Bestuur (name-lijk de uitwisseling van informatie en (ad hoc) beïnvloeding van besluitvorming al dan niet via coalitievorming en sleutelpersonen in de medische staf door middel van informele afstemming) naar formele besluitvormingsprocedure en zoektocht informele verhoudingen en besluitvormingsprocessen.

dubbelrollen Manager Bedrijfsvoering en Raad van Bestuur – om het conflict tussen management en medici in de ziekenhuisbesturing te hanteren.

Daarnaast wordt in de onderzochte ziekenhuizen een decentrale besturingsconstructie ontwikkeld. Met de keuze voor de decentrale besturingsconstructie worden bestuurlijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden belegd bij het management van de eenheden, stafdiensten en werkgroepen en commissies. De verschuiving van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de richting van het primaire proces in de decentrale besturingsconstructie vloeit voort uit de keuze voor een duale besturingsconstructie. Omdat in deze duale besturingsconstructie medici worden betrokken in de besturing van het ziekenhuis, komen de besturingsprincipes van medici die werkzaam zijn in het primaire proces, automatisch meer centraal te staan in de besturing van het ziekenhuis.

De decentrale en vooral de duale besturingsconstructie bieden de mogelijkheid om het conflict tussen management en medici te hanteren. Maar de duale constructie waarbij twee zuilen in de besturing van het ziekenhuis worden erkend, schept ook nieuwe coördinatieproblemen. In de onderzochte ziekenhuizen wordt gewerkt met vage formalisatie,

Figuur 8.1 Samenhang elementen besturingsarrangement



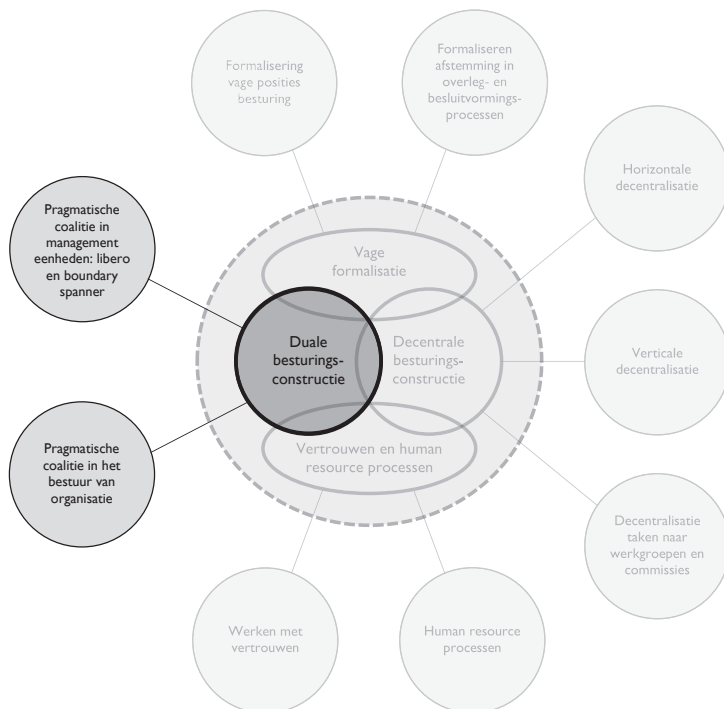
vertrouwen en human resource processen om de duale en daarmee samenhangende decentrale besturingsconstructie mogelijk te maken.

Zie figuur 8.1 voor een visuele weergave van de kenmerkende clusters van samenhangende elementen in de bestuurlijke configuratie van het ziekenhuis. De vier kenmerkende clusters van samenhangende elementen worden in hoofdstuk 8 geïnterpreteerd aan de hand van relevante theoretische concepten. In paragraaf 8.1 wordt de duale constructie besproken en in paragraaf 8.2 de decentrale besturingsconstructie. De vage formalisatie worden behandeld in paragraaf 8.3 en de elementen vertrouwen en human resource processen in paragraaf 8.4.

8.1 DUALE BESTURINGSCONSTRUCTIE

Zoals in de hoofdstukken 1 en 3 al werd beschreven, zijn sinds de introductie van de budgetteringssystematiek in 1983 twee zuilen actief in de besturing van het ziekenhuis. Vanaf 1983 heeft de managementzuil zich ontwikkeld naast de medische zuil. Alle vier de

Figuur 8.2 Duale besturingsconstructie in besturingsarrangement



ziekenhuizen zoeken in dezelfde richting om het conflict tussen management en medici hanteerbaar te maken: de aanwezigheid van de twee zuilen wordt hanteerbaar gemaakt met behulp van een duale besturingsconstructie. In deze duale constructie besturen het management en medisch professionals samen het ziekenhuis. Het duale karakter van het gekozen arrangement vormt de basis voor de andere elementen binnen dit arrangement. Zie figuur 8.2 voor de onderdelen van de duale besturingsconstructie die in paragraaf 8.1 worden beschreven.

8.1.1 Duale besturingsstructuur

De bestuurlijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn in de ziekenhuizen verdeeld over verschillende onderdelen van de organisatie. De duale besturingsstructuur waar management en medisch professionals deel van uitmaken, komt in de ziekenhuizen tot uiting in de creatie van posities in het bestuur van de organisatie – Mintzberg's (2006) *“strategische apex”* – en in het management van de eenheden. De Raad van Bestuur én het Medisch Stafbestuur zijn werkzaam in het bestuur van het ziekenhuis.² De Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager vormen samen het duale management van een eenheid.³ De eenheden zijn gegroepeerd rondom activiteiten van (clusters van) specialisten, ondersteunende vakken en stafdiensten.

Door de verdeling van bestuurlijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen management en medici in verschillende onderdelen van het ziekenhuis (namelijk bestuur en eenhedenmanagement), worden de duale zeggenschapslijnen hanteerbaar gemaakt in plaats van weggedrukt. De management zuil, die wordt gekenmerkt door een hiërarchische structuur, en de medische zuil, die getypeerd kan worden door een collegiale en horizontale structuur (Schaaf, 2000), worden door de duale besturingsstructuur met elkaar verbonden. De keuze voor de duale besturingsstructuur in de onderzochte ziekenhuizen impliceert dat management en medici elkaars positie en de aanwezige dualiteit in het ziekenhuis erkennen. Wederzijdse afhankelijkheden tussen het management en de medische staf én hun conflicterende belangen worden geaccepteerd.

8.1.1.1 Creatie positie Medisch Manager tegenover Manager Bedrijfsvoering

De positie van de Medisch Manager is gecreëerd om een verbinding te leggen tussen de zuil van medisch specialisten en de zuil van het management. De positie Medisch Manager kent in Nederlandse zorgorganisaties zijn oorsprong in de jaren negentig van de twintigste eeuw. In die periode ontstonden posities zoals de Medisch Manager door

² De aanwezigheid van de Raad van Bestuur én het Medisch Stafbestuur in het bestuur van het ziekenhuis verschilt van Mintzberg's (2006) *“strategic apex”* waarin alleen de Raad van Bestuur (ook wel topmanagement) werkzaam is.

³ Slechts in één van de onderzochte ziekenhuizen (h. 4) wordt ook de verpleegkundige formeel betrokken in de besturing van de eenheden. Het Afdelingshoofd valt in deze werkconstellatie hiërarchisch onder de Manager Bedrijfsvoering, maar in het bestuur van de eenheden is het Afdelingshoofd formeel ook gelijkwaardig ten opzichte van Manager Bedrijfsvoering (en Medisch Manager). In alle onderzochte ziekenhuizen zijn verpleegkundigen aangesteld voor het managen van afdelingen (Afdelingshoofden). Ze komen daarbij in contact met zowel de Manager Bedrijfsvoering, medici alsook verpleegkundigen. Formeel vallen de Afdelingshoofden hiërarchisch onder de Manager Bedrijfsvoering (met uitzondering van casus A (h. 4) waar het Afdelingshoofd formeel een gelijke is van de Manager Bedrijfsvoering in het eenhedenbestuur).

de aandacht (aangejaagd door de overheid) voor de integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis en de decentralisatie van managementtaken in de organisatie (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008). De Medisch Manager is in de ziekenhuizen gepositioneerd naast de Manager Bedrijfsvoering aan het hoofd van de eenheid. De functie van Manager (Bedrijfsvoering) bestaat al langer in Nederlandse ziekenhuizen. De term ‘manager’ wordt in de Nederlandse zorgsector gebruikt sinds de financiële hervorming van de zorg in de jaren tachtig van de twintigste eeuw (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008).⁴

De Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering komen uit verschillende contexten en vormen samen een koppel in de besturing van de eenheid. De Medisch Manager maakt deel uit van de medische zuil en is formeel gemandateerd (ook wel voorgedragen) door zijn collega specialisten om de belangen van de vakgroep/maatschap te vertegenwoordigen binnen het bestuur van de eenheid. Hij beschikt over één of meerdere dagdelen in de week (deeltijd) voor het uitoefenen van de functie Medisch Manager. De Manager Bedrijfsvoering maakt deel uit van de management zuil en overlegt en onderhandelt met de medische zuil formeel via de Medisch Manager. Hij is fulltime aangesteld als manager van de eenheid (of meerdere eenheden) en heeft daarmee meer tijd voor het besturen van de eenheid.

De Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering zijn aangesteld⁵ voor het management van de eenheid. Formeel zijn in de onderzochte ziekenhuizen afspraken gemaakt dat de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering “gezamenlijk” (casus h. 5 en 7) de verantwoordelijkheid dragen voor de besturing van de eenheid op het gebied van kwaliteit van zorg, financiën en organisatorische onderwerpen.⁶ In “collegiale samenwerking” (casus B en C, h. 5 en 6) dienen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering leiding te geven aan de eenheid. Afgesproken is dat ze in “consensus” (casus h. 4) besluiten nemen. De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het functioneren van de eenheid impliceert dat de Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering formeel gelijkwaardig zijn in de besluitvorming van de eenheid. In casus A (h. 4) wordt gekeken naar mogelijkheden om een besturingsstructuur te ontwikkelen waarbij de Medisch Manager “in the lead” is in de besturing van de eenheid. Dit zou betekenen dat formeel niet langer de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering samen in consensus tot besluiten komen, maar dat de Medisch Manager degene is die uiteindelijk besluiten neemt in het management van de eenheid.

⁴ De invoering van de budgetteringssystematiek (1983) in ziekenhuizen diende bij te dragen aan de controle van macro-kosten in de zorg (Scholten & Van der Grinten, 1998). De invoering van de systematiek zorgde voor de opkomst van het management en managers als een “countervailing power” ten opzichte van de medisch specialisten (Scholten & Van der Grinten, 1998). Voor 1980 werden door mensen ook managementtaken uitgevoerd, maar deze werden niet aangeduid met de term management (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008).

⁵ In één van de ziekenhuizen ontbrak er tot voor kort in sommige eenheden een Medisch Manager door het ontbreken van een passende betalingsregeling sinds de fusie van twee ziekenhuizen en daarmee de herinrichting van de organisatiestructuur (casus D, h. 4).

⁶ Opgemerkt dient wel te worden dat in casus D (h. 7), ten tijde het onderzoek niet bekend was dat er functieprofielen bestonden van de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering (geformuleerd ten tijde van fusie decennium geleden).

8.1.1.2 Creatie positie Stafbestuur tegenover Raad van Bestuur

In de duale besturingsstructuur is de positie van het Stafbestuur gecreëerd tegenover de positie van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur is wettelijk gezien sinds de invoering van de Integratiewet in 1999⁷ (Scholten & Van der Grinten, 1998) eindverantwoordelijk voor het functioneren van het ziekenhuis. De eindverantwoordelijkheid voor het functioneren van het ziekenhuis van de Raad van Bestuur verwijst naar zowel de bedrijfsmatige aspecten van het functioneren van het ziekenhuis als de kwaliteit van zorg. De overheid en brancheorganisaties⁸ oefenen – sinds de omarming van het model Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (Commissie Biesheuvel, 1994) – druk uit in de richting van een eindverantwoordelijke positie van de Raad van Bestuur en richtlijnen voor ‘goed bestuur’ (zie ook hoofdstuk 1 en 9). De statutaire functie van de Raad van Bestuur is formeel vastgelegd in statuten en reglementen van de Raad van Bestuur.

Wettelijk gezien heeft het Stafbestuur geen positie in de besturing van het ziekenhuis. Maar medisch specialisten organiseren zichzelf al sinds het midden van de jaren negentig van de twintigste eeuw als collectief op het niveau van het bestuur van het ziekenhuis (Scholten & Van der Grinten, 2005). Landelijk zijn er richtlijnen voor de vormgeving van de relatie tussen de Raad van Bestuur en het ziekenhuis (Document Medische Staf⁹) maar het is lokaal in de ziekenhuizen dat de positie van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur formeel wordt uitgewerkt (in de lokale vertaling van het Document Medische Staf, de Statuten en Reglementen Vereniging Medische Staf en afspraken tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur).¹⁰ Het Stafbestuur heeft in drie van de vier onderzochte ziekenhuizen (casus B, C en D in h. 5, 6 en 7) formeel de positie van een adviesorgaan met informatie-, advies- en instemmingsrecht. Deze positie is vergelijkbaar met de positie van medezeggenschapsorganen in het ziekenhuis (Ondernemingsraad en Cliëntenraad). De medezeggenschapspositie van de Ondernemingsraad is geregeld in de Wet op de Ondernemingsraden¹¹, maar dit geldt niet voor het Stafbestuur.¹² In één van de onderzochte ziekenhuizen (h. 4) is – na lange discussie – formeel gekozen voor een

⁷ De integratiewet was de juridische vervolmaking van de integratieplannen van overheid – namelijk een monolithische structuur waarbij medici integreren in het ziekenhuis – die in 1993 werden geïntroduceerd onder de naam Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (Commissie Biesheuvel, 1994).

⁸ Denk hierbij aan het recent ingezette professionaliseringstraject door Nederlandse Vereniging voor Zorg Directeuren en de ontwikkelde richtlijnen inzake Good Governance van Brancheorganisatie Zorg (koepelorganisatie van diverse brancheorganisaties).

⁹ Het Document Medische Staf (DMS) is een overeenkomst waarin het de verhouding tussen de medische staf en de Raad van Bestuur is geregeld. Onderwerpen in het DMS zijn: kwaliteit en veiligheid, strategisch ziekenhuisbeleid en bedrijfsvoering. Het DMS is landelijk vastgesteld maar wordt in de onderzochte ziekenhuizen verder vorm gegeven.

¹⁰ Afspraken tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur zijn expliciet vastgelegd in: Bestuursconvenant in casus B (h. 5) en Medisch Beleidsplan in casus A (h. 4).

¹¹ Bron: Wet op de Ondernemingsraden. Geldend op 28-05-2015 gevonden op http://wetten.overheid.nl/BWBR0002747/geldigheidsdatum_28-05-2015#HoofdstukIVA.

¹² Er zijn afspraken gemaakt over positie Stafbestuur in het ziekenhuis, namelijk: het periodiek informeren van Raad van Toezicht door het Stafbestuur over de kwaliteit en veiligheid van zorg (vastgelegd in Kwaliteitskader van Medisch Specialististen opgesteld door Orde van Medisch Specialististen (2010)). Over de positie van het Stafbestuur is niets vastgelegd in Zorgbrede Governancecode (2010); wel is in de toelichting van deze code verwoord dat het Stafbestuur, net als de Ondernemingsraad en Cliëntenraad, een formeel adviesorgaan is van de Raad van Bestuur (Schraven, 2014). Maar deze richtlijnen in de Zorgbrede Governancecode zijn niet wettelijk vastgesteld. Het enige dat wettelijk (in Wet

‘medebepalende rol’ van het Stafbestuur in de besturing van het ziekenhuis (die is opgenomen in het Medisch Beleidsplan waarin ook wordt gesproken van ‘nevenschikking’). Deze formele medebepalende positie verwijst naar een positie van medebewind in het bestuur van het ziekenhuis.

8.1.2 Besturingspraktijk “gouden koppels”¹³

De tweehoofdige besturing van de eenheid door de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering en hun gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn kenmerkend voor het duaal management in de besturing van de eenheden. De Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering werken samen als koppel in het management van de eenheid, omdat ze van elkaar afhankelijk zijn en formeel een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor de besturing van de eenheid. Ze voeren overleg over de besturing van de eenheid en ze nemen samen besluiten. Beleid en beslissingen worden voorbereid door de Medisch Manager en vooral de Manager Bedrijfsvoering. Om te komen tot besluiten voert de Medisch Manager (al dan niet samen met de Manager Bedrijfsvoering) overleg met de medisch specialisten in de vakgroep/maatschap. De Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager leggen daarnaast verantwoording af aan de Raad van Bestuur over het functioneren van de eenheid. Het management van de eenheid gaat gedurende de jaarcyclus samen in gesprek met de Raad van Bestuur over het functioneren van de eenheid (dit werd duidelijk zichtbaar in casus B, h. 5). De Manager Bedrijfsvoering heeft door zijn fulltime aanstelling hiervoor meer tijd beschikbaar dan de Medisch Manager (die parttime in deze functie werkzaam is).

In dit onderzoek komt naar voren dat de Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering formeel gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het totale functioneren van de eenheid (zie paragraaf 8.1.1) en gezamenlijk ook worden aangesproken op deze verantwoordelijkheid. Maar de feitelijke verdeling van verantwoordelijkheden is in de besturingspraktijk minder gelijkwaardig. De Manager Bedrijfsvoering is afhankelijk van de Medisch Manager (en zijn achterban) en moet terughoudend omgaan met zijn positiemacht, terwijl de Medisch Manager relatief veel zeggenschap heeft ten opzichte van de Manager Bedrijfsvoering. De Manager Bedrijfsvoering loopt spreekwoordelijk voortdurend op zijn tenen en de Medisch Manager niet. De machtsverhouding tussen beide actoren is scheef. Wanneer Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers erin slagen het aanwezige rolconflict te hanteren en te komen tot onderlinge afstemming, kan er worden gesproken van evenwichtige “gouden koppels” (casus h. 5).

8.1.2.1 Medisch Manager is geen manager

De benaming van de ‘Medisch Manager’ doet vermoeden dat hij een manager is, namelijk iemand die vanuit zijn positie in de hiërarchie besluiten neemt op tactisch niveau en

toelating zorginstellingen, ook wel WTZi) is vastgelegd, is dat het ziekenhuis jaarlijks verantwoording moet afleggen over het bestuur naast de bedrijfsvoering, personeel en productie.

¹³ In casus B (h. 5) werd gesproken over evenwichtige “gouden koppels”. Deze term werd geïntroduceerd door een externe adviseur. In dit proefschrift wordt de term (gouden) koppel gebruikt om het duo Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering aan te duiden.

medewerkers in een eenheid aanstuurt.¹⁴ Hoewel de Medisch Manager formeel de functietitel van manager draagt, blijkt uit dit onderzoek dat de Medisch Manager eigenlijk geen manager is. De Medisch Manager draagt de naam manager en krijgt een financiële compensatie van het ziekenhuis voor zijn werkzaamheden als Medisch Manager en de tijd die hij niet kan werken als medisch specialist. Maar hij heeft geen hiërarchische positie in de organisatie (in tegenstelling tot de Manager Bedrijfsvoering, verpleegkundigen en overige medewerkers in het ziekenhuis). De Medisch Manager is een gelijke onder collega specialisten en heeft daarmee een gelijkwaardige positie ten opzichte van zijn achterban. De Medisch Manager is ‘primus inter pares’: een vooruitgeschoven positie in een groep van gelijken in de vakgroep/maatschap. Formele hiërarchische onder- en bovenschikking komen in deze constellatie van gelijken in principe niet voor. Daarbij komt dat de Medisch Manager niet is opgeleid als manager en bovendien beperkte tijd beschikbaar heeft voor de besturing van de eenheid (namelijk een paar dagdelen per week). De Medisch Manager is weliswaar mede verantwoordelijk voor de besturing van de eenheid, maar de functienaam manager sluit niet aan bij de positie van de Medisch Manager in de organisatie.¹⁵

8.1.2.2 *Medisch Manager als boundary spanner*

Wanneer er in dit onderzoek wordt gekeken naar de rol van de Medisch Manager, dan kan worden gesteld dat hij op de eerste plaats de belangen van de achterban (namelijk vakgroep/maatschap) vertegenwoordigt. De Medisch Manager is door zijn achterban hiertoe gemandateerd. De Medisch Manager laat als ‘mandataris’ voortdurend de wensen van medisch specialisten in de vakgroep/maatschap (achterban) horen. Omdat de Medisch Manager een achterban heeft en die achterban vertegenwoordigt, kan hij worden gezien als tegenspeler van de Manager Bedrijfsvoering.

De Medisch Manager hebben in de besturing van het ziekenhuis te maken met een aantal problemen. Zo ervaren zij ten opzichte van de Managers Bedrijfsvoering een gebrek aan tijd (fulltime versus parttime) en een informatieachterstand om de positie van Medisch Manager vorm te geven. Daarbij komt dat de Medisch Managers primair zijn opgeleid als medicus en niet als Medisch Manager. Daarnaast zijn Medisch Managers een vooruitgeschoven positie van de vakgroep/maatschap maar hebben zij te maken met een beperkt mandaat van de achterban om haar belangen te vertegenwoordigen. De positie Medisch Manager wordt door specialisten in vakgroepen/maatschappen niet altijd serieus genomen. Vanuit de vakgroepen/maatschappen wordt regelmatig iemand als Medisch Manager naar voren geschoven omdat het zijn beurt is om tijdelijk deze positie te bekleden. Een

¹⁴ Afgeleid van Burns en Becker (in Shortell & Kaluzny, 1988). Zij typeren de taken van een manager en de manier waarop hij deze taken verwezenlijkt, als volgt: “what they do: routine decision making, tactical decisions, uncertainty reduction, problemistic search, goal achieving, retrospective, reactive, exchange with employees, work within the organization’s culture. How they do it: designated, structural, rules and regulations, hierarchic, control and influence people” (Shortell & Kaluzny, 1988, p. 145).

¹⁵ Een mogelijke verklaring dat de Medisch Manager zo genoemd wordt, is dat de status van de positie ‘manager’ maakt dat de honorering van de positie als legitiem wordt ervaren in de organisatie evenals het uitoefenen van deze functie binnen het ziekenhuis.

dergelijke Medisch Manager functioneert dan meer als doorgeefluik tussen de vakgroep/maatschap en de Manager Bedrijfsvoering dan een gemandateerd vertegenwoordiger.¹⁶ In één van de ziekenhuizen werden tot voor kort sommige vacatures van Medisch Managers niet allemaal ingevuld (casus D, h. 7), maar werd structureel door leden van vakgroepen/maatschappen rechtstreeks zaken gedaan met de directie en de Raad van Bestuur. In dit onderzoek wordt ook zichtbaar dat er Medisch Managers zijn die wel de steun van hun achterban genieten en speelruimte krijgen om de belangen van de vakgroep/maatschap te vertegenwoordigen. Daarmee varieert de rol van Medisch Manager ten opzichte van de achterban tussen doorgeefluik van informatie en gemandateerd vertegenwoordiger.

Om de belangen van de achterban te vertegenwoordigen, onderhandelt de Medisch Manager met de Manager Bedrijfsvoering en werkt met hem samen. Hoewel de Medisch Manager gericht is op de belangen van de vakgroep/maatschap die hij vertegenwoordigt, houdt hij zich ook bezig met de besturing van de eenheid. De Medisch Manager heeft daarmee een dubbele loyaliteit (Ritzer & Trice, 1969). Hij is partij én partner van de Manager Bedrijfsvoering (Mastenbroek, 1996). In zijn rol als Medisch Manager moet de Medisch Manager voortdurend schakelen tussen deze twee rollen rekening houdend met de grenzen die door achterban gesteld worden aan zijn mandaat. Het is ingewikkeld om te schakelen tussen de twee rollen. Ze zorgen voor rolconflict (Merton, 1957).

Doordat de Medisch Manager zowel een vertegenwoordiger is van de specialisten in de vakgroep/maatschap als partner van de Manager Bedrijfsvoering, bevindt hij zich op de grens van de medische zuil en staat hij in verbinding met de management zuil (De Bruijn, 2001). Daardoor is de Medisch Manager in staat om een verbindende rol te vervullen. In dit onderzoek komt naar voren dat de Medisch Manager (net zoals de Manager Bedrijfsvoering) in staat is een brug te slaan tussen de management zuil en de medische zuil vanuit zijn vooruitgeschoven positie in de medische staf en de directe werkrelatie met zijn partner en tevens tegenspeler Manager Bedrijfsvoering. De rol van de Medisch Manager kan worden gezien als een “*boundary spanner*” (De Bruijn, 2002; Long e.a., 2013). Een boundary spanner is “*een actor die op de grens van een [zuil] is positioneerd en zo de interactie tussen beide [zuilen] kan vorm geven*” (De Bruijn, 2001, p. 118 in De Bruijn, 2002).¹⁷

8.1.2.3 Tweeslachtigheid rol Manager Bedrijfsvoering

De rol van de Manager Bedrijfsvoering wordt gekenmerkt door tweeslachtigheid. Deze tweeslachtigheid is het gevolg van de creatie van de positie van Medisch Manager. De Manager Bedrijfsvoering is enerzijds een hiërarchische figuur met managementtaken binnen de eenheid en een verantwoordingstaak richting de Raad van Bestuur. Hij moet samen met de Medisch Manager verantwoording afleggen bij de Raad van Bestuur en

¹⁶ Aldrich en Herker (1977) verwijzen in deze context naar “*informational boundary spanning*” en “*representational spanning roles*” van “*boundary spanners*” (p. 218).

¹⁷ Volgens Aldrich en Herker (1977) hebben boundary spanners grofweg twee taken: het doorgeven van informatie en het vertegenwoordigen van de belangen van de achterban. Deze typering bevat slecht een deel van het palet van taken van de Medisch Manager zoals die in het onderzoek naar voren zijn gekomen. Vooral de verbindende kracht en het politieke karakter in de onderzochte ziekenhuizen ontbreekt in de definitie van Aldrich en Herker (1977).

is werkzaam als leidinggevende van medewerkers binnen de eenheid (of meerdere eenheden). Anderzijds is de Manager Bedrijfsvoering afhankelijk van de Medisch Manager voor de besturing van de eenheid. Dit maakt dat hij naast manager ook partner is van de Medisch Manager. Door deze dubbelrol zit de Manager Bedrijfsvoering in een knelpositie tussen een verticale en horizontale bestuurlijke as: ‘verticaal’ ten opzichte van de Raad van Bestuur en ‘horizontaal’ als partner en tegenspeler van de Medisch Manager. De Manager Bedrijfsvoering dient recht te doen aan de belangen van het ziekenhuis (tegenover de Raad van Bestuur) en aan die van de Medisch Manager en zijn achterban. In de onderzochte ziekenhuizen worden de verantwoordelijkheden en bevoegdheden in toenemende mate verschoven in de richting van het management van de eenheid (zie paragraaf 8.2). De ruimte die het management van de eenheid en daarmee ook de Manager Bedrijfsvoering krijgt van de Raad van Bestuur om zelfstandig de eenheid(en) te besturen, is echter niet vanzelfsprekend. De Raad van Bestuur oefent vanuit haar hiërarchisch bovengeschikte positie controle uit op het management van de eenheid en in het bijzonder de Manager Bedrijfsvoering als ‘ondergeschikte’ in de verticale gezagslijn. Het bestuur intervenueert bovendien op het moment dat zij van mening is dat de met het management van de eenheden gemaakte afspraken over het functioneren (van het management) van de eenheid onvoldoende worden nagekomen (zie ook paragraaf 8.2 voor uitgebreide bespreking van decentralisatie).

De Managers Bedrijfsvoering beschikken over positiemacht, maar gaan hier terughoudend mee om. Ze zijn voorzichtig met het gebruiken van positiemacht, omdat zij afhankelijk zijn van de Medisch Managers en hun achterban die beschikken over deskundigheidsmacht en collectieve macht. De Bruijn en Ten Heuvelhof (2011) spreken in deze context over een *“machtsparadox”* (p. 122). In dit onderzoek wordt duidelijk dat wanneer de Manager Bedrijfsvoering te weinig terughoudend omgaat met zijn positiemacht, dit resulteert in conflict of zelfs ontslag van de Manager Bedrijfsvoering. De Manager Bedrijfsvoering kan zich formeel in het contact met de Medisch Manager wel beroepen op zijn positiemacht, maar in het onderzoek wordt duidelijk dat dit nauwelijks voorkomt. De Manager Bedrijfsvoering is afhankelijk van de Medisch Manager (en zijn achterban) voor de besturing van de eenheid. Een kleine uitglijder waarbij een Manager Bedrijfsvoering zijn hand overspeelt, kan al voldoende zijn voor een verstoorde relatie tussen Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager (zie paragraaf 8.4 voor bespreking vertrouwen). De Manager Bedrijfsvoering loopt daarnaast het risico dat hij gepasseerd wordt door de Medisch Manager of individuele medisch specialisten in de vakgroep/maatschap die rechtstreeks contact opnemen met de Raad van Bestuur. Medici gebruiken de mogelijkheid om te communiceren via andere routes dan via het management van de eenheid. Het bestaan van deze alternatieve routes onderschrijft de beperkte positiemacht van de Manager Bedrijfsvoering en – in voorkomende gevallen – van de Medisch Manager. Naarmate de Raad van Bestuur meer openstaat voor het gebruik van alternatieve routes verkleint de positiemacht.

8.1.2.4 Manager Bedrijfsvoering als libero

Hoewel in de positie Manager Bedrijfsvoering verschillende organisatielijnen bij elkaar komen en dit mogelijkheden biedt voor het coördineren van onderdelen (waaronder zuil management en medici) in de organisatie, wordt het combineren van de verschillende rollen die bij de positie horen als een moeilijke opgave ervaren. Het tweeslachtige karakter van de rol van Manager Bedrijfsvoering maakt deze positie tot een complexe constructie. Het tegemoet komen aan de verwachtingen van zowel de Raad van Bestuur als de medici in de eenheid en het verplegend personeel is een lastige opgave. De complexiteit wordt verder vergroot wanneer de Manager Bedrijfsvoering deel uitmaakt van het management van verschillende eenheden. In dat geval kan de Manager Bedrijfsvoering als lid van het management van diverse eenheden namelijk te maken krijgen met verschillende en strijdige belangen van de verschillende eenheden. Wanneer de Manager Bedrijfsvoering daarbij ook nog rekening dient te houden met de belangen van het Management Team (zoals dit het geval is in casus A, h. 4 waar de drie Managers Bedrijfsvoering deel uitmaken van het Management Team) of andere eenheid overstijgende verantwoordelijkheden, neemt de complexiteit nog meer toe. In dergelijke gevallen wordt het aanwezige rolconflict¹⁸ vergroot, waardoor het moeilijker wordt om het evenwicht tussen de verschillende rollen te bewaren. Wanneer de perceptie ontstaat dat de Manager Bedrijfsvoering buiten proportioneel recht doet aan de belangen van één partij (of juist de belangen van één partij veronachtzaamt), zorgt dit voor conflict. Het bij elkaar brengen van de verschillende rollen die bij de complexe positie horen, doet een beroep op de persoonlijke kwaliteiten (competenties) van de Managers Bedrijfsvoering.

In de ziekenhuizen blijkt dat het nagenoeg onmogelijk is om de activiteiten van een Manager Bedrijfsvoering – die zowel een hiërarchische figuur als een partner van de Medisch Manager is – af te bakenen in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, in het bijzonder waar het de vormgeving van de collegiale samenwerking met de Medisch Manager betreft (zie ook paragraaf 8.3.1.1 voor gedetailleerde bespreking afbakening posities management eenheden en bestuur ziekenhuis). De verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de samenwerking met de Medisch Manager zijn in de onderzochte ziekenhuizen dan ook nauwelijks verder afgebakend dan het benoemen van de gezamenlijke verantwoordelijkheid en op hoofdlijnen de resultaatgebieden (zie paragraaf 8.3.1.1). Binnen die gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben de Managers Bedrijfsvoering een vrije rol. De vrije rol valt te typeren als een “libero”, namelijk “een rol in de vrije ruimte die niet is gedefinieerd zoals in het geval van beroepen in het beroepen domein en functies in de bureaucratische organisatie” (Scholten & Jacques, 2007, p. 164). Kenmerkend voor de Manager Bedrijfsvoering die kan worden gezien als een libero is dat hij “als ‘vrij man’ [niet] kan terugvallen op machtsmiddelen” (Scholten & Jacques, 2007). De Managers Bedrijfsvoering in dit onderzoek hebben formeel verantwoordelijkheden en bevoegdheden die horen bij hun functie, maar kunnen deze alleen terughoudend gebruiken. Een libero

¹⁸ Rolconflict verwijst naar het intern conflict dat ontstaat als één persoon, twee of meer rollen moet vervullen met tegenstrijdige verwachtingen (Merton, 1957, Katz & Kahn, 1978) Rol conflict verwijst naar “concurrent appearance of two or more incompatible expectations for the behavior of a person” (Biddle, 1986, p. 82).

is op zijn best als hij manoeuvreerruimte heeft (Scholten & Jacques, 2007). Managers Bedrijfsvoering hebben regelruimte (ook wel “*vrijheidsgraden*” (Scholten & Jacques, 2007) of “*scharrelruimte*” (Moen & Ansems, 2004)) nodig in de besturing van het ziekenhuis om de verticale en horizontale bestuurlijke lijnen (van management en medici) bij elkaar te kunnen brengen. Een Manager Bedrijfsvoering moet in staat zijn om verschillende rollen te combineren en daarmee het politieke karakter van de positie te hanteren.

Het combineren van verschillende rollen door de Manager Bedrijfsvoering die (net zoals de afspraken over onderlinge afstemming tussen Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager) nauwelijks zijn afgebakend, wordt in de ziekenhuizen als complex ervaren. Doordat Managers Bedrijfsvoering te maken hebben met twee (of meer) partijen, namelijk achterban en tegenspeler, lopen zij figuurlijk op eieren. Iedere kleine misstap kan namelijk leiden tot een afname van vertrouwen in de Manager Bedrijfsvoering – bijvoorbeeld van medici. Managers Bedrijfsvoering functioneren zeer behoedzaam en gaan terughoudend om met positiemacht. In het onderzoek wordt duidelijk dat de positie van de Manager Bedrijfsvoering kwetsbaar is. Het is karakteristiek voor de duale besturingsconstructie dat het combineren van rollen ingewikkeld is en de Managers Bedrijfsvoering figuurlijk op hun tenen lopen.

8.1.3 Besturingspraktijk duo Stafbestuur en Raad van Bestuur

8.1.3.1 *Stafbestuur als boundary spanner*

Het Stafbestuur is door de medische staf gemandateerd om de belangen van de medische staf (hun achterban) te behartigen. Veelal heeft deze mandatering de vorm van verkiezing of goedkeuring door de leden van de Vereniging Medische Staf van het ziekenhuis (in de Algemene Leden Vergadering). Tegelijkertijd kijkt het Stafbestuur naar het ziekenhuisbrede belang. Het Stafbestuur overlegt en onderhandelt met de Raad van Bestuur met het oog op de belangenvertegenwoordiging van de medische staf en haar ziekenhuisbrede bestuurlijke verantwoordelijkheid. Doordat het Stafbestuur betrokken is in de besturing van het ziekenhuis als geheel en bij de vertegenwoordiging van de belangen van de achterban, heeft ze een dubbele loyaliteit (Ritzer & Trice, 1969). Zij is partij en partner van de Raad van Bestuur (Mastenbroek, 1996). Zij is in staat om een verbindende rol te vervullen doordat zij zich op de grens van de medische zuil bevindt en in verbinding staat met de management zuil (De Bruijn, 2001). Net zoals de Medisch Manager is het Stafbestuur dus een boundary spanner (De Bruijn, 2001).

Dat het Stafbestuur formeel gemandateerd is door de medische staf, betekent niet noodzakelijkerwijs dat zij feitelijk ook het mandaat heeft van de achterban. Het Stafbestuur loopt voortdurend het risico dat ze wordt gepasseerd door individuele specialisten en vakgroepen/maatschappen. Het vertegenwoordigen van de medische staf is op zichzelf een complexe opgave vanwege de diffuse samenstelling van deze achterban die bestaat uit een diversiteit aan medisch specialisten die op hun beurt vaak weer deel uitmaken van vakgroepen/maatschappen met verschillende belangen. Daarbij komt nog dat bij de benoeming van leden van het Stafbestuur ook het specialisme waarvan zij zelf deel

uitmaken een rol speelt. In aanvulling op het vertegenwoordigen van de medische staf in het algemeen, hebben zij een loyaliteit ten aanzien van hun eigen specialisme aangezien door directe collega's vaak verwacht wordt dat de belangen van hun eigen specialisme in het bijzonder behartigd worden. De zo ontstane complexiteit wordt vervolgens nog vergroot door de medeverantwoordelijkheid van het Stafbestuur voor de besturing van het ziekenhuis als geheel.

De complexe positie van de leden van het Stafbestuur en de verschillende bijbehorende rollen oefenen zij uit in een parttime aanstelling en veelal zonder managementopleiding of met een beperkte managementopleiding. De leden van het Stafbestuur zijn primair opgeleid als medicus en niet als bestuurders (vaak in tegenstelling tot de leden van de Raad van Bestuur). Als gevolg van het gebrek aan tijd en de opleidingsachterstand op het gebied van besturen, ontstaat er een kloof tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur en het vermogen en de ruimte die zij hebben om het ziekenhuis te besturen. Deze kloof wordt versterkt door het verschil in toegang tot stuurinformatie.

8.1.3.2 Rol Stafbestuur beweegt in richting medebestuurder

Formeel draagt de Raad van Bestuur de eindverantwoordelijkheid voor het functioneren van het ziekenhuis en is daarmee de 'baas' in het ziekenhuis. Het bestuur kan formeel gezien (bij conflict met de Vereniging Medische Staf of het Stafbestuur) autonoom beslissingen nemen voor het ziekenhuis.¹⁹ De Raad van Bestuur is daarmee formeel een bovengeschiede van managers, verpleegkundigen, medewerkers én medici waaronder het Stafbestuur. Hoewel de Raad van Bestuur formeel deze – wettelijk bepaalde – positie heeft, laat de besturingspraktijk een andere rol zien. In het verleden van de onderzochte ziekenhuizen werd zichtbaar dat een conflict tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur kan leiden tot het opstappen van leden van de Raad van Bestuur en het stilvallen van besluitvorming. In de praktijk acht de Raad van Bestuur het dan ook vaak effectiever om niet autonoom maar in samenspraak de medische staf en in het bijzonder het Stafbestuur beslissingen te nemen. Om de eindverantwoordelijkheid waar te kunnen maken, werkt de Raad van Bestuur samen met het Stafbestuur en onderhandelt hiermee. Zij gaat daarbij prudent om met positiemacht. De Raad van Bestuur is daarmee net zoals het Stafbestuur zowel partner als partij.²⁰

In de onderzochte ziekenhuizen wordt zichtbaar dat de Raad van Bestuur het Stafbestuur laat participeren in de besturing van het ziekenhuis. Door het delen van macht van de Raad van Bestuur met het Stafbestuur, heeft het Stafbestuur een andere rol dan kan worden verwacht op basis van de formele (medezeggenschap)positie. Het Stafbestuur heeft formeel een adviserende taak richting de Raad van Bestuur, maar in het onderzoek wordt zichtbaar dat het Stafbestuur zeggenschap (en macht) heeft in de besturing van het ziekenhuis zonder dat zij de eindverantwoordelijkheid draagt. Het Stafbestuur wil

¹⁹ De Vereniging Medische Staf of het Stafbestuur als vertegenwoordiger van de leden van de Vereniging Medische Staf kunnen deze beslissingen vervolgens formeel gezien alleen aanvechten via het Scheidsgerecht.

²⁰ Bron: Mastenbroek (1996).

gekend worden in de besturing van het ziekenhuis (door de Raad van Bestuur). Afgaande op de machtsverhoudingen en de afhankelijkheden tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur in de onderzochte ziekenhuizen, is het Stafbestuur gelijkwaardig aan de Raad van Bestuur in de besturing van het ziekenhuis, maar niet gelijk. Het Stafbestuur heeft zeggenschap in de besturing van het ziekenhuis maar is niet medeverantwoordelijk voor de besturing, noch voor de uitvoering van de genomen beslissingen. De rol van het Stafbestuur in de ziekenhuizen beweegt in de richting van medebestuurder: het is meer dan een adviesrol maar geen volwaardige co-bestuurdersrol vanwege het ontbreken van (mede)verantwoordelijkheid voor het functioneren van de organisatie.²¹

8.1.4 “Pragmatic collaboration”²² tussen management en medici

De keuze voor een duale besturingsconstructie in het bestuur en het management van de organisatie, komt vanuit de ziekenhuizen zelf. In de besturing van het ziekenhuis hebben actoren zelf een manier van besturen en besturingsstructuur ontwikkeld waarin medisch professionals betrokken zijn in de besturing van het ziekenhuis. Management en medici kiezen ervoor om samen op te trekken in de besturing van het ziekenhuis omdat ze geen andere manier zien om hun eigen doelen te verwezenlijken (Reay & Hinings, 2009). Omdat management en medici van elkaar afhankelijk zijn en zij daartoe genoodzaakt zijn om met elkaar samen te werken, gaat het management in de onderzochte ziekenhuizen terughoudend om met positie-macht (zie 8.1.1). Doet het management dit niet, dan kan dit uitmonden in conflict (of zelfs ontslag). De machtsparadox waar de Raad van Bestuur en de Managers Bedrijfsvoering in het ziekenhuis mee te maken hebben, is de consequentie van de aanwezige dualiteit. Het delen van positie-macht van het management met medici in de besturing van het ziekenhuis is de motor achter de duale besturingsconstructie (zie ook paragraaf 9.1.3).

Dat het management macht deelt met medici, terwijl dit formeel (en ook wettelijk) anders is bepaald, duidt op het pragmatische karakter van de samenwerking. Wanneer de machtstoekenning aan de ander niet meer zou passen in het eigen belang, dan zal de pragmatiek tot een andere keuze leiden (Ramondt & Scholten, 1985). Als bijvoorbeeld de afhankelijkheid afneemt, is het waarschijnlijk dat de machtstoekenning aan de ander zal afnemen. Gezien de structurele aard van de samenwerking tussen management en medici in deze twee onderdelen van de organisatie, kan het delen van macht van management met medici worden gezien als een structurele ingreep om beter te besturen. Er is sprake van een structurele pragmatische samenwerking (ook wel “*pragmatic collaboration*” volgens

²¹ Er is sprake van variatie tussen de ziekenhuizen in de rol die het Stafbestuur aanneemt ten opzichte van de Raad van Bestuur en de wijze waarop zij samenwerken als duo. In casus B en D (h. 5 en 7) beweegt de rol van het Stafbestuur zich in de richting van een medebestuurder. In casus C (h. 6) zijn de Raad van Bestuur en het Stafbestuur meer gelijkwaardig aan elkaar in de besturing van het ziekenhuis dan in casus B en D. Het Stafbestuur beweegt hier dan ook nog meer in de richting van medebestuurder die intensief optrekt met de Raad van Bestuur. Hoewel in casus A (h. 4) formeel gekozen is voor een nevenshikte positie van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur, ligt het accent in de werkzaamheden van het Stafbestuur (ten tijde van het onderzoek) op het adviseren van Raad van Bestuur over beleidsvorming en besluitvorming in het ziekenhuis (en daarmee een adviesrol).

²² Bron: Reay en Hinings (2009).

Reay en Hinings (2009)) tussen de dokter en het ziekenhuis.²³ Het kenmerkende van deze samenwerking is de acceptatie van wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen.

De pragmatische samenwerking waarin management en medici als gelijkwaardige partijen bijdragen aan de besturing van het ziekenhuis, staat haaks op bestaande organisatiekundige conventies (én ook beleidsmatige conventies: zie hoofdstuk 9). In de organisatiekundige literatuur domineert het functionalistische paradigma (Tsoukas & Knudsen, 2003). Binnen dit paradigma wordt aangenomen dat een organisatie goed functioneert wanneer er sprake is van een zekere mate van beheersing door een bureaucratische manier van besturen (Tsoukas & Knudsen, 2003). Organisaties worden binnen dit paradigma gezien als verbanden waarbij een hiërarchische machtsstructuur zorgt voor een bestuurbare organisatie. De hiërarchische machtsstructuur verwijst naar een monolithische besturingsstructuur met één bestuurscentrum (namelijk de Raad van Bestuur) en één hiërarchisch besturingssysteem (Mintzberg, 2006). Dit zou betekenen dat geleidingen – waaronder medici – in ziekenhuizen worden ondergebracht in één bestuurlijke zuil, namelijk de management zuil. Zij zouden daarmee hiërarchisch onder de Raad van Bestuur vallen.²⁴ De duale besturingsconstructie verkeert op gespannen voet met de dominante bureaucratische en monolithische opvattingen over besturen binnen de organisatiekundige literatuur. In de onderzochte ziekenhuizen wordt juist gekozen voor een duale besturingsconstructie waarbij meerdere partijen een rol spelen in de besturing van het ziekenhuis (en waarbij niet hiërarchie maar de transactie tussen partijen het dominante besturingsprincipe is (zie paragraaf 9.1)). De duale besturingsconstructie past wel binnen een recente stroming van literatuur waarbij de bureaucratische en monolithische structuur wordt afgezet (en ingeruild) voor alternatieve manieren van besturen. Nieuwe typen organisaties en daarmee besturingsmechanismen hebben zich ontwikkeld waardoor het spectrum is verruimd van orthodoxe en bureaucratische organisatievormen naar hybride, postmoderne en netwerk organisaties (Dieffenbach & Sillince, 2011).

8.2 DECENTRALE BESTURINGSCONSTRUCTIE

Met de keuze voor een duale besturingsstructuur worden medici formeel betrokken in het bestuur van het ziekenhuis en het management van de eenheden. Doordat medici een positie hebben in de besturing van het ziekenhuis komen de besturingsprincipes van

²³ Het Engelstalige concept 'collaboration' verwijst in dit onderzoek naar de situatie waar twee of meer mensen samenwerken om iets te creëren of verwezenlijken (afgeleid definitie Cambridge dictionary online). Het accent ligt hierbij op de aanwezigheid van interactie tussen actoren en niet op de inhoudelijke invulling hiervan. Volgens Mastenbroek (1996) kan de inhoud van deze interactie variëren tussen vechten, onderhandelen en samenwerken. Hoewel het begrip samenwerking in de Nederlandse taal een positieve associatie oproept over de uitkomst van de interactie, wordt er in dit verslag voor gekozen voor het begrip samenwerking omdat dit het meest dichtbij het Engelse concept 'collaboration' ligt.

²⁴ Een hiërarchie kan worden gezien als een onderdeel van het concept 'bureaucratie' (waar ook formele regels onderdeel van zijn). In de context van het ziekenhuis spreekt Mintzberg (2006) ook wel over een professionele bureaucratie. De professionele bureaucratie is een afgeleide van het concept bureaucratie zoals Weber (1921) dat introduceerde.

medici, die werkzaam zijn in het primaire proces, automatisch meer centraal te staan in het ziekenhuis. Door het delen van macht met medici door het management en de versterking van medici wordt het paradigma en de manier van organiseren van medici meer leidend. Het ligt vervolgens voor de hand om taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de besturing van het ziekenhuis te verplaatsen van het centrum (namelijk de Raad van Bestuur) in de richting van het primaire proces. In de ziekenhuizen is gekozen om taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden te beleggen bij het management van de eenheden, het management van de stafdiensten en werkgroepen en commissies.²⁵ In de ziekenhuizen wordt deze verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden aangeduid als “*decentralisatie*”. In dit onderzoek verwijst decentralisatie naar de verschuiving van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vanuit de Raad van Bestuur naar andere geledingen die dicht bij het primaire proces staan.²⁶ Deze verschuiving van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden wordt in de onderzochte ziekenhuizen zichtbaar in de introductie van een (Resultaat Verantwoordelijke) Eenhedenstructuur en het terugbrengen van het aantal managementlagen.

In deze paragraaf wordt ingegaan op de verdeling van taken tussen het bestuur en het management van de eenheden en de stafdiensten en hoe hiermee wordt omgegaan. Daarnaast wordt ingegaan op de decentralisatie van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar werkgroepen en commissies. In figuur 8.3 wordt een overzicht gegeven van de in dit onderzoek voorkomende vormen van decentraliseren die in deze paragraaf worden uitgewerkt.

8.2.1 Verticale decentralisatie²⁷ naar management eenheden

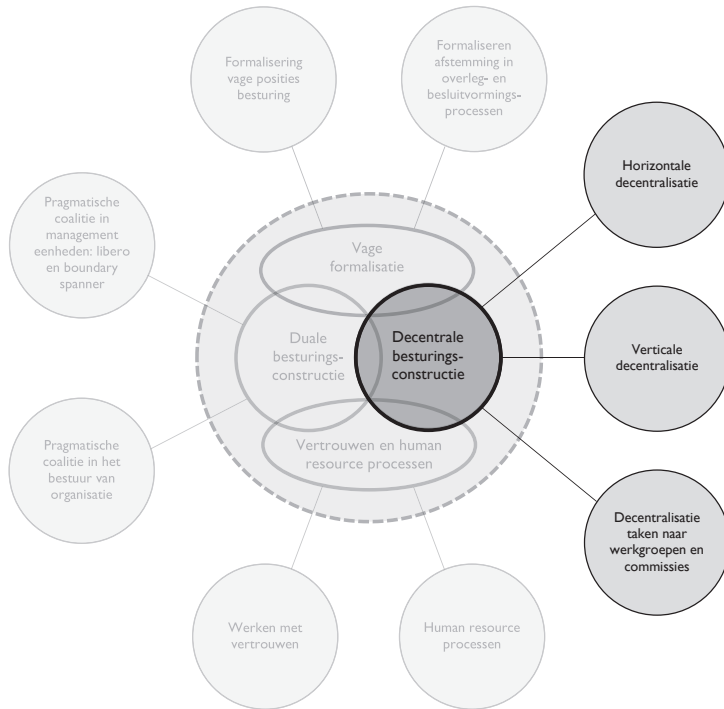
In alle vier de ziekenhuizen worden in toenemende mate taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden toegekend aan het management van de eenheden dat bestaat uit de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager. Deze ontwikkeling impliceert een verschuiving in de besturing van het ziekenhuis van centraal naar actoren dicht bij het primaire proces. Deze decentralisatie staat in contrast met de centralisatie van de (eind) verantwoordelijkheid voor de besturing van het ziekenhuis (richting de Raad van Bestuur) waar sinds de invoering van budgetteringssystematiek (1983) op wordt gestuurd door de overheid (en in het verlengde daarvan ook brancheorganisaties, verzekeraars en adviseurs)

²⁵ In de ziekenhuizen worden verantwoordelijkheden en bevoegdheden niet alleen ‘gedelegeerd’ naar het management van de eenheden, het management van de stafdiensten en werkgroepen en commissies, maar ook naar externe consultants (zie bijlage V). Zowel door bestuurders, managers als medici.

²⁶ In de literatuur wordt het concept decentralisatie veelal gebruikt voor de delegatie van beslissingsbevoegdheid naar lagere onderdelen van de verticale gezagslijn (Mintzberg, 2006). Mintzberg (2006) typeert deze delegatie van formele macht in verticale gezagslijn als “verticale decentralisatie” en de delegatie van beslissingsbevoegdheid naar mensen buiten de lijnstructuur als “horizontale decentralisatie” (Mintzberg, 2006). Decentralisatie is een management term die past binnen de verticaal en dus hiërarchisch georganiseerde managementzuil in het ziekenhuis. Medici werken echter niet met het principe van decentralisatie maar met het besturingsprincipe mandatering. In dit verslag wordt daarom een ruime definitie van de term decentralisatie gebruikt, namelijk: het wegtrekken van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Raad van Bestuur en verschuiven in de richting van partijen in een netwerkorganisatie die dicht bij het primaire proces staan. In dit onderzoeksverslag zal de term decentralisatie dus niet worden gebruikt als de verschuiving van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de hiërarchisch georganiseerde gezagslijn.

²⁷ Bron: Mintzberg (2006).

Figuur 8.3 Decentraliseren in besturingsarrangement



(zie ook hoofdstuk 1 en 9). De verhouding tussen het bestuur van de organisatie en het management in de eenheden wordt in de ziekenhuizen opnieuw vormgegeven.

8.2.1.1 Decentraliseren door introductie Eenhedenstructuur

De verschuiving van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de verticale gezagsstructuur in de richting van het management neemt in de ziekenhuizen de vorm aan van een 'Eenhedenstructuur'. De eenheden in de ziekenhuizen zijn gegroepeerd rond een verzameling van medische en medisch ondersteunende activiteiten. De meeste eenheden zijn gebouwd op een specialisme met een eigen patiëntenstroom zoals Cardiologie, Interne Geneeskunde en Gynaecologie (Scholten e.a., 2011). Ook kunnen de zorgeenheden een multidisciplinair karakter hebben zoals Vrouw en Kind waarin Kindergeneeskunde, Gynaecologie en Obstetrie zijn ondergebracht (Scholten e.a., 2011). Daarnaast kan een onderscheid worden gemaakt tussen eenheden met medisch ondersteunende vakken zoals OK, Spoedeisende hulp en Radiologie en ondersteunende diensten zoals Financiën, Facilitaire zaken en Personeelszaken.

In de ziekenhuizen is gekozen voor een Eenhedenstructuur om de besturing van het ziekenhuis in goede banen te leiden.²⁸ Het management van de eenheden (zie gouden koppel paragraaf 8.1) dat is aangesteld voor het besturen van de eenheid is verantwoordelijk voor het functioneren van de eenheid, zowel op financieel en organisatorisch gebied, als op het gebied van patiëntenzorg en veiligheid. Voor welk ‘resultaat’ het management van de eenheden nog meer verantwoordelijk kan worden gemaakt, wordt in alle onderzochte ziekenhuizen onderzocht (dit wordt vooral expliciet zichtbaar in casus B en C, h. 5 en 6 in de doorontwikkeling van Eenhedenstructuur). In het bijzonder wordt gekeken naar de mogelijkheden om het management van de eenheden verantwoordelijk te maken voor het volledige financiële resultaat (opbrengsten minus kosten) van de eenheden, zodat het management van de eenheden de eenheid meer als een zelfstandig bedrijf kan aansturen. Vanwege deze reden wordt in sommige van de onderzochte ziekenhuizen de term Resultaat Verantwoordelijke Eenhedenstructuur gebruikt voor de structuur die zij (op termijn) nastreven (vooral casus B en C, h. 5 en 6). De Resultaat Verantwoordelijke Eenheid is een afgeleide van het concept “*strategic business unit*” dat verwijst naar een eenheid die producten of diensten voor een specifiek domein levert (Johnson e.a., 2011). Johnson, Whittington en Scholes (2011) stellen dat het werken met een structuur van business units drie effecten heeft in een organisatie, namelijk: 1) het decentraliseren van initiatief naar kleinere eenheden in organisatie, 2) het aanmoedigen van verantwoordelijkheid in eenheden en 3) beter inspelen op behoeften en ontwikkelingen in de omgeving (Johnson e.a., 2011). Eenheden die verantwoordelijk zijn voor zowel de kosten als de opbrengsten kunnen worden aangeduid als “*profit centres*” (Finlay, 2000).

In alle onderzochte ziekenhuizen wordt dus gezocht naar hoe ‘resultaat’ gedefinieerd kan worden en voor welk ‘resultaat’ het management van de eenheden verantwoordelijk kan worden gemaakt. Uit de casuïstiek komt naar voren dat zowel bedrijfsmatige aspecten van de patiëntenzorg (organisatie-inrichting van de eenheid; opstellen financiële begroting en realisatie, monitoring en rapportage daarvan; toepassen van personeelsbeleid) als zorginhoudelijke aspecten (bepalen en bewaken kwaliteitskaders patiëntenzorg en veiligheid) behoren tot resultaatgebieden van het management van de eenheden. Ondanks pogingen om het management volledig verantwoordelijk te stellen voor bijvoorbeeld het financiële resultaat (zie experimenten financiële resultaat casus B (h. 5))²⁹ leidt de complexiteit van de besturing van het ziekenhuis ertoe dat het management van de eenheid niet volledig verantwoordelijk wordt gesteld voor het financiële resultaat. Het is moeilijk voor het management van de afzonderlijke eenheden om de exacte kosten en processen van de individuele eenheid te kennen, te kunnen sturen en zich erover te verantwoorden (omdat “*heldere kostprijzen [ontbreken]*” (casus B, h. 5). Bovendien staat de opdeling in eenheden soms het behalen van eenheidoverstijgende schaalvoordelen in de weg. De verantwoorde-

²⁸ De ziekenhuizen volgen daarin weliswaar een eigen ontwikkeltraject (van discussie over en het nog moeten invoeren van de structuur, tot vergevorderde doorontwikkeling van de Eenhedenstructuur in de richting van een Resultaat Verantwoordelijke Eenhedenstructuur), maar in alle ziekenhuizen is er een discussie over de precieze invulling van deze Eenhedenstructuur.

²⁹ De zoektocht naar het verantwoordelijk maken voor het financiële resultaat wordt in casus B (h. 5) zichtbaar in de experimenten met de verantwoordelijkheid voor (positieve of minder positieve) saldo in enkele eenheden.

lijkheid van het management van de eenheid voor het ‘resultaat’ van de eenheid blijft in de onderzochte ziekenhuizen dan ook beperkt. Het management van de eenheden wordt verantwoordelijk gemaakt voor de aansturing van de eenheid door de ontwikkeling van beleid binnen de door het ziekenhuis gestelde kaders en voor de invulling en uitvoering daarvan.

De ontwikkeling van de (Resultaat Verantwoordelijke) Eenhedenstructuur kan worden geïnterpreteerd als een nieuwe fase in de zoektocht naar oplossingen voor bestuurlijke problemen van ziekenhuizen. Het is een antwoord op bestuurlijke problemen – namelijk de afstemmingsproblemen, inefficiënte besluitvorming, eilandvorming en onevenwichtigheden in de span of control van leidinggevenden – waar ziekenhuizen mee kampen. De (Resultaat Verantwoordelijke) Eenhedenstructuur wordt in de ziekenhuizen gezien als een structuur die zou moeten leiden tot een vergrote *“bestuurbaarheid, slagvaardigheid en doelmatigheid”* (Rapportage Eenhedenstructuur, 2001, p. 20). Verticale decentralisatie door de introductie van een duale Eenhedenstructuur kan worden gezien als een poging om spanningen tussen het bestuur en het management van de eenheden te hanteren én als een manier om medici formeel medeverantwoordelijk te maken voor de besturing van de eenheid (zie ook bespreking duale besturingsconstructie paragraaf 8.1). Door de introductie van duaal management in het bestuur van de eenheden worden medici betrokken in de besturing van de eenheid. De duale decentralisatie komt tegemoet aan de wens van medici zelf om een rol spelen in de besturing van het ziekenhuis, zeker nu de verantwoordelijkheid en bevoegdheid in toenemende mate bij de (eigen) eenheid komt te liggen.

De bestuurlijke problemen in de organisatie en de keuze om verantwoordelijkheden en bevoegdheden te decentraliseren – in het bijzonder door de introductie van de (Resultaat Verantwoordelijke) Eenhedenstructuur – kunnen voor een deel ook worden gezien als een gevolg van ontwikkelingen in de omgeving van het ziekenhuis. Doordat het zorgsysteem anders is georganiseerd als gevolg van de introductie van marktwerking, worden andere aanspraken gedaan op zorg en daarmee ook op management en medici in de besturing van het ziekenhuis. In het nieuwe stelsel wordt meer ondernemerschap gevraagd van ziekenhuizen – en in het bijzonder van de Raad van Bestuur die eindverantwoordelijk is voor de besturing van het ziekenhuis – doordat zij moeten concurreren op volume, prijs en kwaliteit. Voor de stelselwijzigingen kregen ziekenhuizen jaarlijks voldoende budget om hun kosten te dekken. De destijds gecreëerde eenheden waren vooral *“cost centres”* die ieder jaar een budget kregen waarbinnen de kosten moesten blijven (Finlay, 2000). Ze hadden geen verantwoordelijkheid voor de opbrengsten en dus ook niet het resultaat. De introductie van marktwerking en de wijziging van financiële systematiek waarbij ziekenhuizen elk jaar onderhandelen met verzekeraars over volumes en prijs, vragen om ondernemerschap van ziekenhuizen. In alle vier de ziekenhuizen is daarom gedeeltelijk ook gekozen voor een decentrale Eenhedenstructuur, zodat de organisatie beter kan reageren op (markt)ontwikkelingen in de omgeving omdat deze structuur meer

flexibel zou zijn. De nadruk ligt daarbij op een verhoogd kostenbewustzijn en vervolgens op efficiëntieverbetering.³⁰

8.2.1.2 *Toename taken management eenheid door verdwijnen managementlagen*

De toename van het aantal taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het management van de eenheid wordt in de onderzochte ziekenhuizen ook in de hand gewerkt door het verdwijnen van een managementlaag. In de ziekenhuizen werd de “directielaag” of het “Management Team” weggehaald (met uitzondering van casus A, h. 4 waar de organisatie aan de vooravond staat om veranderingen aan te brengen in de besturingsstructuur en het aantal managementlagen). De reden die in de ziekenhuizen wordt gegeven voor het wegsnijden van deze laag, is dat door het platter maken van de organisatiestructuur, de organisatie beter en flexibeler te besturen is. Door het weghalen van de managementlaag tussen de Raad van Bestuur en het management van de eenheden is het aantal managementlagen teruggebracht naar drie, namelijk de Raad van Bestuur, het management van de eenheden en de Afdelingshoofden. De taken die wegvallen bij de directielaag of het Management Team komen grotendeels terecht bij het management van de eenheden. Uit de casuïstiek blijkt ook dat door het wegvallen van deze managementlaag, de Raad van Bestuur een groter aantal eenheden en daarmee ook managers dient aan te sturen. Daarbij blijken opnieuw vragen te ontstaan over de ‘span of control’ van de bestuurders. In de casuïstiek wordt zichtbaar dat een antwoord gezocht wordt op deze ‘span of control’ vragen door het vergroten van de verantwoordelijkheid en bevoegdheid, en dus van het takenpakket, van het management van de eenheden. Hiertoe wordt de overlegstructuur van het management verder ontwikkeld en versterkt en de Planning en Control cyclus verder aangescherpt. Daarbij komen vraagstukken over competentie en de mate waarin het management van eenheden vervolgens ‘eenheidoverstijgend’ denkt en handelt, aan de orde. Daar waar de Raad van Bestuur ontevreden is over het functioneren van het management van de eenheden of zelf invloed wil uitoefenen in de wijze waarop de eenheden worden aangestuurd, mengt zij zich vervolgens echter in de gedecentraliseerde besturing van de eenheden (zie ook paragraaf 8.2.1.4). Ook worden alternatieve vormen van coördinatie ontwikkeld in de ziekenhuizen (zie paragraaf 8.2.1.3). Het schrappen van een managementlaag in het ziekenhuis maakt zo deel uit van de zoektocht naar een passende verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de Raad van Bestuur en het management van de eenheden.

8.2.1.3 *Ontwikkeling alternatieve vormen van coördinatie*

De aanhoudende zoektocht naar een passende vormgeving van de werkrelatie tussen het bestuur en het management wordt in de casuïstiek niet alleen zichtbaar in de keuze voor een decentrale Eenhedenstructuur en het schrappen van een managementlaag, maar

³⁰ In het licht van kostenbewustzijn en efficiëntieverbetering werd in de ziekenhuizen werd tijdens het onderzoek gezocht naar mogelijkheden om te bezuinigen (zie bezuinigingstraject casus A, h. 4), de begroting stabiel te houden (zie nullijn casus C, h. 6) en het ziekenhuis financieel gezond te houden door kritisch te kijken naar de portefeuille van het ziekenhuis (zie casus D, h. 7). Hoewel diverse actoren – namelijk Raad van Bestuur, Stafbestuur, stafdiensten, management en medici – al dan niet via werkgroepen zich hiermee bezig hielden, is het uiteindelijk vooral het management van de eenheden die de gestelde kaders moeten opnemen in hun begroting en verwezenlijken.

ook in de ontwikkeling van nieuwe, ‘alternatieve’ managementlagen.³¹ De Raad van Bestuur, Managers Bedrijfsvoering, managers van de stafdiensten en Medisch Managers zoeken elkaar op om te komen tot nieuwe vormen van coördinatie in de ruimte die zij ervaren tussen het bestuur en het management. Zij komen bij elkaar om afstemming te organiseren tussen het bestuur en het management. Via nieuwe overlegorganen waarin de Raad van Bestuur en het management van de eenheden en de stafdiensten participeren, worden alternatieven voor de verdwenen managementlagen geïntroduceerd, zoals het “*semi-Management Team*” in casus B (h. 5).

Meer algemeen kan worden geobserveerd dat de frequentie van overleggen van Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers van verschillende eenheden toeneemt en dat ze een belangrijkere rol in de besluitvorming krijgen (casus B, C en D in h. 5, 6 en 7). Denk hierbij aan het verstevigen van het Management Overleg waar Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers bij elkaar komen in casus D (h. 7). De Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers trekken daarnaast in toenemende mate met elkaar op in de gesprekken met de Raad van Bestuur over het functioneren van de eenheid. Managers en medici kruipen bij elkaar om hun eigen positie te versterken en om het (toegenomen aantal) taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden te kunnen waarmaken.

Daarnaast bundelen management en medici ook gescheiden van elkaar hun krachten. Managers Bedrijfsvoering hebben door de decentralisatie van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden meer speelruimte gekregen, maar tegelijkertijd ook minder dekking van de organisatie (lees ook wel de Raad van Bestuur). De Raad van Bestuur verwacht een grotere mate van zelfstandigheid. Deze zelfstandigheid leidt ertoe dat de onderlinge afhankelijkheden en de afhankelijkheid van medici toenemen. In de onderzochte ziekenhuizen wordt er onder andere voor gekozen om deze afhankelijkheden hanteerbaar te maken in de overleggen van de Managers Bedrijfsvoering, die ook een belangrijkere rol krijgen in de besluitvorming. Bovendien trekken zij eenheidoverstijgende onderwerpen naar zich toe (casus B, C en D in h. 5, 6 en 7; bij casus A in h. 4 was dit al het geval omdat de drie Managers Bedrijfsvoering daar deel uitmaken van het Management Team). In de ziekenhuizen wordt zichtbaar dat de Managers Bedrijfsvoering de afhankelijkheid van anderen voor het behalen van resultaten waarvoor men verantwoordelijk is, hanteerbaar maken door het accent in de onderlinge werkrelatie te verschuiven van rivaliteit (tussen eenheden en managers) naar samenwerking (casus B en C, h. 5 en 6).

Ook medici bundelen hun krachten in de besturing van het ziekenhuis. In de onderzochte ziekenhuizen worden de posities van Medisch Managers en voorzitters van de vakgroepen/maatschappen versterkt door het krachtiger maken van de kernstafvergadering (waaraan vertegenwoordigers van vakgroepen/maatschappen – veelal Medisch Managers – deelnemen) en het afzonderlijke overleg van de Medisch Managers.

³¹ Zo werd er in één van de ziekenhuizen (casus B, h. 5) een “*semi-Management team*” in het leven is geroepen nadat er net een managementlaag was weggehaald en een “*decentrale*” organisatiestructuur was ingericht om juist de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het management van de eenheden te beleggen.

In de ziekenhuizen vindt een verschuiving plaats van overleg en besluitvorming in de Algemene Leden Vergadering als (formeel) hoogste orgaan in de besluitvorming van medici in het ziekenhuis naar het collectief van Medisch Managers en voorzitters van vakgroepen/maatschappen. Er worden in meer of mindere mate vragen gesteld over de positie van de Algemene Leden Vergadering en daarnaast ook van het Stafbestuur door de opkomst van de Medisch Manager. Onder invloed van de decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de richting van het management (door de introductie van de (Resultaat Verantwoordelijke) Eenhedenstructuur) en het schrappen van managementlagen, wordt in de ziekenhuizen gediscussieerd over de organisatie van de medische zuil.

8.2.1.4 Decentralisatie paradox

Doordat de Raad van Bestuur het management van de eenheid verantwoordelijk maakt voor het functioneren van de eenheid door verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan het management toe te wijzen, moet het management van de eenheden verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur. Het management van de eenheid dient haar eigen eenheid in grote mate zelfstandig te leiden, inclusief het (binnen kaders) stellen van doelen voor de toekomst, het op orde hebben van de interne bedrijfsvoering en het afleggen van verantwoording hierover aan de Raad van Bestuur (rapportage). Doordat het management middels steeds tijdigere en inzichtelijkere informatie, rapporteert en verantwoording aflegt over het functioneren van de eenheid krijgt de Raad van Bestuur beter inzicht in het functioneren van de eenheid. De stafdiensten spelen daarbij vaak een belangrijke rol (zie paragraaf 8.2.2). Doordat de Raad van Bestuur meer in detail inzicht heeft in het functioneren van de eenheden, is het bestuur beter in staat de eenheden aan te sturen en kan zij zich meer in detail mengen in het management van de eenheden. In dit onderzoek wordt zichtbaar dat door de bemoeienis van de Raad van Bestuur met het management van de eenheden de door decentralisatie gecreëerde speelruimte van het management wordt verkleind. De decentralisatie van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden door de Raad van Bestuur zorgt daarmee juist voor een versterking van de centrale machtspositie. Deze ontwikkeling staat bekend als een decentralisatie paradox.³²

Het management van de eenheden zit regelmatig met de Raad van Bestuur om tafel om te spreken over beleidsplannen, budgetten, productie en de verantwoording hierover. De Planning en Control cyclus en de beleidscyclus vormen (procedureel) de basis voor deze gesprekken. De Raad van Bestuur heeft hoge verwachtingen van het management van de eenheden en in het bijzonder de Managers Bedrijfsvoering als het gaat over de besturing van de eenheid. Wanneer het management van de eenheden niet voldoet aan de verwachtingen van de Raad van Bestuur, dan grijpt zij in. Wanneer de Raad van Bestuur vindt dat de resultaten achterblijven, stuurt zij ten eerste aan op de verbetering van het functioneren van het management van de eenheden (vooral dat van de Manager Bedrijfsvoering). In paragraaf 8.4 wordt ingegaan op de human resource processen die worden gebruikt ter verbetering van het functioneren van het management van de eenheid zoals coaching, scholing, ontslag en aanname nieuw personeel, matching koppels en idee

³² In deze context wordt ook gesproken van een "verzelfstandigingsparadox" (Grit, 2000; Van Thiel, 2003).

rouleren managers over eenheden.³³ Human resource instrumenten kunnen ook worden geïnterpreteerd als besturingsinstrumenten die de Raad van Bestuur inzet om het gedrag van het management van de eenheden te sturen en te controleren. Wanneer de Raad van Bestuur of het management het functioneren van het management van de eenheden als onvoldoende ervaart, interveenieert de Raad van Bestuur vaker, waardoor een manier van besturen in de hand wordt gewerkt waarbij de Raad van Bestuur een meer centrale rol speelt in de besturing van het ziekenhuis.

De Raad van Bestuur neemt beslissingen voor het management van de eenheden als de resultaten niet aansluiten bij wat de bestuurders voor ogen hadden op basis van wat was afgesproken. Het bestuur gaat dan 'op de stoel zitten' van het management. Dit heeft niet alleen te maken met het uitblijven van verwachte resultaten, maar ook met de hang naar controle van de bestuursleden. Met dit laatste wordt bedoeld dat bestuurders soms de neiging hebben om het functioneren van ziekenhuis en de mensen die erin werken te willen beheersen. Het management van de eenheden en in het bijzonder de Manager Bedrijfsvoering, krijgt dus niet altijd de ruimte van de Raad van Bestuur (of het mandaat van de vakgroep(en)/maatschap(pen) (zie 8.3)) om de toegewezen taken en verantwoordelijkheden op zich te nemen.

De verdeling van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het management ten opzichte van de Raad van Bestuur is formeel vastgelegd in posities en procedures (Planning en Control cyclus en beleidscyclus). Uit dit onderzoek komt naar voren dat de formele verantwoordelijkheden en bevoegdheden zoals zij voortvloeien uit de decentrale (en de daarmee samenhangende duale) besturingsconstructie geen vaststaand gegeven zijn maar dynamisch en onderhandelbaar. Ze zijn onderhevig aan gelijktijdige en tegen-gestelde centralisatieprocessen.

8.2.2 Horizontale decentralisatie³⁴ in richting stafdiensten

De Raad van Bestuur wordt in de besturing van het ziekenhuis ondersteund door de stafdiensten.³⁵ In de onderzochte ziekenhuizen worden niet alleen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden gedecentraliseerd door de Raad van Bestuur naar het management van de eenheden, maar ook naar (het management van) de stafdiensten (Personeel en Organisatie, Financiën, Facilitair bedrijf en ICT). De stafdiensten formuleren beleid, monitoren beleid en ondersteunen het management van de eenheden in hun bedrijfsvoering door het aanleveren van stuurinformatie aan en over de eenheden. De stafdiensten zijn gesprekspartner van het management van de eenheden, maar kunnen vooral gezien

³³ Voor een deel zijn dit taken die de Raad van Bestuur zelf uitvoert, maar voor een deel worden hiervoor ook andere interne actoren (zoals stafdiensten die worden vertegenwoordigd door manager P&O en manager organisatieontwikkeling) of externe partijen (adviseurs en coaches) ingeschakeld.

³⁴ Bron: Mintzberg (2006).

³⁵ Ook worden in de ziekenhuizen taken gedelegeerd naar externe partijen. Ramondi (2005) stelde eerder als dat deze "hulptroepen ... een integraal onderdeel" zijn van het besturingsarrangement, omdat "het eerder regel dan uitzondering is dat [zij worden ingeschakeld]" (Scholten & Jacques, 2007, p. 166). Adviseurs en coaches worden door zowel het management (Raad van Bestuur en managers in casus A, B en C, in h. 4, 5 en 6) als medici (Stafbestuur in casus A en B, h. 4 en 5) ingeschakeld.

worden als de verlengde arm van de Raad van Bestuur (Kloosterboer, 2012).³⁶ De stafdiensten ondersteunen de Raad van Bestuur bij het sturen van de eenheden door het leveren van stuurinformatie. Zoals eerder al aan de orde is gekomen, versterkt deze stuurinformatie de positie van de Raad van Bestuur.³⁷ De Raad van Bestuur delegeert taken naar (het management van) de stafdiensten, waarvan de afdeling Financiën een duidelijk voorbeeld is, om zo haar eigen eindverantwoordelijke rol voor het functioneren van het ziekenhuis als geheel waar te kunnen maken.

In de casuïstiek (vooral in casus A, C en D in h. 4, 6 en 7) komt naar voren dat de prominente rol van (het management van) de stafdiensten als storend wordt ervaren. Vooral het management van de eenheden is van mening dat de stafdiensten te bepalend zijn voor de wijze waarop het ziekenhuis en in het bijzonder de eenheden worden bestuurd. De verschillende stafdiensten en vooral de afdeling Financiën, domineren de agenda van het ziekenhuis en de eenheden. (Het management van) de stafdiensten slaagt erin invloed uit te oefenen op bestuurlijk niveau doordat zij dicht bij de Raad van Bestuur is gepositioneerd. De stafdiensten (en in het bijzonder de managers die werkzaam zijn in deze stafdiensten) worden namelijk veelvuldig betrokken door de Raad van Bestuur bij de besturing van het ziekenhuis in formele en informele overleggen (casus B, C en D in h. 5, 6 en 7) of zijn lid van het Management Team (casus h. 4). Over de prominente rol van stafdiensten in het ziekenhuis worden vragen gesteld in de ziekenhuizen. Er wordt in enkele ziekenhuizen gezocht naar manieren om de stafdiensten een minder grote rol toe te bedelen. Zo maakt in casus D (h. 7) het management van enkele stafdiensten niet langer (informeel) deel uit van de directie en is de omvang van de stafdiensten verkleind. Deze ontwikkeling gaat gelijk op met de wijziging van de inhoudelijk bestuurlijke focus van het ziekenhuis en daarmee de stafdiensten, van marktwerking naar de interne besturing van het ziekenhuis. In casus A (h. 4) staat het Management Team, waarvan het management van de stafdiensten deel uitmaakt, ter discussie en wordt een structuur verkend waarin de Medisch Manager in de eenheden meer centraal komt te staan in de ziekenhuisbesturing.

8.2.3 Decentralisatie in richting werkgroepen en commissies

In de onderzochte ziekenhuizen wordt veelvuldig gebruik gemaakt van werkgroepen en commissies. Leden van werkgroepen en commissies hebben voor een bepaalde periode of juist permanent als taak bepaalde onderwerpen te verkennen en uit te werken (al dan niet onder leiding van de Raad van Bestuur). Het toekennen van taken aan werkgroepen en commissies kan worden geïnterpreteerd als de decentralisatie van taken naar actoren die directer verbonden zijn met het primaire proces. Diverse partijen vanuit verschillende zuilen komen bij elkaar in de werkgroepen en commissies inzake uiteenlopende onder-

³⁶ Deze rol past in het beeld dat de Raad van Bestuur "nog niet altijd voldoende vertrouwen [heeft] in haar [management] voor wat betreft effectiviteit en loyaliteit" (Kloosterboer & Sterk, 1996, p. 1) en daarom managementtaken bij de stafdiensten wegzet.

³⁷ De centrale positie van de Raad van Bestuur in het ziekenhuis, wordt niet alleen gesterkt door de betrokkenheid van stafdiensten in de besturing van het ziekenhuis maar ook door interventies die in de ziekenhuizen tot stand komen als gevolg van externe wetgeving en spelregels rondom 'Good Governance' en daarmee aandacht voor de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur in het ziekenhuis (zie ook hoofdstuk 1 en 9).

werpen. Zowel management als medici (en verpleegkundigen) melden zich vrijwillig aan voor deelname aan deze werkgroepen en commissies. Anderen worden er rechtstreeks voor benaderd. In dit onderzoek is gebleken dat de leden van de werkgroepen en commissies variëren van critici tot enthousiaste ambassadeurs van bepaalde initiatieven en beleid- en besluitvorming. Door middel van werkgroepen en commissies worden – net zoals met de duale managementposities – verbindingen gelegd tussen verschillende geledingen in de organisatie. Actoren in en tussen de medische zuil en de management zuil worden met elkaar contact gebracht.

8.3 VAGE FORMALISATIE

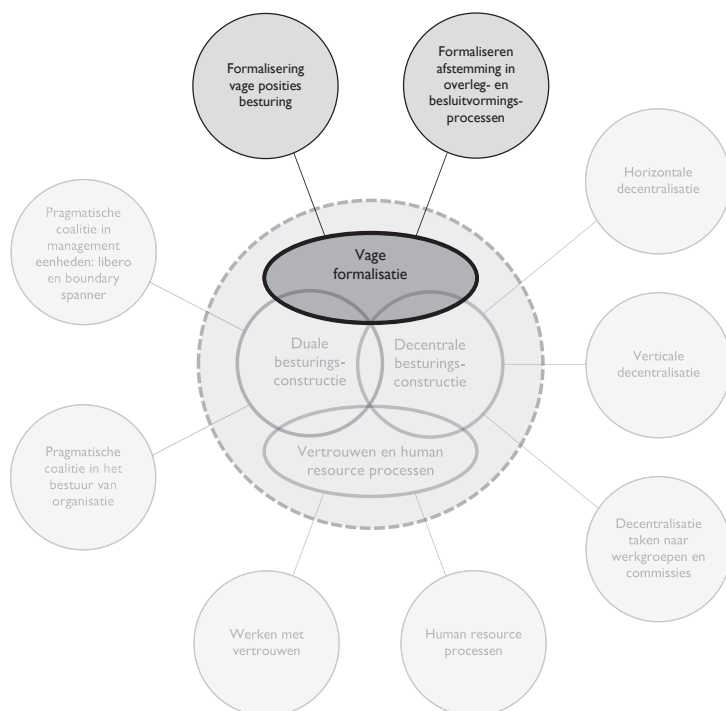
De duale besturingsconstructie (en in het verlengde daarvan de decentrale besturingsconstructie) biedt in de ziekenhuizen de mogelijkheid om het conflict tussen het management en medici te hanteren. Door de ontwikkeling van de posities Medisch Manager en Stafbestuur tegenover de posities Manager Bedrijfsvoering en Raad van Bestuur, worden de management zuil en de zuil van de medici met elkaar verbonden. Maar deze duale besturingsconstructie, waarin gewerkt wordt met twee bestuurlijke zuilen en dus twee machtscentra, schept ook nieuwe coördinatieproblemen. De vraag is hoe deze coördinatie eruit ziet in de onderzochte ziekenhuizen. In de ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van vage posities en getrapte overleg- en besluitvormingsprocedures om de duale en daarmee samenhangende decentrale besturingsconstructie mogelijk te maken (zie figuur 8.4).³⁸ In paragraaf 8.3.1 wordt ingegaan op de bewust gecreëerde vage posities in de besturing van het ziekenhuis en afspraken over de interactie tussen management en medici op deze posities. De formalisering van overleg- en besluitvormingsprocessen komt aan bod in paragraaf 8.3.2.

8.3.1 Formaliseren vage posities

Door de keuze voor een duale en een decentrale besturingsconstructie zijn in de ziekenhuizen posities gecreëerd met een tweeslachtig karakter (zie ook paragraaf 8.1). Met de creatie van de posities Medisch Manager en Stafbestuur (tegenover de Manager Bedrijfsvoering en de Raad van Bestuur) wordt weliswaar het duale karakter van het ziekenhuis en de twee machtscentra erkend, maar zijn tegelijkertijd ook problematische posities gecreëerd. De posities zijn gepositioneerd op de grenzen van de managementzuil en de zuil van de medici. Vanuit deze positie hebben zij contact met zowel het management als medici. In de besturing van het ziekenhuis zijn de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering, maar ook het Stafbestuur en de Raad van Bestuur, partner en partij van elkaar. Dit betekent dat zij meerdere rollen met elkaar combineren en verscheidene partijen loyaliteit van hen verwachten. Dit geldt vooral voor de Manager Bedrijfsvoering, die opereert op de dwarsverbinding tussen de ‘verticale’ gezagslijn en de ‘horizontaal’ georganiseerde medische zuil.

³⁸ In paragraaf 8.4 wordt in dit verband ook ingegaan op de elementen vertrouwen en human resource processen.

Figuur 8.4 Vage formalisatie in besturingsarrangement



8.3.1.1 Lage mate van gedetailleerdheid en precisie formalisering

In de ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt tussen management en medici in het bestuur en het management van de eenheden over hun positie en samenwerking (zie ook paragraaf 8.1). Het Stafbestuur heeft formeel een adviespositie en de Raad van Bestuur is officieel eindverantwoordelijk voor het functioneren van het ziekenhuis.³⁹ Formeel wordt er gesproken over “*nevenschikking*” (casus A, h. 4) en ‘medezeggenschap’ als het gaat om de samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, maar wat dit concreet betekent en hoe dit moet worden vormgegeven, is nauwelijks nader gespecificeerd.

De Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering zijn formeel gemeenschappelijk verantwoordelijk voor de besturing van de eenheid. Er is formeel sprake van collegiale

³⁹ De ‘eindverantwoordelijke positie’ van de Raad van Bestuur is vastgelegd in statuten en reglementen van de Raad van Bestuur. De formele ‘advies positie’ van het Stafbestuur is vastgelegd in statuten en reglementen van de Vereniging Medische Staf (en Raad van Bestuur) en Document Medische Staf. In andere documenten, zoals het Medisch Beleidsplan en een Samenwerkingsconvenant, zijn juist weer de door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur gemaakte afspraken over de min of meer gelijkwaardige rol van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur en de manier waarop zij met elkaar dienen om te gaan, opgenomen.

samenwerking bij het management van de eenheden.⁴⁰ De Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering zijn ‘gezamenlijk verantwoordelijk’ voor de besturing van de eenheid en dienen ‘in consensus’ besluiten te nemen. In de functieprofielen worden (afzonderlijke) resultaatgebieden, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden beschreven. Binnen centraal vastgestelde beleidskaders en afgesproken budgettaire ruimte, zijn de Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering samen verantwoordelijk voor de invulling en uitvoering van beleid in de eenheid. Ze dienen zich bezig te houden met het bepalen en bewaken van de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg, de coördinatie van zorgverlening en de allocatie van middelen, het toepassen van personeelsbeleid en het bepalen en uitvoeren van financiële en productieafspraken (vastgelegd in jaarlijks begroting en beleidsplan). Het management legt verantwoording af aan de Raad van Bestuur over de wijze waarop ze de eenheid aansturen en over de voortgang van gemaakte afspraken die zijn vastgelegd in het (financiële) jaarplan. Het accent in de verantwoordelijkheden van de Medisch Manager ligt op de *“vertegenwoordiging [van de] vakgroep/maatschap”* (casus h. 4) en *“medisch inhoudelijk beleid”* (casus h. 5). In de functieprofielen ligt het accent in de verantwoordelijkheden bij de Manager Bedrijfsvoering op het zorgdragen voor de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van alle organisatorische en financiële aspecten van de bedrijfsvoering van de eenheid. In het bijzonder dient hij zorg te dragen voor de afstemming van het beleid van de eenheid met het beleid van het ziekenhuis én tussen/binnen de eenheden zelf. Daarnaast is hij leidinggevende van verpleegkundigen in de eenheid. Hoewel (afzonderlijke) verantwoordelijkheden, bevoegdheden en resultaatgebieden van het duale management in de casuïstiek in meer of mindere mate zijn afgebakend, wordt niet beschreven hoe zij deze ‘gezamenlijke verantwoordelijkheid’ moeten waarmaken en ‘in consensus’ besluiten dienen te nemen. Het management van de eenheid mag zelf bepalen hoe zijn hun gezamenlijke verantwoordelijkheid vormgeven. Het management van de eenheden is *“vrij”* om een eigen overlegstructuur in te richten (casus, h. 6). Wel worden in de ziekenhuizen in meer en mindere mate competenties beschreven waaraan de Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering moeten voldoen om hun (gezamenlijke) verantwoordelijkheid waar te maken en het duale karakter van besturing te hanteren (Document Manager Bedrijfsvoering, 2012). Denk hierbij aan: kennis en ervaring met management (als Manager Bedrijfsvoering en soms Medisch Manager), affiniteit met beleidsmatig en organisatorische zaken, effectieve communicatieve en sociale vaardigheden (casus B en D, h. 5 en 7), *“organisatiesensitiviteit”* (casus C, h. 6), bereidheid samen te werken (casus B en D, h. 5 en 7), *“vermogen om over grenzen heen te kijken”* (casus D, h. 7), *“in staat [zijn] belangentegenstellingen te overbruggen”* (casus D, h. 7), *“onderhandelingsvaardigheden”* (casus D, h. 7), *“gezag binnen bestuur van de eenheid [of] bij vakgroep/maatschap”* (casus A, h. 4) en reflectief vermogen (casus B, h. 5).

Hoewel formele verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Medisch Manager, de Manager Bedrijfsvoering, het Stafbestuur en de Raad van Bestuur dus zijn vastgelegd in

⁴⁰ *Afspraken rondom de positie en samenwerking van Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering, die gericht zijn op hun ‘gezamenlijke verantwoordelijkheid’ voor besturing eenheid, zijn opgenomen in functieprofielen, bevoegdheidsmatrices, regels rondom de besturingsstructuur en duaal management.*

functieprofielen en werkafspraken, blijken de ambigue rollen in de praktijk moeilijk te vangen in deze formele instrumenten. De omschrijving van (afzonderlijke) aandachtsgebieden en vooral afspraken over de samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur én de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager, zijn algemeen en weinig gedetailleerd uitgewerkt. Er is sprake van een lage mate van gedetailleerdheid en precisie (Bal, 2006; Wrapp, 1984).⁴¹

De rollen van boundary spanners (namelijk van Medisch Manager en Stafbestuur) en libero's (van namelijk van Managers Bedrijfsvoering) laten zich moeilijk vangen in een functie met vastomlijnde taken en verantwoordelijkheden, vanwege het 'open karakter' van de posities. Scholten en Jacques (2007) hebben het in deze context over "open roles".⁴² De posities van de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering (en de onderlinge afstemming), zijn niet alleen moeilijk te vangen vanwege het 'open karakter', maar ook vanwege de aanwezige "machtsparadox" (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011). Het zijn vooral de Managers Bedrijfsvoering die terughoudend omgaan met hun positie van de Medisch Managers en hun achterban. Ook de Raad van Bestuur gaat terughoudend om met de wettelijke eindverantwoordelijkheid en zoekt afstemming en deelt macht met andere partijen – zoals het Stafbestuur – om de organisatie te kunnen besturen.

Om de feitelijke interactie tussen management en medici in het bestuur en het management van de eenheden in goede banen te leiden, zijn in de ziekenhuizen (in meer en minder expliciete mate) afspraken gemaakt over de samenwerking tussen beide partijen. Het Stafbestuur en de Raad van Bestuur hebben afgesproken dat zij elkaar betrekken in belangrijke onderwerpen in de besturing van het ziekenhuis, in het bijzonder waar het de besluitvorming betreft. Hoewel de Raad van Bestuur officieel het Stafbestuur niet hoeft te betrekken in de besturing van het ziekenhuis, wordt het Stafbestuur hierin gekend. In het management van de eenheden is een vergelijkbare afspraak gemaakt. Ook hier hebben management en medici afgesproken elkaar te betrekken in besturing van de eenheden. Deze afspraak is (in tegenstelling tot de afspraak tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur) formeel verankerd in de besturingsstructuur van de ziekenhuizen en functieprofielen. De feitelijke zeggenschap en verdeling van verantwoordelijkheden verschillen in de ziekenhuizen van de formele afbakening van verantwoordelijkheden en bevoegdheden: zowel het Stafbestuur als de Medisch Manager hebben zeggenschap in de besturing van het ziekenhuis maar hun formele verantwoordelijkheden voor deze besturing zijn beperkt (vooral van het Stafbestuur). Dit betekent dat zij gelijkwaardig zijn in de

⁴¹ Opvallend is ook in deze context dat op het moment dat actoren in het ziekenhuis erin geslaagd zijn een positie of afspraken over de interactie te expliciteren, dat deze afspraken in een la verdwijnen. In één casus (D, b. 7) wisten actoren zelfs niet meer van het bestaan af van deze functieprofielen van de Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager zoals die ten tijde van fusie waren geformuleerd.

⁴² Volgens Scholten en Jacques (2007) is de dubbelzinnige positie van de Manager Bedrijfsvoering als libero lastig om in een profiel vast te zetten. De Manager Bedrijfsvoering heeft vrijheidsgraden nodig om deze verschillende rollen bij elkaar te brengen.

besluitvorming maar niet gelijk zijn aan elkaar wat betreft formele verantwoordelijkheden (zie ook paragraaf 9.1.4).

8.3.1.2 Vage posities multi-interpretabel

De posities van de Medisch Manager, Manager Bedrijfsvoering, Stafbestuur en Raad van Bestuur staan niet vast. Ze zijn onderhandelbaar. Net zoals de Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering, kan het Stafbestuur (dat opereert naast de Raad van Bestuur) worden aangeduid als een “*vaag figuur*” (Barendrecht, 1992 in Bal, 2006). Door het ontbreken van gedetailleerde formele taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de vage posities (van vooral de Medisch Manager, Manager Bedrijfsvoering en Stafbestuur), wordt hun positie multi-interpretabel en krijgen zij zelf de ruimte om te bepalen hoe ze de positie en interactie met anderen willen vormgeven. Er ontstaat door de ruimte voor interpretatie van de vage posities – als gevolg van ontbrekende eenduidige taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden – een ‘grenszone’ waarin actoren kunnen samenwerken terwijl ze hun eigen identiteit behouden (Eisenberg, 1984; Löwy, 1992 in Bal, 1998).⁴³ Medisch Managers en Managers Bedrijfsvoering kunnen door de speelruimte die zij hebben in hun positie een brug slaan tussen verschillende domeinen. Vage posities kunnen worden gezien als “*instrumenten*” die het mogelijk maken in de besturingspraktijk een verbinding te leggen tussen verschillende werelden (Barendrecht, 1992 in Bal, 2006).⁴⁴ Als “*vage figuren*” (Bal, 2006) zijn Medisch Managers en Managers Bedrijfsvoering in staat de interactie van verschillende zuilen te coördineren. Hetzelfde geldt voor het Stafbestuur: dit bestuur heeft zich in de dagelijkse besturing ontwikkeld in de richting van medebestuurder. Het vage karakter van deze posities in de ziekenhuizen is strijdig met bureaucratische manieren van besturen. Het gedetailleerd vastleggen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zou ervoor zorgen dat de speelruimte en de vrijheidsgraden van de personen die werkzaam zijn in bovengenoemde vage posities beperkt worden, terwijl zij die juist nodig hebben voor het hanteren van de verschillende rollen.⁴⁵ Het vage karakter van posities kan worden geïnterpreteerd als een ‘functionele vaagheid’. Bal (2006) schreef in deze context over het “*belang van vage figuren*” (p. 1).

8.3.1.3 Motieven formalisering posities

Het tweeslachtige karakter van de vage posities in de duale besturingsstructuur biedt mogelijkheden om de posities en de interactie met anderen vorm te geven, maar de ambiguïteit brengt ook onzekerheden met zich mee omdat de posities en afspraken over samenwerking voor meerdere uitleggen vatbaar zijn. Het is daarom dat management en medici de (verdeling van) verantwoordelijkheden en bevoegdheden en afspraken over

⁴³ Löwy (1992) schreef niet over de “*art of imprecision*” zoals Wrapp (1984) dat wel doet, maar wel over de “*strength of loose concepts*”. “*Strategic ambiguity*” is het concept dat Eisenberg (1984) gebruikt. Ambiguïteit kan worden gezien als “*the condition of admitting more than one meaning*” (Giroux, 2006, p. 1232). *Strategic* verwijst naar het “*intentional*” gebruik van *ambigüe constructen*.

⁴⁴ “*Instrumenten die de mogelijkheid bieden een brug te slaan tussen verschillende praktijken* (Barendrecht 1992). *Vaagheid is daarbij echter niet een eigenschap van het instrument zelf, maar van de praktijk waarin het wordt gebruikt, ofwel van dat gebruik*” (Barendrecht, 1992 in Bal, 2006, p. 91).

⁴⁵ “*Alternatively, maintaining the strong and separate identities of collaborators may be an important factor in preventing intractable conflict*” (Fiol e.a., 2009 in Reay & Hinings, 2009, p. 633).

de onderlinge samenwerking voor zover dit mogelijk is, proberen te formaliseren om de kwetsbaarheid van deze posities te hanteren. Verschillende actoren in de onderzochte ziekenhuizen hebben uiteenlopende redenen om posities en afspraken over de interactie tussen management en medici te formaliseren.

Zo lijken managers in de ziekenhuizen met een meer duidelijke afbakening van de positie Manager Bedrijfsvoering bescherming te zoeken tegen (het 'geweld' van) de dokter. Dit doet de Manager Bedrijfsvoering om de tweeslachtige positie te hanteren (zie paragraaf 8.1). Medici lijken daarnaast hun professionele autonomie te willen consolideren en (her)winnen door de creatie en formele afbakening van de positie Medisch Manager. In de onderzochte ziekenhuizen worden door het management én door leden van de medische staf activiteiten ondernomen om het profiel van de Medisch Manager 'duidelijk' op papier te zetten. Dit werd bijvoorbeeld zichtbaar in casus D (h. 7) waarin het Stafbestuur een nieuw functieprofiel omschrijft omdat men – overigens onterecht – ervan overtuigd was dat dit profiel niet bestond en duidelijkheid over dit profiel zou zorgen voor een (meer duidelijke) positie van het Stafbestuur in de besturing van het ziekenhuis. In de onderzochte ziekenhuizen beschermen Medisch Managers de professionele autonomie van medici in het ziekenhuis en weten zij medici te weren tegen de bemoeienis van het management in medisch inhoudelijke onderwerpen binnen de vakgroep/maatschap (Kitchener, 2000; Llewelyn, 2001).

Het Stafbestuur (als vertegenwoordiger van de medische staf) ziet de door haar met de Raad van Bestuur (formeel) gemaakte afspraken over de interactie tussen beide partijen als een instrument om de eigen positie ten opzichte van de Raad van Bestuur te consolideren of te (her)winnen. Hoewel het initiatief voor het formaliseren van afspraken rondom de samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur bij het Stafbestuur ligt, heeft de Raad van Bestuur hier ook belang bij. De (formalisering van) afspraken vergroot de legitimiteit van het handelen van de Raad van Bestuur in de ogen van de medici (zie bijvoorbeeld uitspraak bestuurder in casus B in h. 5). De samenwerking met het Stafbestuur en de steun van het Stafbestuur voor besluiten zorgen zo voor draagvlak bij medici in het ziekenhuis voor het handelen van de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur en het Stafbestuur hebben allebei belang bij het formaliseren van afspraken over de (verdeling van) verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de manier van samenwerken. Ze willen allebei dat (hoogoplopende) conflicten, zoals deze zich in het verleden hebben voorgedaan, op een passende wijze worden gehanteerd. Deze conflicten (als gevolg van opportuun en solistisch gedrag in de Raad van Bestuur en/of Stafbestuur) hebben de relatie beschadigd. In de ziekenhuizen groeide er als gevolg van eerdere conflicten een bepaalde mate van wantrouwen. Dit wantrouwen was voor de Raad van Bestuur en het Stafbestuur aanleiding voor het maken van afspraken. Deze 'regels' die zowel door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur zijn opgesteld en door beiden als legitiem worden gezien, worden door Gouldner (1954) aangeduid als *'representative rules'*. Dit soort regels die worden ondersteund door beide actoren reduceren conflict (Gouldner, 1954) omdat beide partijen er baat bij hebben. In de ziekenhuizen wordt soms afgeweken

van de gemaakte afspraken, maar dezelfde gemaakte afspraken vormen dan de basis om elkaar op elkaars gedrag aan te spreken. De gemaakte afspraken bieden houvast voor het in goede banen leiden van de samenwerking.⁴⁶

Hoewel er sprake is van formalisering vormt de vaagheid – in de vorm van het ontbreken van een duidelijk afgebakende positie van het Stafbestuur (en de Raad van Bestuur) – aanleiding voor een aanhoudende discussie over de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het Stafbestuur en de Raad van Bestuur. De mogelijke variaties in positie van het Stafbestuur tussen adviesorgaan en medebestuurder (zie ook paragraaf 8.1) en het samenspel tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur blijven onderwerp van gesprek.⁴⁷ Tijdens heidagen, ad hoc georganiseerde ‘met benen op tafel bijeenkomsten’ en reguliere vergaderingen worden in de onderzochte ziekenhuizen de samenwerking en de onderlinge verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden expliciet besproken en bediscussieerd.

8.3.2 Formaliseren overleg- en besluitvormingsprocessen⁴⁸

Met de keuze voor de duale besturingsconstructie wordt het duale karakter van de ziekenhuisbesturing geaccepteerd. Niet alleen worden posities gecreëerd op de grenzen van de zuilen, maar ook wordt de organisatie van management en medici in twee aparte zuilen erkend. Beide zuilen werken met andere besturingsprincipes. Medici werken met een min of meer “*democratisch bestuurlijk systeem*” (Schaaf, 2000) waarbij medici gelijken van elkaar zijn en waar leden van de medische staf via een proces van mandatering naar voren worden geschoven om de belangen van (delen van) de medische staf te behartigen. Het management maakt deel uit van een bestuurlijk systeem waarbij gebruikt wordt gemaakt van een verticale verdeling van beslissingsbevoegdheden (hiërarchie) (zie ook hoofdstuk 3).

De besluitvorming in het ziekenhuis is complex omdat management en medici, die andere belangen hebben en anders georganiseerd zijn, voortdurend afstemming moeten zoeken met elkaar om te komen tot besluiten die ook uitvoerbaar zijn. Hierdoor is de besluitvorming “*traag*” en “*stroperig*” (RB 4). In de ziekenhuizen gaan besluiten vaak niet door, worden niet genomen of niet geagendeerd als gevolg van de bestuurlijke complexiteit. Denk aan het besluit van de Raad van Bestuur in casus B (h. 5) om de Managers Bedrijfsvoering te laten rouleren in de eenheden, dat werd teruggedraaid nadat het Staf-

⁴⁶ Denk hierbij aan het niet nakomen van afspraken door de Raad van Bestuur om het Stafbestuur te horen in de besturing van het ziekenhuis. Het is meestal de Raad van Bestuur die in de ogen van het Stafbestuur de gemaakte afspraken schendt door het Stafbestuur niet te erkennen in de besluitvorming van het ziekenhuis. Op basis van de gemeenschappelijk gemaakte afspraken, die door het Stafbestuur zijn geïnitieerd, roept het Stafbestuur de Raad van Bestuur dan op het matje. Het gevolg hiervan is dat beslissingen worden teruggedraaid en het Stafbestuur alsnog wordt betrokken in de besluitvorming.

⁴⁷ Niet alleen tussen management en medici, maar ook tussen de Raad van Bestuur en het management wordt er voortdurend onderhandeld over posities.

⁴⁸ In het onderzoek is ingezoomd op besluitvorming waarin verschillende zuilen betrokken zijn. Dit betrof in hoofdzaak ziekenhuisbrede besluitvorming, maar tijdens het bestuderen van de omgangsvormen tussen management en medici kwamen daarbij ook beslissingen voorbij inzake besturing eenheden en management uitvoerende kern.

bestuur er bezwaar tegen had ingediend. Een ander voorbeeld zijn de strategietrajecten in de verschillende ziekenhuizen (casus A, B en D in h. 4, 5 en 7) die een doorlooptijd van een paar jaar hebben omdat er tijd wordt genomen om besluiten te nemen, maar ook omdat besluitvorming regelmatig stagneert.

In de onderzochte ziekenhuizen wordt een overleg- en besluitvormingsprocedure ontwikkeld om de complexe besluitvorming van management en medici in het ziekenhuis in goede banen te leiden. Het werken met deze procedure zorgt voor een minimale zekerheid over de afstemming tussen management en medici. Tolbert en Hall (2009) hebben het ook wel over het creëren van een minimum aan voorspelbaarheid en het reduceren van onzekerheid over de besturing van het ziekenhuis. Doordat overleg- en besluitvormingsprocessen zijn geformaliseerd, hoeven partijen in het ziekenhuis niet steeds opnieuw te zoeken naar manieren om te komen tot afstemming.

Niet alleen is de motivatie voor het formaliseren van besluitvormingsprocessen gelegen in het creëren van een minimale zekerheid over de afstemming tussen management en medici, maar ook in het vermijden van conflict en het consolideren en uitbouwen van beleidsruimte in de besturing van het ziekenhuis. Conflicten uit het verleden vormen de aanleiding om de besluitvormingsprocedure te formaliseren en uit te bouwen. Het vaststellen en volgen van een (uitgebreide) besluitvormingsprocedure en het verslag hiervan doen, zorgt voor legitimiteit van de besluitvorming. In deze context spreekt Noorderhaven (1995) ook wel van *“procedurele rationaliteit”*. Daarnaast worden door het formaliseren van de overleg- en besluitvormingsprocedure, (machts)posities van actoren vastgelegd. In de onderzochte ziekenhuizen hebben diverse partijen in verschillende overleggen een andere status in de besluitvormingsstructuur. Zo hebben de Algemene Leden Vergadering en het overleg van de Raad van Bestuur een formeel besluitvormend karakter. Onder invloed van de decentralisatiebeweging krijgen in de ziekenhuizen centrale organen – zoals het Management Overleg en de kernstafvergadering – meer ruimte in de besluitvorming.

In de overleg- en besluitvormingsprocedure is vastgelegd wie wanneer met elkaar overleg heeft en in welk overleg door welke geledingen besluiten genomen worden. De beleid- en Planning en Control cycli definiëren de basis van deze procedure. Management, medici, verpleegkundigen, medezeggenschapsorganen (Ondernemingsraad en Cliëntenraad) en toezichthouders maken deel uit van de overlegstructuur. Door middel van de overleg- en besluitvormingsprocedure worden verbindingen gelegd tussen geledingen binnen de zuilen en tussen de medische zuil en de managementzuil.⁴⁹

In de onderzochte ziekenhuizen is er sprake van een groot aantal overleggen tussen bestuurders, managers en medici. Bestuurders, managers en medici hebben daarnaast soms voor en na vergaderingen nog besprekingen met hun directe collega's. Tijdens het onderzoek werd zichtbaar dat de Raad van Bestuur, het Stafbestuur en managers met

⁴⁹ En daarnaast ook de verpleegkundigen en interne toezichthouders.

gesloten deuren vergaderingen voorbereiden en de output van deze overleggen nadien afzonderlijk van elkaar bespreken. Deze uitgebreide overlegstructuur is een gevolg van de duale besturingsconstructie waarin partijen voortdurend met elkaar en met hun achterban afstemming moeten zoeken.

8.3.2.1 Rondes in overleg- en besluitvormingsprocedure

Er wordt zichtbaar in dit onderzoek dat de overleg- en besluitvormingsprocedure uit verschillende fases bestaat. Dit betekent dat in de besluitvorming door verschillende geleidingen onderwerpen gefaseerd worden behandeld, namelijk: ter informatie, ter discussie en ter besluitvorming. In de literatuur wordt dit getrapte besluitvormingsproces aangeduid als besluitvorming met “*rondes*” (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011; Teisman, 1992). De verschillende rondes worden op de agenda’s van de verschillende overleggen opgenomen. De besluitvorming in de ziekenhuizen heeft “*geen duidelijk beginpunt en eindpunt en [daarnaast volgen de] rondes elkaar onregelmatig op*” (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011, p. 41). Het werken met rondes zorgt ervoor dat actoren de ruimte hebben om na te denken en met anderen te spreken over de inhoud en het proces van de besluitvorming. Op deze manier krijgen actoren de kans om hun achterban te raadplegen voordat ze weer verder in gesprek gaan met hun partner en tegenspeler. De getrapte overleg- en besluitvormingsprocedure – waarbij actoren van verschillende zuilen met elkaar worden verbonden – vloeit logisch voort uit de duale besturingsconstructie. Net zoals met de keuze voor een duale besturingsconstructie, wordt met de ontwikkeling van een overleg- en besluitvormingsprocedure met rondes, de aanwezige complexiteit in de besluitvorming in het ziekenhuis erkend.

De besluitvorming in ziekenhuizen gaat over “*verschillende schijven*” (RD 2). Dit betekent dat besluitvorming diverse rondes doorloopt langs verschillende onderdelen in de organisatie, maar ook dat er gebruik wordt gemaakt van formele en ook informele kanalen. Afstemming tussen diverse partijen in het ziekenhuis vindt plaats via een formele overleg- en besluitvormingsprocedure maar ook door middel van informele afstemming. In dit onderzoek wordt zichtbaar dat het gebruik van informele afstemming in de organisatie samenhangt met de duale gezagslijnen en machtscentra.

8.3.2.2 Informele afstemming en formele overleg- en besluitvormingsprocedure

In de onderzochte ziekenhuizen wordt veel gewerkt met informele processen in de besluitvorming. Omdat management en medici een “*horizontale relatie*” (Eshuis, 2006) hebben – vanwege de deskundigheidsmacht van professionals – zijn in de ziekenhuizen veel informele krachten actief in besluitvorming. De informele krachten zijn “*onder de radar*” (Reay & Hinings, 2009) van invloed op de besluitvorming. Actoren kunnen voortdurend invloed uitoefenen vanuit de coulissen. Actoren oefenen in de ziekenhuizen invloed uit op de besluitvorming door in de wandelgangen informatie uit te wisselen, beelden te delen, besluiten voor te koken, te lobbyen, te onderhandelen over besluiten en het mobiliseren van andere actoren in besluitvormingsprocessen (coalitievorming). De actoren die in de ziekenhuizen invloed uitoefenen op de besluitvorming, doen dit op basis van de reputatie die ze hebben opgebouwd op bestuurlijk maar ook vakinhoudelijk

(lees vooral medisch) gebied (Finlay, 2000). Deze reputatie hangt samen met de mate van ervaring die actoren hebben op deze gebieden. Ook zijn er mensen die deze reputatie niet hebben maar gewoon dominant zijn in de besluitvorming door hun lidmaatschap van een (grote) vakgroep/maatschap of hun netwerk in de organisatie. Doordat diverse actoren uit verschillende zuilen invloed hebben op de besluitvorming gebruik makend van verschillende formele en informele routes, is de besluitvorming complex.

Tussen de onderzochte ziekenhuizen is variatie in de mate waarin informele processen aanwezig zijn. In casus C (h. 6) zijn de informele processen in besluitvorming naar de achtergrond verschoven door het gebruik van een formele besluitvormingsprocedure en de als sterk ervaren posities van en samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. In casus A (h. 4) kiezen medisch specialisten ervoor om niet alleen via de formele besluitvormingsprocedure invloed uit te oefenen maar ook via routes buiten deze formele procedure om. In casus D (h. 7) werd in het verleden onder leiding van het voorgaande bestuur veel gewerkt met alternatieve besluitvormingsprocessen: medici en de Raad van Bestuur en directie maakten rechtstreeks 'dealtjes'. Nu diverse posities zijn gaan schuiven en in formeel anders zijn gedefinieerd en nieuwe besturingsprincipes zijn geïntroduceerd (decentralisatie en duaal management) neemt de invloed van het informele circuit in de besturing van het ziekenhuis af. In casus B (h. 5) zijn een formele besluitvormingsprocedure en besturingsstructuur geïntroduceerd, maar wordt actief gebruik gemaakt van informele processen.

Het gebruik van informele afstemming is net zoals het gebruik van een formele overleg- en besluitvormingsprocedure en vage posities een antwoord op de complexiteit in de onderzochte ziekenhuizen. De complexiteit in de (besluitvorming van de) onderzochte ziekenhuizen is een logisch gevolg van het werken met een duale besturingsconstructie met meerdere gezagslijnen en machtscentra. Met de keuze voor de duale besturingsconstructie (en de daarmee samenhangende decentrale constructie) wordt het duale karakter van de ziekenhuisbesturing geaccepteerd en met informele afstemming, de formele overleg- en besluitvormingsprocedure en vage posities wordt gezorgd voor afstemming in en tussen de verschillende zuilen.

8.4 WERKEN MET VERTROUWEN EN MET HUMAN RESOURCE PROCESSEN

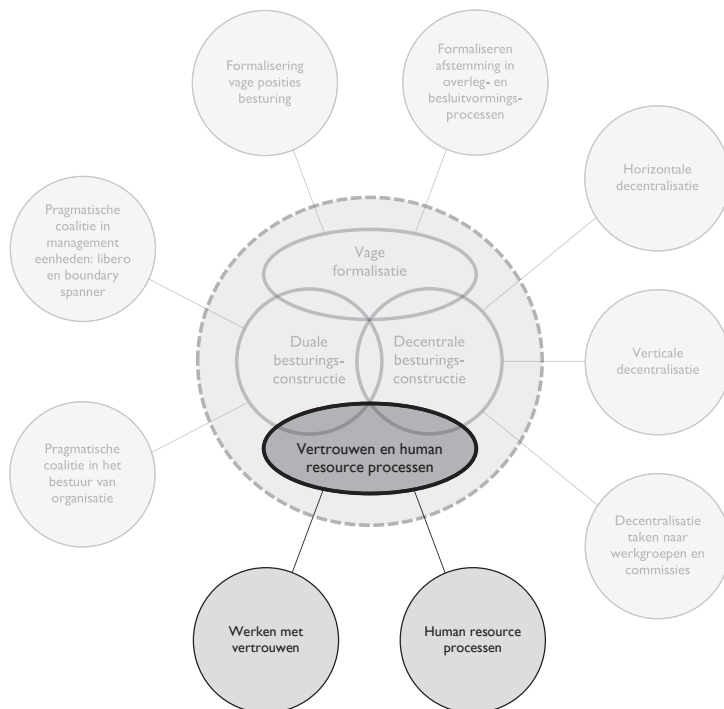
Vertrouwen speelt een belangrijke rol in de besturing van het ziekenhuis omdat beheersing in de duale en de daarmee samenhangende decentrale besturingsconstructie, slechts beperkt mogelijk is. Vertrouwen is daarmee net zoals de vage formalisering van posities, afspraken over samenwerking en getrapte overleg- en besluitvormingsprocedures een uitvloeisel van de duale (en decentrale) besturingsconstructie en de bijbehorende coördinatieproblemen. De besturing van het ziekenhuis met een duale en decentrale besturingsconstructie, vage formalisatie en vertrouwen, is complex. Het vergt veel van personen in het ziekenhuis om deze complexiteit te hanteren. Ter bevordering van het

functioneren van personen en hun samenwerking met anderen, kennen ziekenhuizen specifieke human resource processen. In deze paragraaf wordt beschreven welke plaats vertrouwen en human resource processen in het besturingsarrangement innemen (zie figuur 8.5).

8.4.1 Werken met vertrouwen

Vertrouwen speelt een belangrijke rol in de besturing van ziekenhuizen. De oorzaak hiervan is gelegen in het duale karakter van de besturing en de keuze voor een duale besturingsstructuur. Kenmerkend voor de duale besturing van het ziekenhuis is dat zowel management als medici betrokken zijn in de besturing van het ziekenhuis. Zij hebben een min of meer vergelijkbare positie in de besturing van het ziekenhuis, maar zijn zoals gezegd niet gelijk (vooral vanwege de verschillende machtsbronnen). Deze (machts)verhouding tussen management en medici zorgt ervoor dat actoren voorzichtig omgaan met het gebruiken van positiemacht en dwangmiddelen omdat dit hun relatie kan schaden en hun samenwerking onder druk kan zetten (Eshuis, 2006). Omdat management en

Figuur 8.5 Werken met vertrouwen en human resource processen in besturen



medici bovendien slechts beperkt gebruik maken van formalisering – in het bijzonder die van hiërarchische structuren van onder- en bovenschikking – zijn zij in hun interactie aangewezen op wederzijds vertrouwen. Het werken met vertrouwen is in de onderzochte ziekenhuizen een ‘second best’ alternatief voor beheersing (Seligman, 1997). Door te werken met vertrouwen – namelijk het persoonlijke vertrouwen in het handelen van de ene actor in de andere (ook wel Seligman’s “*personal trust*” (1997)) – hanteren management en medici hun conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden. Vertrouwen maakt het werken met een duale (en daarmee samenhangende decentrale) besturingsconstructie mogelijk.

8.4.2 Vertrouwen precair goed pragmatische coalities

In dit onderzoek komt naar voren dat vertrouwen belangrijk is voor het in goede banen leiden van het samenspel tussen de Manager Bedrijfsvoering en Medisch Manager én de spanning tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur.

Er wordt door het management van de eenheden – vooral de Manager Bedrijfsvoering – terughoudend omgegaan met positiemacht. Omdat beheersing nauwelijks mogelijk is, maken de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager gebruik van vertrouwen om hun conflict te hanteren (Seligman, 1997). In de interactie tussen de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager bestaat daarom voortdurend de mogelijkheid dat het vertrouwen wordt beschadigd, waardoor er wantrouwen kan ontstaan. Uit het onderzoeksmateriaal kwam naar voren dat wantrouwen vooral in de hand gewerkt wordt (of het opgebouwde vertrouwen verdwijnt), wanneer de Manager Bedrijfsvoering niet voldoet aan de rolverwachtingen die de Medisch Manager en zijn achterban van hem hebben. Vertrouwen is kwetsbaar: “*het komt te voet en gaat te paard*” (casus D, h. 7). Afhankelijk van de mate waarin vertrouwen geschonden wordt, kan het leiden tot conflict of zelfs resulteren in ontslag. Dit maakt nog eens duidelijk dat de Manager Bedrijfsvoering niet gemakkelijk kan terugvallen op formele positiemacht.

In de pragmatische coalitie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur speelt vertrouwen ook een belangrijke rol. De Raad van Bestuur en het Stafbestuur, die van elkaar afhankelijk zijn, kunnen elkaar evenmin goed beheersen. Vooral de Raad van Bestuur gaat terughoudend om met positiemacht en de bijbehorende formele dwangmiddelen. In ieder van de onderzochte casussen, kiest de Raad van Bestuur er expliciet voor haar macht te delen met het Stafbestuur om te kunnen besturen. Zo kunnen de in het onderzoek naar voren gekomen gevallen waarin de Raad van Bestuur werd terug gefloten na zich te hebben beroepen op haar positiemacht, net zoals de daaruit voortvloeiende verstoorde vertrouwensbalans, worden vermeden. In dit onderzoek komt naar voren dat het besturen met positiemacht (door de Raad van Bestuur) schadelijk kan zijn voor de mate van vertrouwen (of meer wantrouwen).⁵⁰ In alle vier de ziekenhuizen is vertrouwen tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur een precair goed. Vertrouwen wordt snel beschaamd

⁵⁰ Tegelijkertijd bieden de formele afspraken een basis voor een samenwerkingsrelatie tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur en fungeren daarmee als randvoorwaarde voor het bouwen van vertrouwen.

en is daarmee een kwetsbare constructie om hun onderlinge conflict te hanteren. Een verstandhouding die gekenmerkt wordt door vertrouwen kan door één of meerdere incidenten omslaan naar een verstandhouding die wordt kenmerkt door wantrouwen. Het inzetten van positiemacht druist namelijk al snel in tegen de overeengekomen machtsdeling. Uit dit onderzoek blijkt dat het besturen op basis van positiemacht (door de Raad van Bestuur) de vertrouwensbalans verstoort. In de onderzochte ziekenhuizen worden door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur gezamenlijk gedragsregels over hun samenwerking en rollen overeengekomen om de kwetsbare samenwerking te ondersteunen. In de onderzochte ziekenhuizen houden de Raad van Bestuur en het Stafbestuur elkaar voortdurend in de gaten. Beide actoren blijven op hun hoede. Tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur blijft dan ook naast een bepaalde mate van vertrouwen, altijd een bepaalde mate van wantrouwen aanwezig (Visser, 2011). De gezamenlijk door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur geformuleerde afspraken maken het mogelijk voor management en medici om elkaar op elkaars gedrag aan te spreken. In dit onderzoek is het vooral het Stafbestuur dat op basis van de – door hen geïnitieerde – afspraken met de Raad van Bestuur het gedrag van de Raad van Bestuur controleert en aan de orde stelt (zie voorgaande paragraaf 8.3).

8.4.3 Human Resource processen besturing ziekenhuis

In alle vier de ziekenhuizen wordt gewerkt met human resource processen om de complexiteit van de besturing te hanteren. De duale en decentrale besturingsconstructie, waarbij wordt gewerkt met vage instrumenten, is kwetsbaar, net zoals het vertrouwen tussen management en medici. Het functioneren van het kwetsbare besturingsarrangement en de duo's die hierin werkzaam zijn, zijn in hoge mate afhankelijk van de competenties van de personen die deze posities bekleden en hun onderlinge dynamiek. Het omgaan met de complexiteit en kwetsbaarheid van de duale besturingsconstructie vergt veel van personen in het ziekenhuis. In de ziekenhuizen wordt gewerkt met human resource processen die gericht zijn op het waarborgen en versterken van de kwaliteit van personen en de samenwerking tussen management en medici in de besturing van de organisatie. Het is een consequentie van de duale besturingsconstructie dat de juiste mensen met passende competenties gekozen en bij elkaar gebracht moeten worden. De besturing staat of valt met het functioneren van personen. Door human resource processen wordt de verbinding tussen management en medici mogelijk gemaakt. Maar tegelijkertijd zijn de Medisch Manager, Manager Bedrijfsvoering, Raad van Bestuur en het Stafbestuur in de duale besturingsconstructie ook kwetsbare figuren doordat hun functioneren afhankelijk is van de competenties van personen en hun vermogen om met elkaar samen te werken. In de ziekenhuizen is het werken met human resource processen dan ook een functionele maar kwetsbare oplossing voor het hanteren van het conflict tussen de medische en de management zuil.

8.4.3.1 Werken met human resource processen bij management eenheden

Het vinden van kwalitatief geschikte personen om te komen tot een *“gouden koppel”* (casus B, h. 5) begint in de onderzochte ziekenhuizen met werving en selectie. Bij de zoektocht naar nieuwe mensen wordt gekeken naar de kwaliteit van personen en in

hoeverre ze geschikt zijn om een rol te vervullen in de complexe besturing van het ziekenhuis. Werving en selectie wordt niet alleen ingezet voor het vinden van een geschikte Medisch Manager of Manager Bedrijfsvoering, maar ook wordt hiermee gezocht naar de “*gouden duos*” (casus B, h. 5) waarin sprake is van een match tussen de Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering. De partnerkeuze van de Medisch Manager en Manager Bedrijfsvoering is van belang voor de besturing van het ziekenhuis (Finlay, 2000).⁵¹ Bij vermeende ongeschiktheid van de Managers Bedrijfsvoering wordt ook het human resource instrument ontslag ingezet.

Binnen de ziekenhuizen bestaan verschillen in de kwaliteiten van de Managers Bedrijfsvoering en de Medisch Managers. Om de kwaliteit van de besturing van (alle) eenheden te verbeteren, werd in ziekenhuis B (h. 5) door de Raad van Bestuur overwogen om de Managers Bedrijfsvoering over de verschillende afdelingen te laten rouleren. Dit idee werd afgeketst nadat het Stafbestuur vraagtekens plaatste bij deze interventie omdat hiermee de bewust geselecteerde gouden koppels uit elkaar zouden worden getrokken. Medisch Managers zouden te maken krijgen met andere Managers Bedrijfsvoering met andere capaciteiten en waarmee zij opnieuw een werkrelatie (inclusief vertrouwen) moeten opbouwen.

Dat er gewerkt wordt met werving en selectieprocessen en met het idee gespeeld wordt om te werken met job-rotation, wijst erop dat in het management van de eenheden niet alleen de positie van de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering van belang is voor de besturing van het ziekenhuis, maar ook de kwaliteit van personen én de match tussen beiden. Het duo moet samen door één deur kunnen en de bereidheid hebben om samen te werken. Het zijn de personen, de onderlinge match en het onderlinge vertrouwen die de ‘effectiviteit’ van de gecreëerde vage posities in de duale en decentrale besturingsconstructie bepalen.

De Managers Bedrijfsvoering hebben meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden gekregen door de decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden (zie paragraaf 8.2). Als gevolg hiervan zijn de verwachtingen ten aanzien van hun zelfstandigheid en resultaten toegenomen (zie ook paragraaf 8.2). Coaching en scholing worden ingezet om het (in termen van de decentrale besturingsconstructie verwachte) zelfsturend vermogen van Managers Bedrijfsvoering te vergroten en het verwezenlijken van een op samenwerking (in tegenstelling tot competitie) gerichte attitude. In de onderzochte ziekenhuizen wordt veel gebruik gemaakt van coaching en opleiding van Managers Bedrijfsvoering (veelal onder leiding van externen). Ook de Medisch Managers uit de onderzochte ziekenhuis doorlopen (al dan niet onder begeleiding van externe partijen) ontwikkeltrajecten in de vorm van coaching en scholing.

⁵¹ Finlay (2000) heeft het over het belang van “*partner assessment*” voor een succesvolle samenwerking tussen partijen (ook wel “*joint ventures*”).

De scholing en coaching van management en medici blijken in de onderzochte ziekenhuizen veelal gescheiden van elkaar plaats te vinden. Alleen bij activiteiten die gericht zijn op het zoeken van een match tussen Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager tijdens werving- en selectieprocedures, komen beide werelden bij elkaar. Dit neemt niet weg dat bij scholing en coaching en tijdens werving- en selectieprocedures wordt gekeken naar de benodigde competenties van de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager om samen de eenheid te besturen.

8.4.3.2 Werken met human resource processen in bestuur organisatie

Het functioneren van het Stafbestuur en de Raad van Bestuur is afhankelijk van de competenties van personen en de interactie tussen hen. In de onderzochte ziekenhuizen ligt de focus in de werving en selectie van bestuurders op de kennis, vaardigheden en competenties van deze personen. Er wordt gekeken naar de inhoudelijke kennis die nodig is om het ziekenhuis te besturen en het vermogen om te manoeuvreren in het krachtenveld dat actief is in het ziekenhuis. In het bijzonder moet de Raad van Bestuur macht kunnen afstaan aan medici om het ziekenhuis te kunnen besturen en de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur voor het functioneren van het ziekenhuis waar te kunnen maken. Binnen de werving en selectie van de leden van de Raad van Bestuur wordt niet alleen gekeken naar de kwaliteit van de persoon maar ook naar de match (inhoudelijke kennis en persoonlijke klik) tussen de leden Raad van Bestuur (ook wel ‘partnerkeuze’ Finlay, 2000; Muijsers, 2008).

Niet alleen de competenties en de match tussen leden van de Raad van Bestuur, maar ook het draagvlak in de organisatie voor de keuze van een bestuurder(s) speelt in de ziekenhuizen een belangrijke rol. De Raad van Toezicht is formeel belast met de taak om nieuwe bestuurders aan te stellen (en te ontslaan). Zij wint tijdens aanstellingsprocedures (zoals wettelijk is bepaald) adviezen in bij medezeggenschapsorganen en het Stafbestuur. Het volgen van de wettelijke bepaalde aanstellingsprocedure én het betrekken van medici in het traject, is van belang voor het draagvlak in de organisatie voor de aanstelling van bestuurders (Noorderhaven (1995) verwijst in dit verband naar “*procedurele rationaliteit*”). Het Stafbestuur (als vertegenwoordiger van de medische staf) is van mening dat zij tijdens de aanstellingsprocedures invloed moet uitoefenen op de keuze voor een bestuurder. Hoewel dit formeel noch wettelijk niet behoort tot het takenpakket, is het Stafbestuur in de onderzochte ziekenhuizen (in meer of mindere mate) in staat om een actieve rol in het traject naar zich toe te trekken en haar opvattingen over passende bestuurder hierin te laten doorklinken.

Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat gebrek aan competenties van de leden van de Raad van Bestuur in de ogen van de medische staf in veel gevallen resulteert in het vertrek van de betreffende bestuurders. Daarvan kan bijvoorbeeld sprake zijn wanneer zij onvoldoende recht doen aan de verschillende belangen in het ziekenhuis – vooral die van de medische staf. In ziekenhuizen worden bestuurders daarnaast gecoacht om hun taak als bestuurder goed te kunnen vervullen en hun samenwerking met andere bestuurders in goede banen te leiden. Niet alleen de Raad van Bestuur, maar ook het Stafbestuur laat

zich ondersteunen (door externe adviseurs) om te werken aan hun eigen ontwikkeling en hun positie in de organisatie te verbeteren.

Ook bij de aanstelling van leden van het Stafbestuur kijken medici zorgvuldig naar de competenties van en het draagvlak in het ziekenhuis voor potentiële kandidaten. Voor de aanstelling van leden van het Stafbestuur betekent dit dat er eerst bij prominente mensen in de medische staf informeel geïnformeerd, gepolst en gelobbyd wordt (veelal door zittende leden van het Stafbestuur) wie geschikte kandidaten zouden kunnen zijn, voordat deze kandidaten formeel worden voorgedragen. Een kandidaat is geschikt als bestuurslid van het Stafbestuur als hij naast bestuurlijk inhoudelijke kennis en vaardigheden, ook een goede reputatie heeft als arts en draagvlak heeft in de medische staf. Het aanstellingsproces van de leden van het Stafbestuur is bij uitstek een voorbeeld van een besluitvormingsproces dat zich onder de radar afspeelt (zie ook paragraaf 8.3) en waar formele besluitvorming slechts het *“afkijken”* is van wat informeel al is besloten (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011).

9

Slotbeschouwing

Het conflict tussen management en medisch specialisten in ziekenhuizen is een onderwerp dat zowel de ziekenhuispraktijk als de wetenschap al decennialang bezighoudt. De vraag ‘hoe wordt en zou moeten worden omgegaan met dit conflict’, is dan ook een oude en een actuele vraag. In dit onderzoek wordt nagegaan hoe de conflicterende belangen én wederzijdse afhankelijkheden tussen management en medici worden gehanteerd in Nederlandse algemene ziekenhuizen. De centrale vraag in dit onderzoek is: *met behulp van welke besturingsarrangementen hanteren management en medici hun wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen in Nederlandse algemene ziekenhuizen?*

Op basis van het verrichte casusonderzoek wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op deze vraag. Allereerst wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de organisatiekundige betekenis van de onderzoeksresultaten voor de typering van het ziekenhuis als professionele organisatie. In paragraaf 9.1 wordt het besturingsconcept onderhandelingsnetwerk besproken. Ook de structurering van besturingsprocessen in het onderhandelingsnetwerk en de mechanismen hierachter, worden in deze paragraaf behandeld. Daarnaast wordt de betekenis van het arrangement voor het conflict tussen management en medici beschreven. In paragraaf 9.2 wordt vervolgens gereflecteerd op de bestuurlijke drukte en complexiteit in het ziekenhuis als gevolg van de bemoeienis van de overheid met de besturing van algemene ziekenhuizen. De vormgeving van het besturingsarrangement is het product van activiteiten van drie actoren, namelijk: management, medici en de overheid. In het bijzonder wordt daarbij ingegaan op de (machts)verhouding tussen management en medici. In paragraaf 9.3 gaat de onderzoeker vervolgens in op de betekenis van het besturingsarrangement voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis als professionele organisatie. Ten slotte wordt in paragraaf 9.4 gereflecteerd op het onderzoek en worden aanbevelingen gedaan voor de besturingspraktijk.

9.1 SAMENGESTELD BESTURINGSARRANGEMENT PROFESSIONELE ORGANISATIE

Dit onderzoek laat zien dat in ziekenhuizen gebruik wordt gemaakt van vergelijkbare besturingsarrangementen met identieke elementen. Alle vier de ziekenhuizen werken met een duale besturingsconstructie, een decentrale besturingsconstructie, vage posities en ambigue afspraken over samenwerking en een (getrapte) overleg- en besluitvormingsprocedure, vertrouwen en human resource processen (zie hoofdstuk 8). De lokale configuraties verschillen tussen de ziekenhuizen, maar het onderliggende besturingsconcept en de aannames over besturen zijn hetzelfde. In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op het besturingsconcept, de structurering van besturingsprocessen, de onderliggende mechanismen en de betekenis hiervan voor het conflict tussen management en medici.

9.1.1 Besturingsconcept onderhandelingsnetwerk

Uit de onderzoeksgegevens komt naar voren dat de besturing van Nederlandse algemene ziekenhuizen getypeerd kan worden als een onderhandelingsnetwerk. Management en medici functioneren als autonome partijen met verschillende belangen die van elkaar afhankelijk zijn. Ze hanteren verschillende besturingsprincipes en zijn separaat van elkaar georganiseerd. Het management is hiërarchisch georganiseerd en werkt met het principe van delegatie. Medici zijn horizontaal georganiseerd en werken met het besturingsprincipe van mandatering. De besturing van de onderzochte ziekenhuizen wordt gekenmerkt door duale zeggenschapslijnen en twee machtscentra. Management en medici zijn tegelijkertijd ook van elkaar afhankelijk in de besturing van het ziekenhuis. De wederzijdse afhankelijkheid (en de aanwezige machtsbronnen) zorgt voor een zekere gelijkwaardigheid tussen beide partijen (zie ook 9.1.4).

In de ziekenhuizen is er een besef én erkenning van de duale zeggenschapslijnen en de wederzijdse afhankelijkheden tussen management en medici. Management en medici accepteren elkaars positie in de besturing van de organisatie. De erkenning van de onderlinge afhankelijkheden en de wederzijdse acceptatie van management en medici in de besturing van het ziekenhuis, zijn kenmerkend voor een organisatie die wordt opgevat en bestuurd als een gefragmenteerd netwerk van wederzijds afhankelijke partijen.¹

Management en medici gaan terughoudend om met positiemacht. Ze zijn in hoge mate afhankelijk van onderling vertrouwen omdat ze elkaar niet kunnen domineren (zie ook 9.1.2). Omdat management en medici elkaar niet kunnen beheersen en op elkaar aangewezen zijn voor de besturing van het ziekenhuis, wordt in de ziekenhuizen het conflict tussen beide partijen gehanteerd door te onderhandelen.² In de ziekenhuizen wordt daarmee niet alleen gewerkt met de besturingsprincipes delegatie en mandatering, maar ook met het besturingsprincipe onderhandeling. Belangen tussen management en medici worden uitgeruild, zowel op inhouds- als op betrekkingniveau. Dit betekent dat

¹ *Abma en De Roo (1992) hebben het in dit verband over een 'gefragmenteerd netwerk van afhankelijkheidsrelaties'.*

² *Zie ook Hanson (1996), Vermaak (2002) en De Bruijn en Ten Heuvelhof (2011).*

er onderhandeling plaatsvindt over de inhoud van besluitvorming én over de positie van en interactie tussen management en medici in de besturing van het ziekenhuis. Daartoe wordt er veel overlegd tussen (vertegenwoordigers van het) management en medici. Zij zoeken afstemming met elkaar. Het overleg en de onderhandeling tussen management en medici volgen zowel formele als informele patronen. Er kan worden gesproken van “bestuurlijke spaghetti” omdat alle geleidingen in principe met elkaar in verbinding staan in het onderhandelingsnetwerk (Van Schaik & Peul, 2012).

Het dynamische proces van overleg en onderhandeling tussen management en medici in een ziekenhuis, laat zich meer typeren als een onderhandelingsnetwerk dan als een professionele bureaucratie. In de klassieke typologie professionele bureaucratie worden weliswaar netwerkachtige coördinatiemechanismen beschreven (zoals onderlinge aanpassing, verbindingsmiddelen en training), maar het is de hiërarchische aansturing door het (top)management³ die hierin centraal staat (Mintzberg, 2006). In de onderzochte ziekenhuizen die ‘rijk zijn aan belangen’ (Muijsers, 2012) wordt samenhang gesmeed tussen management en medici door onderhandelingsprocessen. Het onderhandelingsnetwerk in de professionele organisatie is daarmee een alternatief besturingsconcept voor Mintzberg’s (2006) professionele bureaucratie.

Het hierboven beschreven onderhandelingsnetwerk vertoont gelijkenissen met het ‘oude’ model Management Participatie (Vijfpartijenakkoord, 1989; Management Participatie, 1991). Hoewel het besturingsconcept Management Participatie ontwikkeld is in een andere context dan de huidige besturingsarrangementen die zich het beste laten typeren als een onderhandelingsnetwerk, wordt er op eenzelfde manier gekeken naar de besturing van het ziekenhuis. Net zoals in het onderhandelingsnetwerk, is de oplossing voor het conflict tussen management en medici binnen het besturingsconcept Management Participatie gelegen in de erkenning van het spanningsveld tussen management en medisch professionals (Versluis & Hesselink, 1993) en hun wederkerige relatie. De focus in dit concept ligt sterk op de wederzijdse acceptatie van medici en management in de besturing van het ziekenhuis. In het besturingsconcept Management Participatie wordt ingezet op de samenwerking en de dialoog tussen partijen in het ziekenhuis. In het onderhandelingsnetwerk en binnen het besturingsconcept Management Participatie worden medici betrokken in de besturing van het ziekenhuis. Het hybride karakter van de organisatie, die kan worden geïnterpreteerd als een gefragmenteerd netwerk met wederzijds afhankelijke partijen, vormt het vertrekpunt in beide besturingsconcepten voor de besturing van het ziekenhuis. De concepten zijn verwant aan elkaar, maar verschillen ook. In het besturingsconcept onderhandelingsnetwerk zijn de duale zeggenschapslijnen én het onderhandelingsproces meer expliciet georganiseerd en afgebakend (zie ook paragraaf 9.1.2). Dit geldt ook voor de decentrale besturingsconstructie.

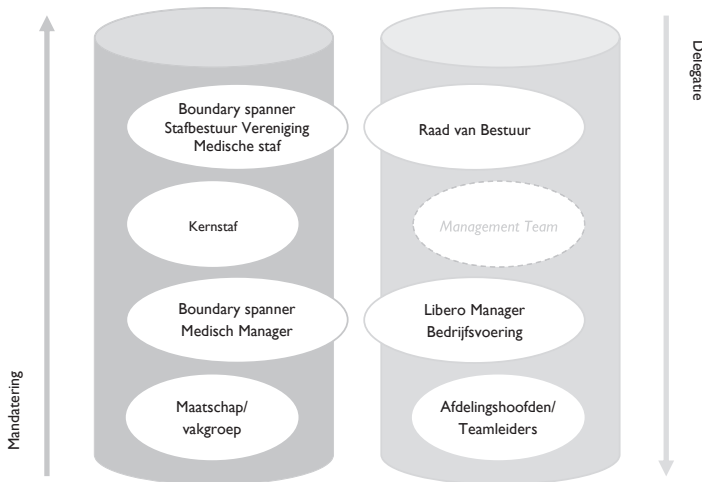
³ Regels over verticale en horizontale decentralisatie én tegelijkertijd de centralisatie van macht bij de topmanager nemen in de typologie professionele bureaucratie een belangrijke plaats in (Mintzberg, 2006).

9.1.2 Structureren⁴ onderhandelingsnetwerk

In de onderzochte ziekenhuizen wordt in dezelfde richting gezocht om het conflict tussen management en medici en hun verschillende besturingsprincipes te hanteren: het structureren van de duale zeggenschaplijnen en het onderhandelingsproces tussen management en medici. Deze duale zeggenschaplijnen en het onderhandelingsproces krijgen in de ziekenhuizen vaste vorm in vage posities, ambigue afspraken over samenwerking en (getrapte) overleg- en besluitvormingsprocedures.

De duale besturingsconstructie⁵ vormt het hart van de onderzochte besturingsarrangementen. De duale structuur is het resultaat van een zoekend proces van structureren.⁶ Door de keuze voor de duale constructie wordt het duale karakter van de zeggenschaplijnen geaccepteerd en krijgen management én medici formeel een positie in de besturing van het ziekenhuis. In dit onderzoek worden de (duale) besturingsarrangementen waarin management én medici samen het ziekenhuis besturen, ook wel aangeduid met het concept 'samengesteld besturingsarrangement'. Om afstemming te organiseren tussen

Figuur 9.1 Duale besturingsconstructie



⁴ Czarniawska (2006) stelt dat "three authors shared an interest in what Allport called structuring, Goffman called ordering, and Weick called organizing of the events and experiences of everyday life" (p. 1661). Volgens De Man (1996) zijn "doelen, posities en rollen de uitkomst van een (evolutionair) proces van organiseren dat slechts bij terugblikken een rationaliteit vertoont. ... Eindresultaat [van organiseren is] een geordend patroon van sociaal handelen" (p. 296).

⁵ En daarmee ook de decentrale besturingsconstructie waarbij verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden verschoven naar duale management eenheden, stafdiensten en (vage verbindingsmiddelen) werkgroepen en commissies (zie ook paragraaf 8.2).

⁶ "[Organisaties worden door Weick (1979 en 2001) verklaard] als de uitkomst van zoekende sociale interactie" (Geurts, 2011, p. 116).

management en medici en de verschillende besturingsprincipes te hanteren waarmee zij werken – namelijk mandatering en delegatie – zijn bewust vage posities ge(her)definieerd (zie figuur 9.1). Op het grensvlak tussen de hiërarchisch georganiseerde managementzuil en de horizontaal georganiseerde medische zuil, is de positie Medisch Manager ontwikkeld tegenover de positie Manager Bedrijfsvoering. In ditzelfde grensgebied tussen twee zuilen is ook de positie van het Stafbestuur (opnieuw) gecreëerd ten opzichte van de Raad van Bestuur.

Deze actoren, die werken op het grensvlak tussen de management zuil en de medische zuil, zijn bewust gecreëerde “vage figuren” (Bal, 2006).⁷ De boundary spanners⁸ Medisch Manager en Stafbestuur en de libero Manager Bedrijfsvoering, hebben “scharrelruimte” (Moen & Ansems, 2004) nodig om de conflicterende belangen en verwachtingen te hanteren en de zuilen bij elkaar te brengen. Vooral de Manager Bedrijfsvoering heeft zekere (beleids)vrijheid⁹ nodig om te kunnen handelen, omdat hij het meest klem zit tussen twee zuilen. De precieze rol van de vage figuren wordt vormgegeven in de interactie tussen partijen.

De duale besturingsconstructie waarbij gewerkt wordt met twee bestuurlijke zuilen en bewust gecreëerde vage posities, zorgt voor een verbinding tussen de zuilen van het management en de medici, maar levert ook coördinatieproblemen op. Om het overleg en de onderhandeling tussen de in beginsel autonome én wederzijds afhankelijke partijen mogelijk te maken en beide zuilen met elkaar te verbinden, worden in de ziekenhuizen ook ambigue afspraken gemaakt over de samenwerking tussen management en medici en wordt een getrapte overleg- en besluitvormingsprocedure ontwikkeld. De gecreëerde vage posities in de duale en decentrale constructie¹⁰, afspraken over de interactie tussen management en medici (in het bestuur en het management) en de overleg- en besluitvormingsprocedure kunnen worden geïnterpreteerd als ‘instrumenten’ die het mogelijk maken een brug te bouwen tussen management en medici (Bal, 2006). Deze instrumenten geven een zeker houvast voor de vormgeving van de samenwerking tussen management en medici, maar zijn tegelijkertijd vaag. Het “weinig precieze” karakter van deze “vage figuren” maakt het mogelijk dat partijen in de ziekenhuizen zelf betekenis kunnen geven aan hun rollen en interactie en deze kunnen vormgeven (Bal, 2006; Barendrecht, 1992; Eisenberg, 1984; Wrapp, 1984). De bewust gecreëerde ambiguïteit zorgt voor discretionaire zones en (beleids)vrijheid die het mogelijk maken passende rollen te vervullen en vormen van interactie te ontwikkelen in een gefragmenteerd netwerk van afhankelijke partijen (Ramondt & Scholten, 2005). De bewust gecreëerde vage instrumenten staan in contrast

⁷ Ook wel “strategic ambiguity” (Eisenberg, 1984).

⁸ Zie hoofdstuk 9 voor bespreking Medisch Manager en Stafbestuur als “boundary spanners” (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011) en de Manager Bedrijfsvoering als “libero” (Scholten & Jacques, 2007).

⁹ In hoofdstuk 8 werd deze regelruimte van Managers Bedrijfsvoering regelruimte aangeduid als “vrijheidsgraden” (Scholten & Jacques, 2007).

¹⁰ Tot de decentrale besturingsconstructie behoren de in hoofdstuk 8 (paragraaf 8.2) beschreven decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar het management van de eenheden, de stafdiensten en de werkgroepen en commissies waarmee veelvuldig gewerkt wordt in de onderzochte ziekenhuizen.

met bureaucratische coördinatiemechanismen, maar bieden ruimte voor wederzijdse afstemming, wederzijdse acceptatie en wederzijds vertrouwen. Hieraan is behoefte omdat de op controle gerichte focus van bureaucratie (evenals de ideologie 'markt') niet langer als functioneel, maar als destructief worden gezien voor de besturing van ziekenhuizen (Glouberman & Mintzberg, 2001 II).

Beheersing is in het ziekenhuis beperkt mogelijk omdat er geen sprake is van boven- en onderschikking maar van een "*horizontale relatie*" (Mastenbroek, 1996; Eshuis, 2006) en wederzijdse afhankelijkheid. De actoren zijn daarom aangewezen op wederzijds vertrouwen, wederzijdse afstemming en het terughoudend toepassen van positiemacht. Het gebruiken van positiemacht kan namelijk het vertrouwen en meer algemeen de relatie tussen management en medici schaden (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011; Eshuis, 2006; Mastenbroek, 1996). Uiteindelijk kan dit het functioneren en de relatie zodanig doen verslechteren dat het leidt tot ontslag van bestuurders en/of managers. Vertrouwen fungeert dus als een 'second best' alternatief voor beheersing (Seligman, 1997). Uit het onderzoek blijkt dat vertrouwen een precair goed is: het komt te voet en gaat te paard. Het vertrouwen tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur is kwetsbaar en kan snel omslaan in wantrouwen. Hetzelfde geldt voor de vertrouwensrelatie tussen de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager.

De structurering van vage posities, afspraken over interactie en een (getrapte) overleg- en besluitvormingsprocedure volgen uit de duale zeggenschapslijnen en de processen van overleg en onderhandeling die in de ziekenhuizen zijn ontwikkeld. De duale besturingsconstructie en de bewust gekozen vaagheid in de wijze waarop verbindingen worden gelegd tussen management en medici creëren de vage 'scharrelruimte' die troef is – namelijk beslissend – voor het uitruilen van belangen tussen management en medici in het onderhandelingsnetwerk. Onder druk van externe stakeholders (vooral de overheid) worden management en medici gedwongen om de posities, rollen en processen in het gefragmenteerde netwerk van wederzijds afhankelijke partijen steeds sterker af te bakenen (zie paragraaf 9.2).

9.1.3 Mechanismen samengesteld besturingsarrangement

Achter de duale besturingsconstructie gaan twee mechanismen schuil, namelijk het mechanisme van "*coöptatie*" (Selznick, 1966) en een mechanisme waarbij de 'tegenpartij' versterkt wordt om het ziekenhuis te kunnen besturen.

Management en medici kunnen elkaar niet beheersen omdat ze van elkaar afhankelijk zijn. Omdat het management niet zonder medici haar verantwoordelijkheden waar kan maken, laat zij medici participeren in de besturing van het ziekenhuis. Zelf willen medici ook betrokken zijn in de besturing van het ziekenhuis. Zij willen professionele autonomie behouden of zelfs vergroten (zie paragraaf 9.1.4 scheve machtsverhouding management en medici).

Omdat medici, met hun wettelijk verankerde autonome verantwoordelijkheid, onmisbaar zijn in het primaire proces voor het functioneren van het ziekenhuis, is het management aangewezen op de betrokkenheid van medici in de besturing van het ziekenhuis. Vooral de Raad van Bestuur kan haar wettelijke eindverantwoordelijk voor het functioneren van het ziekenhuis niet zelfstandig waarmaken zonder de bestuurlijke betrokkenheid van medici. In de ziekenhuizen wordt daarom gekozen voor een besturingsarrangement waarin het Stafbestuur participeert in de besturing van het ziekenhuis. De Raad van Bestuur staat macht en autonomie af aan het Stafbestuur, in ruil voor toegang tot de medische staf. Zo kan zij onderhandelen met medici. Tegelijkertijd verkrijgt de Raad van Bestuur legitimiteit voor haar handelen in de ogen van de medische staf. In ruil daarvoor eist het Stafbestuur macht, namelijk een positie waarin ze macht kan uitoefenen op de besturing. In de literatuur wordt het delen van macht door de Raad van Bestuur met het Stafbestuur ook wel aangeduid als “*coöptatie*” (Selznick, 1966).¹¹ Door de wijzigingen in wet- en regelgeving als gevolg van overheidsbeleid nemen de formele verantwoordelijkheden van de Raad van Bestuur toe. Maar omdat de mogelijkheden om deze positiemacht uit te oefenen in de ziekenhuizen hetzelfde blijven, is de Raad van Bestuur in toenemende mate aangewezen op het coöptatiemechanisme (zie ook paragraaf 9.2).

Het coöptatiemechanisme wordt niet alleen expliciet zichtbaar in het bestuur van de organisatie, maar ook in het management van de eenheden. Medici worden namelijk ook via de positie Medisch Manager betrokken in de besturing van het ziekenhuis. Door het decentraliseren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar het duale management van de eenheid levert de Raad van Bestuur formeel macht in aan de Manager Bedrijfsvoering én de Medisch Manager.¹² De Manager Bedrijfsvoering deelt vervolgens de via decentralisatie verkregen (vage) positiemacht met de Medisch Manager. In ruil daarvoor wint de Manager Bedrijfsvoering vertrouwen en legitimiteit, wat cruciaal is voor de afstemming met medici – in het bijzonder met de Medisch Manager – in de besturing van het ziekenhuis. Net zoals de Raad van Bestuur vervult de Manager Bedrijfsvoering daarmee een sleutelrol in het betrekken van medici in de besturing van het ziekenhuis.

In dit onderzoek wordt naast het coöptatiemechanisme waarbij het management positiemacht deelt met medici, ook een mechanisme zichtbaar waarbij door het management bewust geïnvesteerd wordt in het sterker maken van de tegenspeler om zelf beter te kunnen functioneren. In de onderzochte ziekenhuizen kiest de Raad van Bestuur ervoor om de positie van het Stafbestuur te versterken omdat zij wil overleggen en onderhandelen met medici via een sterk Stafbestuur als vertegenwoordiger van de achterban. Zo werd vooral in casus C (h. 6) zichtbaar dat de Raad van Bestuur het Stafbestuur (mee) in

¹¹ *Coöptatie verwijst naar “the process of absorbing new elements into the leadership or policy-determining structure of an organization as a means of averting threats to its stability or existence” (Selznick, 1966, p. 13). In het onderzoek van Selznick (1949) waarbij een autoriteit (Tennessee Valley Authority) op het gebied van landbouwbeleid voor de invoering van beleid ervoor koos om inspraak te verlenen aan lokale inwoners, maar waarbij de ‘grass roots doctrine’ uiteindelijk “een ideologische dekmantel [bleek te zijn] voor de praktijk van de organisatieleiding om zoveel mogelijk samen te werken met alle lokale machthebbers en om lokale belangen te ontzien” (Lammers e.a., 2000, p. 89).*

¹² *Dit ook het geval is bij leden van werkgroepen en commissies.*

het zadel heeft geholpen door een goede samenwerkingsrelatie op te bouwen. Tegelijkertijd werd er door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur op toegezien dat besluiten zoveel mogelijk door het Stafbestuur in de formele besluitvormingsprocedure werden ingebracht, in plaats van via het informele circuit. Door de sterke coalitie die ontstond tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur, hoefde de Raad van Bestuur slechts met één partij (namelijk het Stafbestuur als vertegenwoordiger van de leden van de medische staf¹³) te onderhandelen. De Raad van Bestuur werd zo nauwelijks belemmerd door de belangenbehartiging van individuele specialisten.

Dit mechanisme waarbij de (tegen)partij bewust versterkt wordt, is bekend uit de literatuur over arbeidsverhoudingen (Dunn, 1981; Ramondt & Scholten, 1985). In deze literatuur wordt beschreven dat werkgevers de vakbonden van werknemers versterken met het oog op het in de hand houden van de achterban. Door deze versterking hoeven werkgevers zich geen zorgen te maken over protesten van de achterban en kunnen zij meer partner zijn.¹⁴ Het sterker maken van meerdere partijen in de besturing van het ziekenhuis past binnen het netwerk denken (Laloux, 2015). De diversiteit van belangen, opvattingen en gedragingen van verschillende partijen kan zorgen voor conflict, maar het is juist de wrijving tussen verschillende krachten die ook zorgt dat er synergie wordt behaald (Mastenbroek, 1996).¹⁵ Net zoals in een motor, zijn tegenstrijdige krachten nodig om in beweging te komen.¹⁶ Voortdurend voeden management en medici elkaar, zoeken zij afstemming en onderhandelen ze over hun machtspositie door de wrijving tussen conflicterende opvattingen en gedragingen. Het conflict tussen management en medici kan ook disfunctioneel worden. In de onderzochte ziekenhuizen stagneren overleg, onderhandeling en besluitvorming soms als gevolg van het conservatieve karakter van

¹³ Niet alleen worden de belangen van alle medici in de Vereniging Medische Staf in het ziekenhuis behartigd door het Stafbestuur. Ook het Koepelbestuur behartigt de financiële belangen van vrijgevestigde medisch specialisten.

¹⁴ Doordat de werkgever werknemers faciliteert om hun krachten te bundelen en zich te organiseren in één vakbond (met verplicht lidmaatschap) hoeft de werkgever slechts met één coalitiepartner te onderhandelen. De werkgever wordt door deze maatregel niet belemmerd door free-rider gedrag van individuele werknemers (Ramondt & Scholten, 1985).

¹⁵ Het zijn de medisch professionals en het management die in de besturing van het ziekenhuis de overhand hebben. Het is opmerkelijk dat in de onderzochte ziekenhuizen de positie van de Raad van Bestuur (door de overheid) en de positie van medici in de besturing van het ziekenhuis (door het management en de medici zelf) wordt versterkt en in mindere mate die van andere partijen. Er worden in de ziekenhuizen onder druk van de overheid en brancheorganisaties wel pogingen gedaan om tegenmacht (ook wel "countervailing power" (Light, 1995)) te organiseren ten opzichte van het management en medisch professionals. Denk hierbij aan de wettelijke positie van medezeggenschapsorganen (Ondernemingsraad en Cliëntenraad) en de toenemende eisen en normen voor goed toezicht. Ook zijn Verpleegkundige Adviesraden (VAR) in ziekenhuizen opgericht en dienen zij te voldoen aan wettelijke eisen verslaglegging activiteiten VAR (Sabine Uitslag. Gevonden op januari, 15, 2016, op Wikipedia: https://nl.wikipedia.org/wiki/Sabine_Uitslag). In één van de onderzochte ziekenhuizen heeft de verpleegkundige als Afdelingshoofd een positie in het bestuur van de eenheid. Maar in de besturingspraktijk van het ziekenhuis blijven de verpleegkundigen op de achtergrond. Dit is in lijn met wat Ten Holter (2011) stelt dat de verpleegkundige geen deel uitmaakt van besturing ziekenhuis.

¹⁶ Het oude idee om in ziekenhuizen een 'belanghebbendenraad' in het leven te roepen, zou goed hebben gepast bij de besturing van het ziekenhuis als een onderhandelingsnetwerk. De belanghebbendenraad verwijst naar het idee om via de Wet maatschappelijke ontwikkeling verder vorm te geven aan de 'maatschappelijke onderneming' (Hermans e.a., 2009). De zorginstelling als 'maatschappelijke onderneming' beoogt de belanghebbenden bij de zorg een plaats te geven in het bestuur van de zorginstelling. Het draait daarbij om de invoering van een 'belanghebbendenraad' waarin naast de 'usual suspects' ook de lokale overheid is opgenomen. De belanghebbenden – ook stakeholders genoemd – hebben het recht zich met het beleid te bemoeien en het recht op een betere verantwoording.

de ziekenhuisorganisatie (zie ook paragraaf 8.3.2). Omdat medisch professionals beschikken over deskundigheidsmacht en hindermacht in de professionele organisatie gaan veel besluiten niet door en worden besluiten niet genomen of geagendeerd.

9.1.4 Pacificatie¹⁷ conflict

De keuze voor een samengesteld besturingsarrangement, waarin gewerkt wordt met een duale besturingsconstructie en bewust gekozen vage verbindingen, kan worden gezien als een keuze voor pacificatie van het conflict tussen management en medici. Doordat de autonomie van zowel management als medici in de besturing van het ziekenhuis wordt geaccepteerd en het management ervoor kiest om macht te delen met medici, ontstaat er rust in de organisatie. Er is sprake van *“peaceful co-existence”* (Scholten & Van der Grinten, 1998) tussen management en medici.

Tot enkele jaren geleden werd er in de literatuur van uitgegaan dat in een organisatie waar twee logica's aanwezig zijn, de belangen en gedragingen van één geleding dominant zijn (Noordegraaf, 2015; Reay & Hinings, 2009). In lijn met dit gedachtegoed dient het conflict tussen management en professionals te worden opgelost door het leidend maken van één actor in de besturing van de organisatie. De afgelopen decennia is de aandacht voor de managementlogica als dominante logica in het ziekenhuis toegenomen. In de jaren 1980 en 1990 werden New Public Management en *“businesslike management”* verspreid in westerse landen (Noordegraaf, 2015). Volgens dit perspectief is het management de aangewezen actor om het conflict tussen management en medici op te lossen.

Er is ook een stroming in de literatuur die stelt dat professionals het slachtoffer zijn van *“organizational control”* waar zij zich tegen verzetten om zo hun professionele autonomie te verdedigen (Noordegraaf, 2015). Het terugbrengen van het management in de organisatie (*“management beyond the manager”*, Mintzberg (2009)) past binnen de stroom van literatuur die pleit voor een *“return to professionalism in order to rescue occupational principles from managerial attacks”* (Freidson, 2001 in Noordegraaf, 2011, p. 1350). De ‘medicus in the lead’ en het ‘einde van de manager’ zijn statements die passen binnen de stroming waarbinnen men zich hard maakt voor het behoud van professionele autonomie.

Met de ontwikkeling van de duale besturingsconstructie omarmen ziekenhuizen een concept waarbij de logica's van management én medici gecombineerd worden (Noordegraaf, 2015). De onderzoeksresultaten passen daarmee in een stroming van onderzoek naar *“hybride”* besturingsconcepten (Noordegraaf, 2015). De besturing van het ziekenhuis door uitsluitend het management of medisch specialisten als baas van het ziekenhuis¹⁸ is daarmee uitgesloten. Er is geen ruimte voor louter *“professional management”* (Scholten &

¹⁷ Het concept pacificatie werd eerder gebruikt door Lijphart (1968). Hij gebruikte het concept “pacificatie-politiek” om het delen van macht tussen partijen in het verzuielde Nederlandse politieke systeem ten tijde van de verzuijing van het Nederlandse politieke stelsel te duiden.

¹⁸ Tijdens BNR-debat werd gediscussieerd over vraag: “wie wordt de baas van het ziekenhuis?” In dit debat werd gesproken over wijzigingen in het ziekenhuis als gevolg van de introductie integrale tarieven begin 2015. (Gevonden op <http://www.bnr.nl/event/982962-1510/bnr-debat-wie-wordt-de-baas-in-het-ziekenhuis>).

Van der Grinten, 1998) of de autonomie van medici in de besturing van het ziekenhuis. Het management en medici in het bestuur van de organisatie en het management van de eenheden hebben de afspraak gemaakt dat ze elkaar betrekken in de besturing van het ziekenhuis met het oog op het hanteren van het conflict tussen beide partijen. Vooral de medici staan erop dat zij worden gekend in de besturing van het ziekenhuis. Het Stafbestuur en Medisch Managers houden zich bezig met de belangenbehartiging van de eigen achterban, maar zijn daarnaast ook in toenemende mate betrokken in de besturing van het ziekenhuis en participeren in ziekenhuisbrede, respectievelijk vakgroep/maatschap overstijgende, besluitvorming. De interactie tussen management en medici in het bestuur en het management van de eenheden kan daarmee worden geïnterpreteerd als *“joint regulation”* (Scholten & Van der Grinten, 2005). In de ziekenhuizen is gekozen voor een vreedzame en pragmatische samenwerking waarbij management en medici samenwerken en tegelijkertijd hun eigen identiteit en besturingsprincipes behouden (Reay & Hinings, 2009). Het samengestelde arrangement creëert ruimte voor overleg en onderhandeling tussen management en medici.

Door de ontwikkeling van een samengesteld besturingsarrangement blijft het conflict tussen management en medici bestaan, maar wordt de strijdbijl min of meer begraven. Het samengestelde besturingsarrangement zorgt voor een ‘tijdelijke bevrozing’ van de verhoudingen tussen management en medici. Partijen hoeven niet voortdurend met elkaar te zoeken naar een passende verdeling van macht in het ziekenhuis en hoe zij met elkaar moeten omgaan. Het onderhandelingsproces vindt plaats binnen een kader van de min of meer uitgekristalliseerde machtsverhouding tussen management en medici. Hoewel in de ziekenhuizen sprake is van een vreedzame en pragmatische samenwerking is de machtsverhouding tussen management en medici scheef. Afgaande op de verdeling van verantwoordelijkheden en de mate van zeggenschap die zij hebben in de besturing van het ziekenhuis, zijn management en medici gelijkwaardig in de besturing van het ziekenhuis maar niet gelijk. Zo heeft het Stafbestuur zeggenschap in de besturing van het ziekenhuis, maar draagt geen eindverantwoordelijkheid. De Raad van Bestuur daarentegen heeft veel verantwoordelijkheden en relatief weinig macht. Dit zorgt ervoor dat de medische staf een comfortabele positie heeft in de besturing van het ziekenhuis. Ook de verhouding tussen de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager is scheef. Formeel zijn zij gezamenlijk verantwoordelijk voor de besturing van de eenheid, maar feitelijk loopt de Manager Bedrijfsvoering omdat hij afhankelijk is van medici, figuurlijk op zijn tenen om de belangen van de Medisch Manager (en zijn achterban) en het ziekenhuis bij elkaar te brengen.

Door het structureren van de besturingsprocessen in het onderhandelingsnetwerk ontstaat er een subtiel en kwetsbaar evenwicht tussen samenwerken en vechten (Mastenbroek, 1996). In dit onderzoek wordt zichtbaar dat dit evenwicht in het besturingsarrangement gemakkelijk wordt verstoord en in beweging komt. Het kwetsbare karakter van de pragmatische samenwerking tussen management en medici, zorgt ervoor dat de dreiging om te ‘vechten’ wel altijd in de lucht hangt. Door de kwetsbaarheid van vertrouwen en het

multi-interpretabele¹⁹ karakter van de vage posities en afspraken over samenwerking, zijn de posities en afspraken fluïde en onderhandelbaar. Omdat de verschillende elementen in het arrangement nauw met elkaar samenhangen, is de verschuiving van één element in het besturingsarrangement vaak een voorbode voor verschuivingen in het hele arrangement (Gouldner, 1954).

In dit onderzoek komt naar voren dat management en medici een andere opdracht hebben en anders in het onderhandelingspel zitten. Het Stafbestuur en de Medisch Managers houden zich weliswaar bezig met de besturing van (de eenheid in) het ziekenhuis, maar medici zijn in de ziekenhuizen vooral gericht op het behouden en uitbouwen van hun machtspositie en het behartigen van hun belangen als medici. Het management is meer gericht op de belangen van het gehele ziekenhuis en houdt zich daartoe bezig met het verbinden van belangen van het ziekenhuis en medici in de besturing van het ziekenhuis. Vanuit de medisch specialisten gezien kunnen de wijzigingen in wet- en regelgeving door de overheid, waarin bijvoorbeeld wordt aangestuurd op een loondienstmodel (voor medici), als een bedreiging voor hun bestuurlijke macht en autonomie worden opgevat. Deze druk op de verworven machtspositie en co-existentie vergt van hen continue aandacht ter bescherming van de verworven machtspositie en de behartiging van de eigen belangen.²⁰ De voortdurende introductie van nieuwe wet- en regelgeving door de overheid veroorzaakt dus continue verstoringen in het besturingsarrangement en daarmee ook de besturing van het ziekenhuis.

9.1.5 Onderhandelingsnetwerk vergt veel van personen

Eerder werd (in paragraaf 9.1.2) beschreven dat in de onderzochte ziekenhuizen de duale zeggenschapslijnen en het onderhandelingsproces gestructureerd worden. Maar de duale en decentrale besturingsconstructie, de bewust gekozen vage figuren, de afspraken over samenwerking en het werken met vertrouwen, zijn kwetsbaar. De emoties lopen soms hoog op en de strijd om belangen en macht leidt tot frustratie. De complexiteit van het besturingsproces in het onderhandelingsnetwerk doet een groot beroep op het vermogen van bestuurders, managers en medici om het onderhandelingsproces op een passende manier vorm te geven en vergt veel van hen. Juist daarom tracht men de juiste mensen, met de juiste competenties, op de juiste plek te zetten en goede combinaties van personen te maken.²¹ In ziekenhuizen bestaat het beeld dat het functioneren van een onderhandelingsnetwerk in sterke mate afhankelijk is van de kwaliteit van de personen die erin werkzaam zijn en de manier waarop zij met elkaar samenwerken.

¹⁹ Zie ook hoofdstuk 8: door vaagheid worden afspraken multi-interpreteerbaar (Bal, 1999).

²⁰ Scholten en Van der Grinten (2005) hebben het in deze context over "collective bargaining [namely...] the domains and interests [of management and professionals] are strictly separated. The Staff Executive acts primarily as the defender of medical interests, concentrating on the rank and file, and does not in principle seek to enter into any commitments with the hospital and its management although sometimes shared goals can intensify commitments" (p. 167).

²¹ In ziekenhuizen zijn individuen nodig die de kloven tussen management en medici (en verpleegkundigen en interne toezichthouders) kunnen overbruggen (Glouberman & Mintzberg, 2001 II). Het werken met human resource processen is vergelijkbaar met de training en indoctrinatie uit Mintzberg's (2006) professionele bureaucratie. Volgens Mintzberg kan een professionele bureaucratie alleen veranderen door socialisatie en opleidingen.

De kennis, competenties en gedragsstijlen van bestuurders om de belangen en besturingsprincipes van partijen aan elkaar te verbinden in een onderhandelingsarena, speelt daarom een belangrijke rol. Bestuurders dienen daarbij oog te hebben voor de machtsstrijd tussen partijen en de emoties en frustratie die (mogelijk) ontstaan. Prudente omgang met hun eigen positiemacht is van belang. Men houdt namelijk in de gaten of bestuurders wel recht doet aan alle belangen in het ziekenhuis.²² Als “*chef van het onderhandelingsnetwerk*” (Moen, 2016) dient de bestuurder de rollen “*regisseur*” en “*beheerder*” te combineren (Moen e.a., 2002). Een regisseur fungeert als een katalysator in een zelfsturende organisatie (Moen e.a., 2002). Een beheerder richt zich op het beheersen van een organisatie. Beide rollen zijn inconsistent en vormen een bron van kwetsbaarheid. Het combineren van de rollen van “*regisseur*” en “*beheerder*” in het onderhandelingsnetwerk waarin veel partijen met diverse belangen actief zijn, vergt veel kracht van de Raad van Bestuur (Moen e.a., 2002). De bestuurder is in een onderhandelingsnetwerk niet iemand die de hele organisatie overziet, maar er zelf deel van uitmaakt. Hij moet zich daarom opstellen als een “*soort ‘onderhandelaar’ en bespeler*” (Moen & Abma, 1992, p. 26) van de onderhandelingsprocessen tussen partijen met diverse belangen in het ziekenhuis. Falen bestuurders recht te doen aan de verschillende belangen – vooral die van de medische staf – en de dynamiek in de onderhandelingsarena, dan lopen zij het risico te worden ontslagen. De vele wisselingen in de top van alle onderzochte ziekenhuizen laten zien dat in ziekenhuizen veel wordt verwacht en kritisch wordt gekeken naar het gedrag van bestuurders en dat het voor bestuurders een moeilijke opgave is om aan alle verwachtingen te voldoen.

Hetzelfde geldt voor de Managers Bedrijfsvoering die werken op het grensvlak tussen de Raad van Bestuur en de Medisch Manager en zijn achterban. Het ingebakken rolconflict en de meervoudige loyaliteit waar de Managers Bedrijfsvoering mee te maken hebben, maken dat deze positie zeer kwetsbaar is. Zij hebben als libero’s weliswaar speelruimte, maar het vergt veel van hen om voortdurend afstemming te zoeken met verschillende partijen in het onderhandelingsproces en terughoudend om te gaan met positiemacht. De Managers Bedrijfsvoering moeten kunnen omgaan met conflict en het spel om de macht dat in ziekenhuizen wordt gespeeld.²³ Beschikken zij niet over deze kwaliteiten dan is de besturing van de eenheid voor hen een moeilijke opgave. Vooral als zij niet terughoudend omgaan met positiemacht en onvoldoende recht doet aan verschillende belangen, lopen de managers het risico te worden aangepakt of ontslagen (onder druk van medici).

Ook het behartigen van belangen van de achterban in een organisatie die “*rijk is aan belangen*” (Muijsers, 2012) vergt veel van het Stafbestuur en de Medisch Manager. Hoewel deze boundary spanners – die werken op het grensvlak tussen de zuilen van de medici en het management – niet opgeleid zijn voor het uitoefenen van een bestuurlijke functie,

²² Choy (2003) heeft het in deze context over “meervoudige partijdigheid”, namelijk bestuurders (maar ook andere actoren zoals procesmanagers en consultants) dienen recht te doen aan de waarheden van betrokken actoren.

²³ Moen en Ansems (2004) hebben het in deze context over de vaardigheden “verbinden, schakelen, levelen en snorkelen” en “scharrelen en binden” van een manager (p. 113).

wordt een appel op hen gedaan om te overleggen en te onderhandelen met de achterban en het management. Als mandataris zijn zij primair georiënteerd op de vertegenwoordiging van hun achterban en dienen hiertoe te overleggen en onderhandelen met hun tegenspeler en partner.

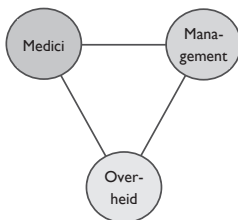
9.2 INTEGRATIEBEWEGING OVERHEID BEDREIGT PACIFICATIE

De Nederlandse overheid heeft de afgelopen vier decennia wet- en regelgeving geïntroduceerd en gedragsnormen ontwikkeld voor het zorgstelsel en in het bijzonder voor de besturing van ziekenhuizen. Het accent ligt hierin op het centreren van de macht in het ziekenhuis én op de integratie van medici in het ziekenhuis (zie ook hoofdstuk 1). Daarmee mengt de overheid zich als derde partij (Simmel, 1950)²⁴ in het conflict tussen management en medici zoals dat in paragraaf 9.1 beschreven is (zie figuur 9.2). De structurering van de besturingsprocessen in het onderhandelingsnetwerk is het product van activiteiten van management, medici én de overheid.²⁵

9.2.1 Beleidsopvattingen overheid besturing ziekenhuis

De afgelopen decennia heeft de overheid diverse wetten en richtlijnen geïntroduceerd waarmee druk wordt uitgeoefend op het centraliseren van macht in de richting van de

Figuur 9.2 Inmenging derde partij in conflict management en medici



Raad van Bestuur en de integratie van medici in het ziekenhuis (zie ook hoofdstuk 1). Interventies variëren van hervormingen van het zorgstelsel, en daarmee de organisatie van ziekenhuiscare in de richting van marktwerking, tot wijzigingen in de juridische en economische positie van medici in het ziekenhuis. Zo beperkt de overheid mogelijkheden tot ondernemerschap van medici en intervenueert in het inkomensbeleid. Daarnaast oefent zij invloed uit op de besturing van het ziekenhuis door de ontwikkeling van wet- en

²⁴ Simmel (1950) stelt "yet ... no matter how close a triad may be, there is always the occasion on which two of the three members regard the third as an intruder" (p. 135). De toevoeging van een derde partij aan een dyad (namelijk een relatie tussen twee partijen) zorgt voor een toename in de complexiteit van een relatie (Kadusbin, 2012).

²⁵ In het kielzog van de overheid bemoeien zich ook andere externe partijen met de besturing van het ziekenhuis. Denk hierbij aan brancheorganisaties (FMS, NVZ, CMDZ), consultants en instellingen die zorg dragen voor de naleving van het door de overheid gestelde beleid.

regelgeving inzake de eindverantwoordelijke positie van de Raad van Bestuur en regels op het gebied van ‘Good Governance’.

Voor 1994 hadden (vertegenwoordigers van) management en medici de ruimte om hun interactie zelf vorm te geven (zie ook hoofdstuk 1). Zij deden dit door de verschillen en het conflict tussen beide partijen te accepteren (VPA, Vijfpartijenakkoord, 1989; Management Participatie, 1991; Schaaf & Bedaux, 1988). Vanaf de introductie van de budgetteringssystematiek in 1983 en vooral sinds de ontwikkeling van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (1994)²⁶, mengt de overheid zich in het conflict tussen management en medici. Kenmerkend voor de bemoeienis van de overheid met de besturing van het ziekenhuis is de focus op de ontwikkeling van het management als centrale actor in de besturing van het ziekenhuis en de integratie van medici in het ziekenhuis.

De bemoeienis van de overheid met het zorgstelsel en het ingrijpen in de besturing van ziekenhuizen is te verklaren doordat zij zichzelf verantwoordelijk acht voor “*het bevorderen van het recht op gezondheidszorg*” (Hermans e.a., 2010).²⁷ De overheid bemoeit zich op economisch, juridisch en organisatorisch vlak met de besturing van het ziekenhuis om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te bewerkstelligen. Sinds de introductie van de budgetteringssystematiek (1983) is de inmenging van de overheid in het zorgstelsel en daarmee de besturing van ziekenhuizen in belangrijke mate gericht op de beheersing van de zorgkosten. Ook de initiatieven die gericht zijn op het veranderen, dan wel implicaties hebben voor de vormgeving van de relatie tussen het management en medisch specialisten, kunnen voor een belangrijk deel worden geïnterpreteerd als pogingen ter beheersing van de zorgkosten – van onder andere medici – in algemene ziekenhuizen.

De overheid ziet de Raad van Bestuur in ziekenhuizen als een instrument om de inkomsten en verantwoordelijkheden van de professionals te beïnvloeden. Zij legt in toenemende mate het accent op de management logica en stuurt op een monolithische besturingsstructuur. Volgens de overheid wordt een ziekenhuis bestuurbaar wanneer er sprake is van één “*besturingscentrum*” (Maarse & Moen, 1991) dat in staat is om effectief te besturen. De veronderstelling over de aanwezigheid van een centraal aan te sturen organisatie met een monolithische structuur vertoont gelijkenissen met het bureaucratische model van Weber (1921). Een bureaucratisch georiënteerde structuur met de Raad van Bestuur als besturingscentrum, is volgens de overheid de manier om de bestuurbaarheid van het ziekenhuis te vergroten (Maarse & Moen, 1991). Volgens de overheid dient de professionele ziekenhuisorganisatie door één Raad van Bestuur bestuurd te worden als

²⁶ En later de invoering van de Integratiewet (2001) als juridische vervolgmaking van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf.

²⁷ Sinds 1983 is het recht op gezondheidszorg in de Grondwet verankerd. De overheid is verantwoordelijk voor “de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg” (Hermans e.a., 2010, p. 11). “Het ‘recht op gezondheidszorg’ [is] niet letterlijk terug te vinden [in de grondwet] maar [wel de] taak van de overheid om ‘maatregelen’ te treffen ‘ter bevordering van de volksgezondheid’ (Tweede Kamer, 1975-1976, 13 873 nr. 4, p. 14 in Hermans e.a., 2010, p. 12).

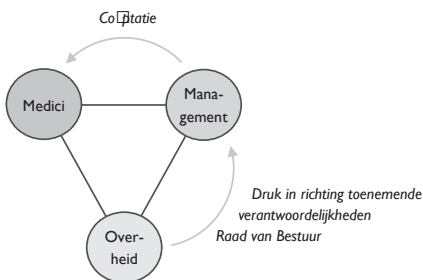
een ‘gewoon bedrijf’ dat (op kosten) concurreert met andere bedrijven.²⁸ Via wet- en regelgeving dwingt de overheid de ziekenhuizen om zich te organiseren als een ‘gewoon bedrijf’ met het de Raad van Bestuur aan het roer.

9.2.2 Overheidsinterventies bedreiging peaceful co-existence

In dit onderzoek komt naar voren dat management en medici in algemene ziekenhuizen een ander spel spelen dan de overheid voor ogen heeft. Daar waar het ‘ziekenhuis als gewoon bedrijf’ als besturingsconcept centraal staat in de interventies van de overheid, zijn partijen in het ziekenhuis betrokken in een onderhandelings spel. Actoren in de ziekenhuizen zijn gericht op een pragmatische samenwerking tussen management en medici. De opvattingen van de overheid en ziekenhuizen over de besturing van een ziekenhuis botsen.

De overheid lijkt voorbij te gaan aan het duale karakter van de besturingsarrangementen door te sturen op het ziekenhuis als een gewoon bedrijf. Zij erkent het (top)management als actor die het ziekenhuis dient te besturen, maar gaat voorbij aan de organisatorische en economische autonomie van medisch professionals en hun bestuurlijke macht. Hierdoor wordt de relatie tussen management en medici – die zich van nature al kenmerkt door conflict – gecompliceerd. De bemoeienis van de overheid met de besturing van het ziekenhuis zet de vreedzaamheid van de co-existentie van management en medici in de besturing van het ziekenhuis onder druk. De pacificatie van het conflict tussen management en medici door de besturing van het ziekenhuis als een onderhandelingsnetwerk, blijft daarom aandacht vragen. De aanhoudende focus van de overheid op de integratie van medici in het ziekenhuis en de (eind)verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur, zorgt voor bestuurlijke drukte en wakkert voortdurend de machtsstrijd tussen management en medici aan. In de onderzochte ziekenhuizen is het delen van macht

Figuur 9.3 Onbedoeld effect inmenging overheid in conflict management en medici



²⁸ Het is een bovendien een veronderstelling van de Nederlandse overheid dat beleidsinstrumenten in de praktijk worden gebracht zonder dat een organisatie hier invloed op uitoefent (Maarse & Moen, 1991). Er is “weinig oog voor de onzekerheden van organisaties bij de inzet van beleidsinstrumenten” (Maarse & Moen, 1991, p. 136).

door het management met medici (zie ook paragraaf 9.1 voor bespreking coöptatie) het antwoord op de toegenomen formele verantwoordelijkheden van de Raad van Bestuur, zoals weergegeven in figuur 9.3.

De structurering van besturingsprocessen in het onderhandelingsnetwerk (zie 9.1.2) is het product van activiteiten van management, medici én de overheid. In de ziekenhuizen wordt ervoor gezorgd dat zij formeel voldoen aan alle (wettelijk voorgeschreven) eisen inzake de besturing van het ziekenhuis (ofwel dat ze compliant zijn). Ze creëren een formele besturingsstructuur die aansluit bij externe eisen over besturing en rapporteren hierover zoals voorgeschreven. Deze activiteiten worden aangeduid als *“frontstage activiteiten”* (Buchanan & Body, 1992; Goffman, 1990). Tegelijkertijd ontwikkelen ziekenhuizen zelf besturingsarrangementen. De (structurering van) onderhandelingsprocessen tussen partijen in het netwerk van partijen kunnen worden getypeerd als *“backstage”* activiteiten (Buchanan & Body, 1992; Goffman, 1990). De ziekenhuizen structureren de duale manier van besturen als reactie op wet- en regelgeving van overheidsinterventies. De interne samenhang die wordt gesmeed tussen management en medici, komt in de ziekenhuizen meer tot stand door onderhandelingsprocessen dan door centrale hiërarchische aansturing (zie ook Moen & Abma, 1992). Onder toenemende druk van de overheid om macht te centraliseren en medici te integreren in het ziekenhuis, groeien de gescheiden frontstage en backstage wereld uit elkaar. De verbinding tussen deze twee werelden ontbreekt (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011). De poging van de overheid om een systeem van marktwerking en bijbehorende verantwoordelijkheden voor met name de Raad van Bestuur (zie ook Okma & Crivelli, 2012) over het bestuurlijke systeem in ziekenhuizen te leggen, zet de bestuurbaarheid van het ziekenhuis (als onderhandelingsnetwerk) onder druk (zie ook paragraaf 9.2.5 voor actualiteit en 9.3 voor analyse bestuurbaarheid besturingsarrangementen). Het zorgt voor een verwijdering tussen de externe en interne besturingswerkelijkheden.

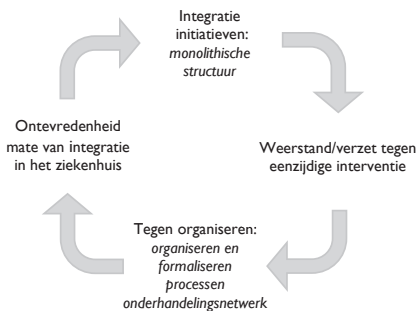
9.2.3 Institutionele kringloop

Als reactie op de overheidsinterventies die gericht zijn op het centraliseren van macht en de integratie van medici in het ziekenhuis, hebben ontevreden partijen in het ziekenhuis zich gedurende de afgelopen decennia steeds anders georganiseerd. Het zijn vooral de medici die zich voortdurend als collectief anders organiseren en zich aanpassen aan de nieuwe juridische werkelijkheid. Denk hierbij aan de organisatie en vertegenwoordiging van belangen van specialisten in diverse geledingen: maatschappen/vakgroepen, Vereniging Medische Staf met het Stafbestuur als vertegenwoordiger, Koepelbestuur, Algemene Leden Vergadering, Medisch Managers, kernstaf en Medisch Specialistisch Bedrijf (zie paragraaf 9.2.5 voor bespreking Medisch Specialistisch Bedrijf). Kijkend naar de ontwikkeling van de organisatie van de medisch specialisten in het ziekenhuis, zijn medici de afgelopen decennia voortdurend in staat gebleken om interventies die worden geïntroduceerd met het oog op het vergroten van de positie van het management ten opzichte van medici, te neutraliseren of om te zetten in hun eigen voordeel. Medici weten integratie interventies ten gunste van hun machtspositie te laten uitwerken. In de onderzochte ziekenhuizen werd zichtbaar dat de gecreëerde positie Medisch Manager in

het management van de eenheden een instrument is om te participeren in de besturing van de eenheid en om de eigen belangen van medici te verdedigen en vertegenwoordigen. Afgaande op de functiebenaming lijkt de creatie van deze positie een poging om medici te integreren in de management kolom. Maar uit dit onderzoek blijkt dat medici juist via deze weg hun machtspositie als medicus konden consolideren of uitbouwen.²⁹ Hetzelfde geldt voor de positie van het Stafbestuur. Medici versterken hun collectieve organisatie als reactie op de interventies die hun economische en organisatorische autonomie bedreigen (Scholten en Van der Grinten, 2005). Op deze manier behouden ze zeggenschap in de organisatie.³⁰

Ook de keuze in ziekenhuizen voor het samengestelde besturingsarrangement als praktische uitwerking van het onderhandelingsnetwerk, kan worden geïnterpreteerd als een manier waarbij medici én management in de ziekenhuizen een eigen weg zoeken in het hanteren van het conflict. Partijen in ziekenhuizen kunnen niet uit de voeten met het besturingsconcept ‘ziekenhuis als gewoon bedrijf’ dat de overheid voor ogen heeft. Daarom leveren zij tegenwerking en kritiek op interventies van de overheid. Volgens Schuyt (1972) is het “*een voor de hand liggend gevolg van wetgeving ... dat mensen zich tegen de wet gaan organiseren*” (p. 109). Omdat er bij de overheid voortdurend ontevredenheid ontstaat over de ontwikkeling van het besturingsarrangement in de ziekenhuizen, wordt de overheid steeds uitgenodigd om nieuwe integratie initiatieven te ontwikkelen. Hiermee is de kringloop rond waarbij regelgeving op regelgeving volgt. Dit circulaire proces wordt ook wel aangeduid als de “*institutionele kringloop*” (Schuyt, 1972) (zie figuur 9.4). De overheid creëert voortdurend zelf zijn eigen tegenkracht (Light, 1995).

Figuur 9.4 Institutionele kringloop besturing ziekenhuis



²⁹ Volgens Freidson (2001) krijg je medici er niet zomaar onder.

³⁰ Volgens Shortell, Gillies, Anderson en Mitchel (2000) zijn “these kinds of collective organisations ... primarily about the defence of economic interests, as is the case here. A basic sense of collaboration is therefore lacking” (in Scholten & Van de Grinten, 2002, p. 138).

De feedback loop tussen het ziekenhuis en de regelgeving van de overheid is vanuit bestuurskundig oogpunt niet bijzonder. Dit is wel het geval voor de aanhoudende agendering van de integratie van medici in het ziekenhuis door de overheid. Hierdoor blijven management, medici en de overheid als derde partij verwickeld in hetzelfde circulaire proces. De interventies van de overheid (en andere externe partijen) die gericht zijn op de integratie van medici in het ziekenhuis, hebben als onbedoeld effect dat ze niet alleen de beoogde integratie tegenwerken maar ook de desintegratie (of verzelfstandiging) van management en medici in de besturing van het ziekenhuis stimuleren.

9.2.4 Bestuurlijke complexiteit door integrale tarieven

De actualiteit maakt zichtbaar dat het circulaire proces nog altijd van kracht is. Begin 2015 zijn door de overheid integrale tarieven ingevoerd. Door de introductie van deze tarieven declareren vrijgevestigd medisch specialisten hun honorarium bij het ziekenhuis en niet meer via het ziekenhuis aan zorgverzekeraars en patiënten (Sijmons, 2014). Door de wijziging in de bekostigingssystematiek staat de fiscale status van de medisch specialist als zelfstandig ondernemer ter discussie (Sijmons, 2014). De introductie van de integrale tarieven is gericht op het beheersen van de kosten van de zorg door het dichter bij elkaar brengen van medici en management. Door de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zijn drie optionele modellen ontwikkeld om de relatie tussen management en medici vorm te geven als reactie op wijzigingen in juridische en financiële verhoudingen in het ziekenhuis. De drie modellen die zijn ontwikkeld zijn: het loondienstmodel waarbij de medisch specialist in dienst treedt van het ziekenhuis, het participatiemodel waarbij de medisch specialist gaat participeren in het ziekenhuis (via aandeelhouderschap) en het samenwerkingsmodel waarbij de medisch specialist werkzaam is voor het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) dat zorg verleent aan het ziekenhuis (Wijn & Stael advocaten, 2014). De overheid had aanvankelijk ingezet – met behulp van een ‘overstapsubsidie’ – op het dienstverband van medisch specialisten in het ziekenhuis (loondienstmodel).³¹

Als gevolg van de introductie van de integrale tarieven zijn in de meeste ziekenhuizen wijzigingen doorgevoerd in de juridische en economische positie van medisch specialisten in het ziekenhuis. De poging om medici organisatorisch te integreren in het ziekenhuis lijkt te zijn mislukt. Naar aanleiding van de introductie van de integrale tarieven werd en wordt in ziekenhuizen door medici opnieuw gezocht naar manieren om hun zeggenschap in het ziekenhuis te behouden.³² In de meeste ziekenhuizen is gekozen voor het samenwerkingsmodel (Medisch Specialistisch Bedrijf) omdat op deze manier medici zeggenschap behouden over de bedrijfsvoering (Heijne, 2014; Schoots & Vermeer, 2015). De medisch specialisten werken binnen dit model niet voor het ziekenhuis maar voor het

³¹ *Subsidie verleidt specialist niet tot loondienst (2014, september, 18). Gevonden op <http://www.skipr.nl/actueel/id19725-subsidie-verleidt-specialist-niet-tot-loondienst.html>*

³² *Dit ondanks de poging om medici de status van ‘fiscaal ondernemer’ te ontnemen en niet langer het onderscheid te maken tussen het instellingsdeel en het honorariumdeel van de DB-zorgproducten waardoor medici hun zelfstandig declaratierecht verliezen en dienen te onderhandelen met het ziekenhuis over hun honorarium (Wijn & Stael advocaten, 2014).*

Medisch Specialistisch Bedrijf dat als toeleverancier zorg levert aan het ziekenhuis. Als reactie op overheidsinterventies hebben medici in de meeste ziekenhuizen ervoor gekozen om zich als collectief in een Medisch Specialistisch Bedrijf te organiseren waardoor er twee “*onafhankelijke bedrijfseconomische entiteiten*” (Kiers, 2015) zijn ontstaan. Er is geen sprake van de gewenste integratie van medici in het ziekenhuis maar juist van desintegratie. Het Medisch Specialistisch Bedrijf kan de machtspositie van de medici ten opzichte van het management zelfs versterken doordat zij hun economische en organisatorische autonomie vergroot. De scheiding van de zuilen en de versterking van de bestuurlijke positie van medici in het ziekenhuis is een onbedoeld effect van de introductie van de integrale tarieven. De ontwikkeling van het Medisch Specialistisch Bedrijf kan worden gezien als een verdere afbakening en formalisering van de al bestaande dualiteit en gelijkwaardigheid van management en medici in de besturing van het ziekenhuis.³³

Door de creatie van het Medisch Specialistisch Bedrijf is het spanningsveld tussen management en medici vergroot. De rust van de pragmatische samenwerking tussen management en medici en het in de ziekenhuizen ontwikkelde besturingsconcept onderhandelingsnetwerk staat onder druk. De ontwikkeling van twee onafhankelijke entiteiten zorgt voorsnog voor meer bestuurlijke complexiteit en de verslechtering van de relatie tussen de Raad van Bestuur en het bestuur van het Medisch Specialistisch Bedrijf (Schoots & Vermeer, 2015).³⁴ Als gevolg van de nieuwe dynamiek moet opnieuw gekeken worden naar de vormgeving van de relatie tussen management en medici. Hetzelfde geldt voor de relatie tussen medici in het ziekenhuis en de organisatie van de medische staf. Ook de relatie tussen medici is verslechterd als gevolg van de introductie van het Medisch Specialistisch Bedrijf (Schoots & Vermeer, 2015). De ontwikkeling van één bedrijfseconomische entiteit is geen sinecure in een zuil van medici die horizontaal georganiseerd is. Omdat alle dokters gelijk zijn in het ziekenhuis, kampt het bestuur van het Medisch Specialistisch Bedrijf met een beperkt mandaat (Schoots & Vermeer, 2015). Bovendien lijken de benodigde leiderschaps- en managementvaardigheden om het Medisch Specialistisch Bedrijf aan te sturen als onderneming veelal te ontbreken (Schoots & Vermeer, 2015).³⁵

Uit recent onderzoek blijkt dat bestuurders en medici het Medisch Specialistisch Bedrijf op een andere manier waarderen (Tias, 2016). Medisch specialisten ervaren dat ze beter in staat zijn om invloed uit te oefenen op het functioneren van de medici. Hoewel bestuurders kansen zien voor de besturing van het ziekenhuis, zijn zij voorsnog overwegend minder positief over de komst van het Medisch Specialistisch Bedrijf vanwege de

³³ *Bestuurlijke gelijkwaardigheid moet niet verward worden met bestuurlijke gelijkgerichtheid. Het is juist in de frictie tussen sterke (georganiseerde) partijen met uiteenlopende belangen en besturingsprincipes dat energie vrij komt (Mastenbroek, 1996; Schoots & Vermeer, 2015).*

³⁴ *De verhouding tussen management en medici komt begin 2016 nog meer onder druk te staan wanneer een Medisch Specialistisch Bedrijf moet onderhandelen over de honoraria van de leden (Schoots & Vermeer, 2015).*

³⁵ *De komst van het Medisch Specialistisch Bedrijf zou weliswaar hebben geleid tot een “voegenomen zelfbewustzijn van de medisch specialisten” en daarmee mogelijk zorgen voor een minder vrijblijvende rol van medici in de besturing van het ziekenhuis (Schoots & Vermeer, 2015).*

toegenomen complexiteit van de besturingsstructuur en “*het verlies aan formele invloed en doorzettingsmacht [van de Raad van Bestuur]*” (Tias, 2016, p. 5). Het huidige Medisch Specialistisch Bedrijf wordt door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gezien als een “*tussenstation op weg naar het participatiemodel*”.³⁶ De gelijkgerichtheid van het ziekenhuisbestuur en medici zou onvoldoende tot uiting komen in het Medisch Specialistisch Bedrijf.³⁷ De doorontwikkeling van wetgeving en besturingsmodellen door de overheid kunnen worden geïnterpreteerd als een volgende stap in de institutionele kringloop (zie paragraaf 9.2.3). Ook de Federatie Medisch Specialististen (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en medisch specialisten in loondienst gaan aan de slag met de doorontwikkeling van het Medisch Specialistisch Bedrijf³⁸ tot een model waarbij de medisch specialist “*verantwoordelijkheid draagt en samen met het ziekenhuis zorgt voor goede, veilige en doelmatige zorg*.”³⁹

In de ziekenhuizen wordt gezocht naar een nieuw evenwicht tussen management en medici. Tegelijkertijd worden ook vragen gesteld over de noodzaak van het nieuwe besturingsconcept Medisch Specialistisch Bedrijf en de hoge kosten die in ziekenhuizen zijn gemaakt door het inhuren van vooral consultants (Van der Velden & Pasma, 2015).⁴⁰ Zeker nu blijkt dat de wijziging van het besturingsmodel wellicht niet nodig was (zie casus ziekenhuis Hoorn waar organisatievorm ongewijzigd is maar medici in twee maatschappijen wel nog steeds worden aangemerkt als vrije ondernemers door de Belastingdienst (Van der Velden & Pasma, 2015)), ontvangt de overheid net als consultants, kritiek op de hoge en onnodige kosten.⁴¹

9.3 BESTUURBAARHEID ZIEKENHUIS

De vraag is wat de consequentie is van het ontwikkelde besturingsarrangement, waarbij wordt gewerkt met een duale besturingsconstructie en vage verbindingen, voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Bestuurbaarheid wordt in dit onderzoek gezien als de mate waarin men, met het oog op het doen functioneren of veranderen van het

³⁶ Schippers ziet MSB als vluchtheuvel (2016, januari, 28). Gevonden op <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2016/1/Schippers-ziet-MSB-als-vluchtheuvel?intcmp=related-content&intcmp=related-content>

³⁷ Schippers ziet MSB als vluchtheuvel (2016, januari, 28). Gevonden op <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2016/1/Schippers-ziet-MSB-als-vluchtheuvel?intcmp=related-content&intcmp=related-content>

³⁸ Schippers ziet MSB als vluchtheuvel (2016, januari, 28). Gevonden op <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2016/1/Schippers-ziet-MSB-als-vluchtheuvel?intcmp=related-content&intcmp=related-content>

³⁹ Minister Schippers: meer aandacht voor governance (2016, januari, 27). Gevonden op <http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/minister-schippers-meer-aandacht-voor-governance>

⁴⁰ Door de hoge kosten van consultants en eigen staf verdampt het resultaat van veel MSB's (Schoots & Vermeer, 2015).

⁴¹ Bezien vanuit de toegenomen bemoeienis van de overheid met de besturing van het ziekenhuis (sinds 1983) is recente berichtgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), als verlengde arm van de overheid, opmerkelijk: namelijk dat er in 2016 ‘ruimte en rust’ komt voor medisch specialistische zorg. “In 2016 voert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geen grote wijzigingen door in de regels voor medisch specialistische zorg. Om rust te creëren in de ziekenhuissector, zijn de regels vereenvoudigd en gebruikersvriendelijker gemaakt. Ook de ziekenhuisnota wordt duidelijker in 2016. Daarnaast komt er meer ruimte om ziekenhuizen te belonen voor innovatieve zorg of extra kwaliteit” (bron: gevonden op <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Meer-ruimte-en-rust-voor-de-medisch-specialistische-zorg-in-2016/>).

ziekenhuis, bij machte is de conflicterende belangen en onderlinge afhankelijkheden van management en medisch specialisten te hanteren (afgeleid van Lammers e.a., 2000; zie ook hoofdstuk 3). Om inzicht te verkrijgen in de bestuurbaarheid van het ziekenhuis als professionele organisatie wordt in dit hoofdstuk het samengestelde besturingsarrangement geanalyseerd in termen van de volgende twee netwerkdilemma's:

- 1) de mate van participatie versus de mate van doelmatigheid;
- 2) de mate van interne legitimiteit versus de mate van externe legitimiteit.⁴²

9.3.1 Participatie en doelmatigheid

In dit onderzoek wordt een 'trade-off' zichtbaar tussen de mate van participatie en de mate van doelmatigheid in de besturing van het ziekenhuis (Provan & Kenis, 2008). De keuze voor de participatie van management én medici in de besturing van het ziekenhuis (via een samengesteld besturingsarrangement) gaat ten koste van de doelmatigheid van de besluitvorming in de organisatie. Hoe meer participanten betrokken zijn bij de besluitvorming in een onderhandelingsnetwerk, des te meer tijd dit proces kost (Provan & Kenis, 2008).⁴³ Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat het werken met een overleg- en besluitvormingsprocedure die bestaat uit meerdere rondes en waarin diverse partijen deelnemen, zorgt voor 'trage' besluitvorming. Het vele overleg is de consequentie van de ontwikkeling van een onderhandelingsconstellatie waarin partijen voortdurend formeel en informeel afstemming zoeken met hun tegenspeler en hun achterban.

Om de doelmatigheid van de organisatie te vergroten, kan gekozen worden om minder actoren te betrekken in de besluitvorming van het ziekenhuis. De kans is echter groot dat dit zorgt voor een afname van het commitment van participanten in de besluitvorming van het ziekenhuis (Provan & Kenis, 2008). Juist de participatie van medici in de besturing van het ziekenhuis is van belang voor het pacificeren van het conflict tussen management en medici. Met de keuze voor pragmatische samenwerking tussen management en medici in het ziekenhuis wordt gekozen voor draagvlak.

In de ziekenhuizen weegt participatie zwaarder dan doelmatigheid. De reden hiervoor is gelegen in de macht van medici in het ziekenhuis. Managers en bestuurders kiezen voor het delen van macht omdat zij voor de besturing van het ziekenhuis afhankelijk zijn van medisch professionals die beschikken over deskundigheidsmacht en hindermacht. Medici nemen – in deze duale besturingsconstructie – de ruimte om op basis van de verworven macht de besturing van de organisatie te beïnvloeden. Deze constructie, waarin meer partijen met diverse machtsbronnen participeren in de besturing van het ziekenhuis, maakt het ziekenhuis tot een conservatieve organisatie waarin veel besluiten niet doorgaan,

⁴² Gebaseerd op Provan en Kenis (2008) en Keuning en Eppink (2004) (zie ook hoofdstuk 3).

⁴³ "Time consuming and resource intensive" (Provan & Kenis, 2008, p. 230).

niet worden genomen (non-decision making) of niet worden geagendeerd. De langzame besluitvorming zorgt voor een energielek en frustratie bij partijen in de organisatie.⁴⁴

9.3.2 Interne en externe legitimiteit

In dit onderzoek komt naar voren dat de interne legitimiteit over het besturingsarrangement zwaarder weegt dan de externe legitimiteit. Het werken met een samengesteld besturingsarrangement staat haaks op de beleidsopvattingen van de overheid, maar werkt naar tevredenheid van management en medici in het ziekenhuis. Zoals al werd beschreven, oefenen de beleidsinterventies van de overheid in toenemende mate druk uit op de relatie tussen management en medici en compliceert zo de interne besturingsopgave. De overheid doet voortdurend pogingen om de spelregels voor de besturing van het ziekenhuis aan te passen in de richting van een monolithisch bedrijf dat drijft op hiërarchische regels terwijl de ziekenhuizen zelf bestuurd worden als een gefragmenteerd netwerk van in beginsel autonome maar wederzijds afhankelijke partijen die met elkaar onderhandelen. Het vergt daarom voortdurend tijd en energie in de ziekenhuizen om het besturingsarrangement aan te passen aan de wet- en regelgeving. Om externe legitimiteit te verkrijgen, kiezen ziekenhuizen ervoor om formeel (ook wel frontstage) aan te sluiten bij de wet- en regelgeving en ontwikkelde gedragsregels inzake de besturing van een ziekenhuis. In de ziekenhuizen zelf wordt (backstage) een passend besturingsarrangement ontwikkeld voor het werken in een onderhandelingsnetwerk ten behoeve van de interne bestuurbaarheid van het ziekenhuis. De keuze in de ziekenhuizen om te werken met een duale besturingsconstructie, bewust gekozen vage posities, afspraken over interactie, (getrapte) overleg- en besluitvormingsprocedure en vertrouwen, gaat vervolgens ten koste van de externe legitimiteit.

Het ontwikkelde besturingsarrangement draagt bij aan de bestuurbaarheid van het ziekenhuis omdat er bewust voor gekozen is de interactieprocessen tussen partijen in het onderhandelingsnetwerk expliciet en bruikbaar te maken (De Jong, 1995). De interne legitimiteit en participatie wegen het zwaarst (zie figuur 9.5).⁴⁵

Figuur 9.5 Zwaartepunt dilemma's samengestelde besturingsarrangementen



⁴⁴ "Network activities and involvement takes an increased toll on their time and energies" (Weiner & Alexander, 1998 in Provan & Kenis, 2008, p. 242).

⁴⁵ Dit is in lijn met wat Mintzberg (1991) en Weggeman (1992) (in Moen e.a., 2002) stellen dat een professionele organisatie bestuurbaar wordt door aandacht te besteden aan de binnenkant van de organisatie (vooral opleiding en cultuurverandering) en niet door meer (positie)macht te gaan uitoefenen en structuren te ontwerpen.

9.4 REFLECTIE ONDERZOEK EN PRAKTISCHE AANBEVELINGEN

Uit dit onderzoek zijn lessen te trekken met betrekking tot het conflict tussen management en medisch professionals in het ziekenhuizen. Bovendien levert dit onderzoek praktische aanbevelingen op over hoe het conflict tussen management en professionals kan worden gehanteerd.

9.4.1 Reflectie onderzoek

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van casusonderzoek om de besturingsarrangementen die in ziekenhuizen zijn ontwikkeld zichtbaar te maken. In het bijzonder is gebruik gemaakt van een abductieve manier van onderzoek doen om te komen tot een diepgaande analyse en begrip van de besturingsarrangementen in hun lokale context (Dubois & Gadde, 2014). Met dit type onderzoek was het mogelijk op zoek te gaan naar nieuwe concepten en de bestaande theorie verder te ontwikkelen (Dubois & Gadde, 2002).⁴⁶ Tijdens het onderzoek werd bewust gestart met een bescheiden theoretisch raamwerk. Hiervoor is gekozen zodat de onderzoeker zich kon openstellen voor nieuwe concepten en inzichten. Het theoretisch raamwerk heeft zich gaandeweg het onderzoek verder ontwikkeld om meer richting te geven aan de dataverzameling, analyse en rapportage. Het voortdurend pendelen tussen data, literatuur en analyses was noodzakelijk voor het gebruik van goede constructen en om uiteindelijk tot een *“good story”* te komen (Dubois & Gadde, 2014). Vooral door de verzameling van data door interviews en observaties, kreeg de onderzoeker de kans om inzicht te verwerven in de besturing van het ziekenhuis en aan te sluiten bij lokale besturingsvraagstukken. Om te komen tot een diepgaand begrip van de besturingsarrangementen in de ziekenhuizen, is gekozen voor thick descriptions en de analyse van de elementen in het besturingsarrangement in hun onderlinge samenhang.

De in dit onderzoek gevonden elementen in het besturingsarrangement kunnen dienen als bruikbare constructen (zie hoofdstuk 8 en bijlage V) om de pragmatische samenwerking tussen management en professionals verder te onderzoeken. Ondanks dat er veel onderzoek is gedaan naar het conflict tussen management en professionals ontbreekt een systematisch inzicht in de wijze waarop actoren met elkaar omgaan en belangen uitruilen (Smets e.a., 2015). In lijn met de resultaten van dit onderzoek is in het bijzonder diepgaand onderzoek naar de besturingsdynamiek (in het bijzonder het onderhandelings spel) in het ziekenhuis als onderhandelingsnetwerk wenselijk. Daarnaast zou toekomstig onderzoek beter in beeld kunnen brengen wat de precieze betekenis van samengestelde besturingsarrangementen is voor het functioneren van organisaties die bestaan uit een gefragmenteerd netwerk van in beginsel autonome maar wederzijds afhankelijke partijen. In dit onderzoek wordt zichtbaar dat het ontwikkelde besturingsarrangement zorgt voor pacificatie van het conflict tussen management en medici. Uitgangspunt van de gekozen duale besturingsconstructie is de wederzijdse acceptatie van management en medici in

⁴⁶ Er is gekozen voor abductief onderzoek omdat veel management theorieën de ‘logic of practice’ niet kunnen vangen omdat ze ontwikkeld zijn binnen het kader van ‘scientific rationality’ (Sandberg & Tsoukas, 2011).

de besturing van het ziekenhuis én het spanningsveld tussen deze partijen (als gevolg van hun wederzijdse afhankelijkheden, conflicterende belangen en uiteenlopende besturingsprincipes). De vele 'kleuren' in de organisatie maken de organisatie krachtig. Het werken met verschillende partijen met conflicterende belangen en besturingsprincipes zorgt voor energie en creëert meerwaarde in de besturing van het ziekenhuis. Spanningen zijn de drijfkracht van veel energie (Mastenbroek, 1996, p. 56). Het conflict tussen management en professionals kan als functioneel worden gezien in de ziekenhuizen (zie ook Ponds (1967); Lewis (2000)). Maar vanwege de kwetsbaarheid van het besturingsarrangement hangt de machtsstrijd tussen management en medici echter altijd in de lucht. Het risico van besluitvorming in een netwerkorganisatie is dat het zich ontwikkelt tot een puur machtsspel (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011). Daarmee kan het conflict tussen management en medici ook omslaan in een disfunctioneel conflict. Toekomstig onderzoek zou beter in beeld moeten brengen wanneer het conflict tussen management en professionals functioneel dan wel disfunctioneel is en wat dit betekent voor de prestaties van de organisatie.⁴⁷

9.4.2 Praktische aanbevelingen

De in dit onderzoek verkregen kennis over besturingsarrangementen in ziekenhuizen biedt handvatten voor de besturing van ziekenhuizen. Hoewel dit onderzoek niet gericht is op het in kaart brengen van best practices of de effectiviteit van elementen uit het besturingsarrangement, levert de inhoud van dit onderzoek inzichten op over hoe ziekenhuizen bestuurd kunnen worden. Voor de besturing van het ziekenhuis en het hanteren van het conflict bespreekt de onderzoeker hieronder drie praktische aanbevelingen.

Aanbeveling 1: Bewustwording en erkenning onderhandelingsnetwerk

In dit onderzoek komt naar voren dat de verschillende spelers die betrokken zijn bij de besturing van het ziekenhuis andere opvattingen hebben over de besturing van het ziekenhuis. Management en medici beschouwen de besturing van het ziekenhuis als een onderhandelingsnetwerk dat vooral vorm krijgt in een duale besturingsconstructie waarbij de erkenning van de autonomie van management én medici centraal staat. De overheid lijkt het ziekenhuis primair te zien als een 'gewoon bedrijf' dat ook als zodanig bestuurd en beheerst dient te worden met behulp van een monolithische structuur. Deze verschillen in visie over het spel dat gespeeld wordt in ziekenhuizen werken onduidelijkheid in de hand en vergroten de druk op de relatie tussen management en medici. Dit kan het conflict tussen management en medici versterken, zorgen voor strijd en daarmee de besturing van het ziekenhuis belemmeren. Het is daarom van belang dat betrokken partijen de complexiteit van de besturing in een onderhandelingsnetwerk herkennen en erkennen.

⁴⁷ De Caluwé en Vermaak (2006) hebben het in deze context over de productiviteit van het "oerconflict" (Hanson, 1996).

Aanbeveling 2: Structureren samengestelde besturingsconstructie en functionele vaagheid

Om het conflict tussen management en medici in ziekenhuizen hanteerbaar te maken moet er continue aandacht zijn voor het structureren van een samengestelde besturingsconstructie. De duale zeggenschapslijnen met twee machtscentra en de in de ziekenhuizen aanwezige onderhandelingsprocessen dienen te worden georganiseerd en geformaliseerd. Dit is in lijn met de netwerkgedachte waarbij het uitgangspunt is dat verschillende partijen in het ziekenhuis sterk gemaakt moeten worden (Laloux, 2015)⁴⁸ om te komen tot een bestuurbare professionele organisatie. Het gaat er niet om dat management én medici meer of minder macht en autonomie krijgen. In een onderhandelingsnetwerk moeten partijen namelijk terughoudend omgaan met macht. De vraag is hoe management én medici sterk gemaakt kunnen worden, zodat ze samen het ziekenhuis kunnen besturen. In dit onderzoek komt naar voren dat door zowel management als medici sterk te maken, het ziekenhuis beter bestuurbaar wordt. Doordat zij gelijkwaardig zijn in de besturing van het ziekenhuis en er sprake is van wederzijdse acceptatie, wordt het conflict gepacificeerd. Er ontstaat energie door de frictie tussen sterke (georganiseerde) partijen met uiteenlopende belangen en besturingsprincipes (Mastenbroek, 1996). Een aandachtspunt daarbij is er voor te zorgen dat de participatie de besluitvorming niet belemmert.

Om de management zuil en de zuil van medici met elkaar te verbinden, is het van belang dat er wordt gewerkt met vage posities en weinig gedetailleerde afspraken over samenwerking en overleg- en besluitvormingsprocessen. Doordat deze “*vage figuren*” (Barendrecht, 1992 in Bal, 2006) ambigu en multi-interpretabel zijn, worden actoren in de gelegenheid gesteld om met elkaar in gesprek te gaan over en gezamenlijk vorm te geven aan hun rollen en interactie. Deze vaagheid (in het ontwikkelde besturingsarrangement) is functioneel omdat hierdoor het kwetsbare en dynamische karakter van de besturing in het onderhandelingsnetwerk kan worden gehanteerd.

Aanbeveling 3: Investeren vaardigheden en competenties personen

Omdat het functioneren van het onderhandelingsnetwerk staat of valt met de effectiviteit van het gedrag van actoren, moet in de ziekenhuizen worden geïnvesteerd in de kennis en competenties van deze personen om adequaat te kunnen opereren in een onderhandelingsnetwerk. Vooral het werken op de grenzen van twee zuilen in een onderhandelingsnetwerk doet een appel op het vermogen van actoren om een verbinding te leggen tussen de zuilen. Opleiding en training van management en medici die niet of onvoldoende zijn opgeleid om het onderhandelingsspel te spelen, zijn nodig voor het vergroten van de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Om het onderhandelingsspel te kunnen (blijven) spelen moeten deze spelers – vooral het management – namelijk in staat zijn recht te doen

⁴⁸ *Het past binnen het netwerkdenken dat diverse partijen in een samenlevingsverband sterk zijn en dat er wordt gekeken hoe alle partijen in een netwerk macht kunnen krijgen (Laloux, 2015) (namelijk krachtig kunnen worden gemaakt). Het vraagstuk hoe macht verdeeld moet worden past binnen klassieke opvattingen over besturen en organiseren (Laloux, 2015) waarbij 'command and control' centraal staat. De strijd om macht wordt gedreven vanuit de eigen belangen van een partij (ego) en niet door het streven naar "heelheid" ("wholeness") waarbij de verschillende belangen worden overstegen (Laloux, 2015).*

aan de verschillende belangen in de organisatie (ook wel “*meervoudige partijdigheid*” van Choy (2005)).

Literatuurlijst

- A**
- Abma, T.A., & Widdershoven, G.A.M. (2006). *Responsieve methodologie*. Den Haag: Lemma.
 - Abma, T.A., & De Roo, A.A. (1992). Naar postmodern management van strategische verandering: een visie op de sturing van strategische besluitvorming en toekomstig onderzoek hiernaar. In De Jong, P., Korsten, A.F.A., Van der Made, J.H. (1992). *Ziekenhuizen; besluitvorming en management*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
 - Aldrich, H., & Herker, D. (1977). Boundary Spanning Roles and Organization Structure. *The Academy of Management Review*, 2(2), 217-230.
- B**
- Bal, R. (1998). *Grenzenwerk: over de organisatie van normstelling voor de arbeidsplek*. Twente University Press.
 - Bal, R. (2006). Van beleid naar richtlijnen en weer terug. Over het belang van 'vage figuren'. In J.-K. Helderma, Pauline Meurs, & Kim Putters (eds.), *Orkestratie van gezondheidszorgbeleid: Besturen met rationaliteit en redelijkheid* (pp. 81-93). Assen: Van Gorcum.
 - Bal, R., Quartz, J., & Wallenburg, I. (2015). *Making hospitals governable. How rankings are transforming hospital organizations*. Gevonden op <http://irspm2015.com/sppa/index.php/irspm/IRSPM2015/paper/view/1073>.
 - Balogun, J. C., Huff, A., & Johnson, P. (2003). 'Three responses to the methodological challenges of studying strategizing'. *Journal of Management Studies*, 40(1), 197-224.
 - Balogun, J., Gleadle, P., Hope Hailey, V., & Willmott, H. (2005). Managing Change Across Boundaries: Boundary-Shaking Practices. *British Journal of Management*, 16, 261-278.
 - Bate, P. (2000). Changing the Culture of a Hospital: From Hierarchy to Networked Community. *Public Administration*, 78(3), 485-512.
 - Becker, H.S. (1986). *Writing for social scientists: how to start and finish your thesis, book or article*. Chicago: The University of Chicago Press.
 - Beech, N., & Huxham, C. (2003). 'Cycles of identity formation in interorganizational collaborations'. *International Studies of Management and Organization*, 33(3), 28-52.
 - Beijer, H., & Paquay, P. (2011). Ziekenhuis-organisatie en medische staf: together apart.
 - Biddle, (1986). Recent Developments in Role Theory. *Annual Review of Sociology*, 12, 67-92.
 - Blau, P.M. (1967-68). The Hierarchy of Authority in Organizations. *American Journal of Sociology*, 453-467.

- BNR Debat | Wie wordt de baas in het ziekenhuis? (2015, oktober, 4). Gevonden op <http://www.bnr.nl/event/982962-1510/bnr-debat-wie-wordt-de-baas-in-het-ziekenhuis>
- Brancheorganisaties Zorg (2009). Zorgbrede Governance Code 2010. Bunnik: Drukkerij Libertas BV.
- Brancheorganisaties Zorg (2005). Zorgbrede Governance Code 2005.
- Buchanan, D., & Body, D. (1992). *The Expertise of the Change Agent*. Hempstead: Prentice Hall.
- Burns, L.R., & Becker, S.W. (1988). Leadership and Management. In Shortell, S.M., & Kaluzny, A.D. *Health care management: a text in organization theory and behavior* (2e ed.). New York: Delmar Publishers Inc.

- C**
- Choy, Y.W. (2003). Organisaties maken mensen. Coaching vanuit systeemtheoretisch perspectief. In Dijkstra, T., *Coachen bij de overheid*. 's Gravenhage: Elsevier.
 - Choy, Y.W. (2005). De vraag op het antwoord: systemische interventies voor conflicten in organisaties. Rotterdam: Drukkerij De Maasstad.
 - Commissie Modernisering Curatieve Zorg ('Commissie Biesheuvel') (1994). *Gedeelde zorg: betere zorg*. Rijswijk/Den Haag: SDU-uitgevers.
 - Commissie Health Care Governance ('Commissie-Meurs') (1999). *Health Care Governance, aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg*. Soesterberg.
 - Consultatie Zorgbrede Governancecode (2016, mei, 24). Gevonden op <http://www.brancheorganisatieszorg.nl/index/zorgbrede-governancecode-2017>
 - Czarniawska, B. (1998). *A Narrative Approach to Organizational Studies*. California/London/New Delhi: Sage.
 - Czarniawska, B. (2006). A Golden Braid: Allport, Goffman, Weick. *Organization Studies*, 27(11), 1661–1674.

- D**
- De Bruijn, J.A. (2001). *Prestatiemeting in de publieke sector*. Utrecht.
 - De Bruijn, J.A. (2002). Outputsturing in publieke organisaties: over het gebruik van een product- en een procesbenadering. *Management & Organisatie*, 3(mei/juni).
 - De Bruijn, J.A., & Ten Heuvelhof, E.F. (2011). *Management in netwerken: Over veranderingen in een multi-actor context*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
 - De Caluwé, L., & Vermaak, H. (2006). *Leren Veranderen: een handboek voor de veranderkundige* (2e ed.). Deventer: Kluwer.
 - De Jong, A.J. (1992). *De gelaagde organisatie: kenmerken van weerstand en verandering in professionele organisaties*. Assen: Van Gorcum.
 - De Man, H. (1996). Organiseren: proces, interactie en evolutie. *Klassieke studies in de bestuurskunde*, 5(6), 296–304.
 - Degeling, P.J., Maxwell, S., Iedema, R., & Hunter, D.J. (2004). Making clinical governance work. *BMJ*, 329(7467), 679–681.
 - Den Hartog, F., & Van Sluijs, E. (2000). *Onderzoek in organisaties* (2e ed.). Assen: Van Gorcum.
 - Diefenbach, T., & Sillince, J. A. (2011). Formal and informal hierarchy in different types of organization. *Organization Studies*, 32(11), 1515–1537.
 - Dubois, A., & Gadde, L. E. (2002). Systematic combining: An abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, 55, 553–560.

- Dubois, A., & Gadde, L.E. (2014). "Systematic combining" – A decade later. *Journal of Business Research*, 67, 1277–1284.
 - Dunn, S. (1981). The growth of the post-entry closed shop in Britain since the 1960's: some theoretical considerations. *British Journal of Industrial Relations*, november, 275–296.
 - Dyer, W. G., & Wilkins, A. L. (1991). Better stories, not better constructs, to generate better theory: A rejoinder to Eisenhardt. *Academy of Management Review*, 16(3), 613–619.
- E**
- Eecklo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C., & Vleugels, A. (2004). From corporate governance to hospital governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Hospital Policy*, 68, 1–15.
 - Eisenberg, E. M. (1984). 'Ambiguity as strategy in organizational communication'. *Communication Monographs*, 51(3), 227–42.
 - Eisenhardt, K. M. (1991). Better stories and better constructs: The case for rigor and comparative logic. *Academy of Management Review*, 16(3), 620–627.
 - Eshuis, J. (2006). *Kostbaar vertrouwen; een studie naar proceskosten en procesvertrouwen in beleid voor agrarisch natuurbeheer*. Delft: Eburon.
- F**
- Finlay, P. (2000). *Strategic Management: an Introduction to Business and Corporate Strategy*. Edinburgh Gate, Harlow, Essex: Pearson Education Limited.
 - Ferlie, W., FitzGerald, L., McGivern, G., Dopson, S. and Bennet, C. (2013). *Making wicked problems governable? The case of networks in health care*. Oxford: Oxford University Press.
 - Fiol, C.M., Pratt, M.G., & O'Connor, E.J. (2009). 'Managing intractable identity conflicts'. *Academy of Management Review*, 34(1), 32–55.
 - Fiss, P., C. (2008). Institutions and Corporate Governance. In Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K., Suddaby, R. (eds). *The Sage handbook of Organizational Institutionalism*. Sage Publications.
 - Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- G**
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
 - Geurts, J. (2011). De organisatie als strategie: een reflectie op 'structure follows strategy'. In Wentink (eds.). *Perspectieven op management: een agenda voor managers*. Boom Lemma Uitgevers.
 - Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31.
 - Giroux, H. (2006). It was such a handy term: Management fashions and pragmatic ambiguity. *Journal of Management Studies*, 43(6), 1227–1260.
 - Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001 I). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–69.
 - Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001 II). Managing the care of health and the cure of disease—Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70–84.
 - Goffman, E. (1990). *The presentation of self in everyday life* (8e ed.). London etc.: Penguin.
 - Goodrick, E., & Reay, T. (2011). Work of pharmacists constellations of institutional logics: changes in the professional work of pharmacists. *Work and Occupations*, 38, 372–416.
 - Gouldner, A.W. (1954). *Patterns of industrial bureaucracy*. Glencoe, IL: Free Press.
 - Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Micellota, E., & Lounsbury, M. (2011). Institutional complexity and organizational responses. *Academy of Management Annals*, 5(1), 1–55.

- Grit, K. (2000). *Economisering als probleem. Een studie naar de bedrijfsmatige stad en de ondernemende universiteit*. Assen: Van Gorcum.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1994). 'Competing paradigms in qualitative research'. In Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage.

H

- Håkansson, H., & Ford, D. (2002). How should companies interact in business networks? *Journal of Business Research*, 55, 133-39.
- Hanson, E.M. (1996). *Educational administration and organizational behavior*, Allyn and Bacon, Boston, 1996.
- Harrison, S., & Pollit, C. (1994). *Controlling Health Professionals. The future of work and organization in the NHS*. Open University Press, Buckingham/Bristol.
- Heijne, S. (2014). Specialisten willen niet in loondienst ondanks subsidie. *Volkskrant* (november, 7). Gevonden op <http://www.volkskrant.nl/binnenland/specialisten-willen-niet-in-loondienst-ondanks-subsidie-a3784479/>
- Hermans, H.E.G.M., Muijsers, L., & Scholten, G.R.M. (2010). Wetgever zet besturing zorginstellingen onder druk. *Zorg & Financiering*, 1, 11-21.
- Hinings, C. R. (1997). 'Reflections on processual research'. *Scandinavian Journal of Management*, 13(4), 493-503.
- Hoek, H. (2007). *Governance & Gezondheidszorg, Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland* (proefschrift).
- Hope Hailey, V., & Balogun, J. (2002). Devising Context Sensitive Approaches To Change: The Example of Glaxo Wellcome, *Long Range Planning*, 35, 153-178.

J

- Johnson, G., Whittington, R., Scholes, K. (2011). *Exploring strategy* (9e ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Juch, A. (1997). *De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg. Hun manifestatie en consolidatie 1890 - 1941*. Proefschrift, Erasmus Publishing, Rotterdam.

K

- Kadushin, C. (2012). *Understanding social networks: theories, concepts and findings*. New York: Oxford University Press.
- Kahn, Ph.S. (1997). *De juridische relatie ziekenhuis, medisch specialist en kwaliteit van zorg*. Proefschrift, Koninklijke Vermande, Lelystad.
- Katz, D., & Kahn, R.L. (1978). *The Social Psychology of Organizations*. New York: Wiley & Sons.
- Kamerstukken II, Memorie van toelichting, 1996-1997, 25258, nr.3.
- Keuning, D., & Eppink, D. (2004). *Management & Organisatie: theorie en toepassing*. S. Kroese.
- Kiers, B. (2015). Oprichten MSB's was overbodig. *Zorgvisie* (juni, 26). Gevonden op <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2015/6/Oprichten-MSBs-was-overbodig-1782645W/?intcmp=related-content&intcmp=related-content>
- Kirkpatrick, I., Bullinger, B., Dent, M., and Legas, F. (2012). The development of medical-manager roles in European hospital systems: a framework for comparison. *Internal Journal of Clinical Practice*, 66(2), 121-124.
- Kitchener, M. (2000) "The "Bureaucratization" of Professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals", *Organization*, 7(1), 129-54.

- Klazinga, N., & Schepers, R. (1996). Tussen eenheid en verdeeldheid. *Gezondheid. Theorie in Praktijk*, 4(1), 16-29.
 - Kloosterboer, P.P. (2012). *Van Waarnemen naar Waarmaken, Expeditie naar Waarde met professionals*. Den Haag, Academic Service, publieksversie academisch proefschrift
 - Kloosterboer, P.P., & Sterk, R.M. (1996). *Tussen centraal en decentraal: dilemma's en strategieën voor stafeenheden*. CORDES.
 - Kruijthof, K. (2005). *Doctors' orders. Specialists day to Day Work and their Jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- L**
- Laloux, F. (2015). *Reinventing Organizations* (Nederlandstalige ed.). Leuven: Uitgeverij Lannoo Campus.
 - Lammers, C.J., Mijs, A.A., & Noort, W.J. van (2000). *Organisaties vergelijkenderwijs, Ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*. Utrecht: Spectrum.
 - Landelijke Specialisten Vereniging taakgroep (1979). *Rapport van de taakgroep relatie bestuur, directie en medische staf*. LSV: Utrecht.
 - Lawrence P.R., & Lorsch J.W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12, 1-47.
 - Lewis, M. W. (2000). Exploring Paradox: Toward a More Comprehensive Guide. *The Academy of Management Review*, 25(4), 760-776.
 - Light, D. (1995). 'Countervailing powers: A framework for professions in transition'. In Johnson, T., Larkin, G., Saks, M. (eds). *Health professions and the state in Europe*. London: Routledge.
 - Lijphart, A. (1968). *Verzuiling, pacificatie en kentering in de Nederlandse politiek*. Amsterdam: De Bussy.
 - Llewellyn, S. (2001). "'Two-Way Windows': Clinicians as Medical Managers'. *Organization Studies*, 22(4), 593-623.
 - Long, J.C., Cunningham, F.C., Braitwaite, J. (2013). Bridges, brokers and boundary spanners in collaborative networks: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 13(158), 1-13.
 - Löwy, I. (1992). The strength of loose concepts: boundary concepts, federative experimental strategies and disciplinary growth: The case of immunology. *History of Science*, 30, 371-96.
- M**
- Maarse, J.A.M. (1988). *Budgettering van ziekenhuizen, aspecten, trends en effecten*. Rijksuniversiteit Limburg.
 - Maarse, J.A.M., & Moen, J. (1991). Instrumenten van beleid: De doorwerking vanuit een organisatiethooretisch perspectief. *Beleidswetenschappen*, 2, 132-147.
 - Mackenbach, J.P., & Maas, P.J. (2008). *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
 - Mantere, S., & Ketokivi, M. (2013). Reasoning in organization science. *Academy of Management Review*, 38(1), 70-89.
 - Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
 - Mastenbroek, (1996). *Conflictantering en organisatie-ontwikkeling*. Proefschrift Leiden. Alphen aan den Rijn: Samsom.

- Meer ruimte en rust voor de medisch specialistische zorg in 2016 (2015, juli, 2). Gevonden op <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Meer-ruimte-en-rust-voor-de-medisch-specialistische-zorg-in-2016/>
- Merton, R.K. (1957). *Social Theory and Social Structure*. Glencoe: The Free Press.
- Mills, A.J., Durepos, G., & Wiebe, E. (2010). *Encyclopedia of Case Study Research*. California: Sage Publications, Inc., Thousand Oaks.
- Minister Schippers: meer aandacht voor governance (2016, januari, 27). Gevonden op <http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/minister-schippers-meer-aandacht-voor-governance>
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A synthesis of research on Organizational Design. *Management Science*, 26(3), 322-341.
- Mintzberg, H. (2006). *Organisatiestructuren* (3e ed.). New Jersey USA: Prentice-Hall inc..
- Mintzberg, H. (2009). *Managing*. Harlow etc.: Financial Times Prentice Hall.
- Moen, J. (1993). Samenwerking tussen maatschappen, stafbestuur en management: beleids- of managementparticipatie? *Ziekenhuismanagement*, 9(september).
- Moen, J. (2001). *Levelen, schakelen en snorkelen. Management Team (januari, 1)*. Door Haijtema, D. Gevonden op <http://www.mt.nl/1/124/home/jan-moen-levelen-schakelen-en-snorkelen.html>
- Moen, J. (2016). *Hectiek in de bestuurskamer*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Moen, J., & Abma, T.A. (1992). Het ziekenhuis als een transactienetwerk van maatschappen. In De Jong, P., Korsten, A.F.A., Van der Made, J.H. *Ziekenhuizen: besluitvorming en management*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Moen, J., & Ansems, P. (2004). *Brevet van leiderschap: reflectie op eigen managementstijl*. Maarsse: Elsevier gezondheidszorg.
- Moen, J., Ansems, P., Hanse, J., & Vintges, M. (2002). *Leiden of lijden? Het handelingsrepertoire van de Manager*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Moen, J., & De Roo, A. (1997). Het samenspel tussen specialisten en ziekenhuis: co-makership. *Medisch Contact*, 52(juli, 11), 871-873. Morgan, G. (1986). *Images of Organization*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Mortelmans, D. (2009). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven and Voorburg: Acco.
- Muijsers, L. (2012). Linda Muijsers: In de ban van het 'geld'? Nieuwsbrief CODH. Gevonden op http://www.bmg.eur.nl/codh/nieuwsbrieven/nieuwsbrief_nr_11_oktober_2012/linda_muijsers_in_de_ban_van_het_geld/
- Muijsers, L. (2008). *Glass ceiling in Dutch health care sector? Critical research into top management selection*. Masterscriptie Universiteit van Tilburg.

N

- Noordegraaf, M. (2011). 'Risky Business. How Professionals and Professionals Fields (Must) Deal with Organizational Issues'. *Organization Studies*, 32: 1349-71.
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid Professionalism and Beyond: (New) Forms of Public Professionalism in Changing Organizational and Societal Contexts. *Journal of Professions and Organization*, 0, 1-20.
- Noordegraaf, M., & Van der Meulen, M. (2008). Professional power play: organizing management in health care, *Public Administration*, 86(4), 1055-1069.
- Noorderhaven, N.G. (1995). *Strategic Decision Making*. Workingham: Addison-Wesley.

- O**
- Okma, K.G.H., & Crivelli, L. (2012). Swiss and Dutch “consumer-driven health care”: Ideal model or reality? *Health Policy*, 109, 105–112.
 - Orton, J.D., & Weick, K.E. (1990). “Loosely Coupled Systems: A reconceptualization”. *Academy of Management Review*, 15, 203-23.
- P**
- Pache, A. C., & Santos, F. (2013). ‘Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling as a Response to Competing Institutional Logics’, *Academy of Management Journal*, 56, 972–1001.
 - Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3e ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
 - Plochg, T. Klazinga, N.S., & Casparie, A.F. (1998). *Het medisch-specialistisch mozaïek: een ‘dubbele’ integratie tussen de medische beroepsgroep en de ziekenhuisorganisatie*. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
 - Pondy, L. R. (1967). Organizational Conflict: Concepts and Models. *Administrative Science Quarterly*, 12(2), 296-320.
 - Ponterotto, J.G. (2006). ‘Brief note on the origins, evolution, and meaning of the qualitative research concept “Thick description”’. *The Qualitative Report*, 11(3), 538-549.
 - Provan, K. G., & Kenis, P. N. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.
- R**
- Ramondt, J.J., & Scholten, G.R.M (1985). *De stille voorhoede: de grafische bedrijfstak temidden van economische en technische turbulentie*. H.E. Stenfert Kroese.
 - Ramondt, J.J., Scholten, G.R.M. (2005). De professional en de manager. Coalitiegenoten? *Management & Organisatie*, 6(november/december), 5-19.
 - Realin, J.A. (1985). *The Clash of Cultures: Managers and Professionals*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
 - Reay, T., & Hinings, C.R. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics, *Organization Studies*, 30(6), 629-652.
 - Richardson, R., & Kramer, E.H. (2006). Abduction as the type of inference that characterizes the development of a grounded Theory. *Qualitative Research*, 6(4), 497-513.
 - Ritzer, G., & Trice, H. M., New York State School of Industrial and Labor Relations (1969). *An occupation in conflict: A study of the personnel manager*. Ithaca, N.Y, New York State School of Industrial and Labor Relations: Cornell University.
 - Ruddin, P. (2006). You can generalize stupid! Social scientists, Bent Flyvbjerg and case study methodology. *Qualitative Inquiry*, 12(4), 797–812.
- S**
- Sabine Uitslag. Gevonden op januari, 15, 2016, op Wikipedia: https://nl.wikipedia.org/wiki/Sabine_Uitslag.
 - Sandberg, J., & Tsoukas, H. (2011). Grasping the logic of practice: Theorizing through practical rationality. *Academy of Management Review*, 36(2), 338–360.
 - Schaaf, J.H. (2000). *Zoektocht naar een effectieve organisatievorm. Een onderzoek naar de rolverdeling en de afstemming tussen het management en de medische professie bij de besturing van een algemeen ziekenhuis*. Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg.

- Schaaf, J.H., & Bedaux, L.G.M. (1988). Integratie en decentralisatie in een ziekenhuisorganisatie: contrast of paradox? In Jaspers, FrCA., Van der Steef, H.J., Van Oudheusden, A.P.M. (eds). *Management en professie: blok of blokkade?* (pp. 112-125). Lochem.
- Schepers, R.M.J., & Nievaard, A.C. (1995). *Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Schippers ziet MSB als vluchtheuvel (2016, januari, 28). *Gevonden op <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2016/1/Schippers-ziet-MSB-als-vluchtheuvel?intcmp=related-content&intcmp=related-content>*
- Scholten G.R.M., & Van der Grinten T.E.D. (1998). Between physician and manager: new co-operation models in Dutch hospitals. *Journal of Management in Medicine*, 12(1), 33-43.
- Scholten, G.R.M., & Van der Grinten, T.E.D. (2005). The integration of medical specialists in hospitals. Dutch hospitals and medical specialists on the road to joint regulation. *Health Policy*, 72, 165-173.
- Scholten, G.R.M., Hermans, H.E.G.M., & Holland, J. (2006). Op zoek naar een passend model. *Medisch Contact*, 61(28) 1170-2.
- Scholten, G.R.M., Hermans, H.E.G.M., Muijsers, L., & Moen, J. (2011). De coöperatie in de zorg als vluchtheuvel? *Zorg & Financiering*, 3.
- Scholten, G.R.M., Muijsers, L., & Moen, J. (2011). RVE opent perspectief. *ZM Magazine* (januari).
- Scholten, G.R.M., & Jacques, D.R. (2007). Onzichtbaar zorgmanagement. *Management en Organisatie*, 2(11), 160-170.
- Scholten, G., & Hermans, B. (2003). Van baken naar dwaallicht. *Medisch Contact*, 38 (september, 16). *Gevonden op <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/09160/Van-baken-naar-dwaallicht.htm>*.
- Schoots, & Vermeer (2015 I). MSB: met succes ondernemen of metastabiel. *Skipr* (september, 20). *Gevonden op <http://www.skipr.nl/actueel/id24557-msb-met-succes-ondernemen-of-metastabiel.html>*.
- Schoots, & Vermeer (2015 II). MSB is nog lang geen robuuste onderneming. *Skipr* (november, 20). *Gevonden op <http://www.skipr.nl/actueel/id24558-msb-is-nog-lang-geen-robuuste-onderneming.html#sthash.klVY2tvZ.dpuf>*
- Schraven, Th. P.M. (2014). Over governance in de zorg en de medisch specialist als eigenaar van het ziekenhuis. In *Jaarboek Medisch Specialistische Zorg*, geactualiseerde edition 2014, Mediforum.
- Schuyt, C.J.M. (1972). *Recht, orde en burgerlijke ongehoorzaamheid*. Rotterdam.
- Seligman, A.B. (1997). *The problem of trust*. Princeton: Princeton University Press.
- Selznick, Ph. (1966, origineel 1949). *TVA and the grass roots. A study in the sociology of formal organization*. New York: Harper and Row.
- Sijmons, J. (2014). Nieuwe bestuursstructuur door integrale -tarieven 2015? *Medisch Contact*, 37(oktober, 14).
- Simmel, G. (1950). *The Sociology of Georg Simmel*. New York: Free Press.
- Smets, M., Jarzabkowski, P., Spee, A. P., & Burke, G. (2015). Reinsurance trading in Lloyd's of London: Balancing conflicting-yet-complementary logics in practice. *Academy of Management Journal*, 58(3), 932-970.
- Spradley, J. (1980). *Participant observation*. New York: Holt Rinehart Winston.

- Stoopendaal, A. (2008). *Zorg met afstand. Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
 - Subsidie verleidt specialist niet tot loondienst (2014, september, 18). Gevonden op <http://www.skipr.nl/actueel/id19725-subsidie-verleidt-specialist-niet-tot-loondienst.html>
 - Swarnborn, P.G. (2003). *Case-study's, Wat, wanneer en hoe?* Amsterdam/Meppel: Boom.
- T**
- Ten Holter, M.J. (2011). *Het woord is aan de zuster; een narratieve analyse van de bijdrage van verpleegkundigen aan de zorg*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
 - Teisman, G.R. (1992). *Complexe Besluitvorming. Een pluracentrisch perspectief op besluitvorming over ruimtelijke investeringen*. Den Haag: VUGA.
 - Tias (2016). Op weg naar gezamenlijkheid: rapportage quick scan integrale bekostiging en governance. Tilburg.
 - Thomas, A. B. (2003). *Controversies in management*. London and New York: Routledge.
 - Thornton, P.H., & Ocasio, W. (1999). 'Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958–1999'. *American Journal of Sociology*, 105(3), 801–843.
 - Tolbert, P.S., & Hall, R.H. (2009). *Organizations: Structures, Processes and Outcomes* (10e ed.). New Jersey: Pearson International Edition.
 - Tsoukas, H., & Knudsen, C. (2003). *The Oxford Handbook of organization theory: Meta-theoretical perspectives*. New York: Oxford University Press.
- V**
- Vaus, D.E. (2001). *Case study analysis. In Research design in social research*. London: Sage Publications.
 - Van Dalen, A. (2012). *Zorgvernieuwing. Over anders besturen en organiseren*. Den Haag: Boom Lemma.
 - Van der Krogt, Th.W.P.M., & Vroom, C.W. (1991). *Organisatie is beweging*. Utrecht: Lemma.
 - Van der Scheer, W. (2013). *Onder zorgbestuurders. Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Amsterdam: Reed Business Education.
 - Van der Velden, J.H., & Pasma, E.L. (2015). Verwarring ver nut en noodzaak van MSBs. *Zorgvisie* (juni, 26). Gevonden op <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2015/6/Verwarring-over-nut-en-noodzaak-van-MSBs-1782847W/?dossier=83762&widgetid=0>
 - Van Doorn, J.A.A., & Lammers, C.J. (1984). *Moderne sociologie* (15e ed.). Utrecht/ Antwerpen: Het Spectrum.
 - Van Maanen, J., Sörensson, J., & Mitchell, T. (2007). The interplay between theory and method. *Academy of Management Review*, 32(4), 1145–1154.
 - Van Schaik, R., & Peul, W. (2012). *Besturingsfilosofie Complexe Zorg Netwerken: coöperatief organiseren van regionaal geordende waardenetwerken voor concentratie en spreiding van neurochirurgie*. Thesis MBA-Health Erasmus Universiteit Rotterdam.
 - Van Thiel, S. (2003). Sturen op afstand. Over de aansturing van zelfstandige organisaties door kerndepartementen, *Management in overheidsorganisaties*.
 - Vermaak, H. (2002). Veranderkunde in zeven vragen, *Holland Management Review*, 84.
 - Vermaak, H. (2009). *Plezier beleven aan taaie vraagstukken, Werkingsmechanismen van vernieuwing en weerbaarheid*. Deventer: Kluwer.

- NVZ vereniging van ziekenhuizen (2005). *Vernieuwd Besturen*. Veenendaal: GVO grafisch bedrijf.
- Versluis, J.W.M., & Hesselink, M.C. (1991). *Managementparticipatie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Nzi. (Ook wel Commissie van Montfort I: Commissie Medisch Specialist en Ziekenhuisorganisatie I).
- Versluis, J.W.M., & Hesselink, M.C. (1993). *Managementparticipatie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen; Op weg naar een andere organisatie; Verslag van praktijk-experimenten*. Utrecht: Nzi. (Ook wel Commissie van Montfort II).
- Vijfpartijenakkoord (1989). Raamovereenkomst. Utrecht, KLOZ, KPZ, LSV, NZR en VNZ.
- Visser, J. (2011). Wantrouwen kenmerkt relatie, *Medisch Contact*, 43(oktober, 28), 2651-2652.

- W**
- Weber, M. (1921). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
 - Weick, K. (1976). Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. *Administrative Science Quarterly*, 21, 1-19.
 - Weiner, B.J., & Alexander, J.A. (1998). The challenges of governing public-private community health partnerships. *Health Care Management Review*, 23(2), 39-55.
 - Weggeman, M. (1992). Leidinggeven aan Professionals. Alphen a/d Rijn: Kluwer Bedrijfswetenschappen.
 - Werkgroep van Leeuwen, (1974). *Advies inzake de relatie tussen ziekenhuis en specialist: verslagen, adviezen, rapporten*. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne: Leidschendam.
 - Wester, F. (eds.) (2003). Rapporteren over kwalitatief onderzoek, Utrecht: Lemma.
 - Wet op de ondernemingsraden (2015, mei, 28). Gevonden op http://wetten.overheid.nl/BWBR0002747/geldigheidsdatum_28-05-2015#HoofdstukIVA
 - Windmuller, J. (1970). Arbeidsverhoudingen in Nederland. Utrecht.
 - Wissema, J.G. (2001). *Unit management II: ondernemerschap en samenhang in de gedecentraliseerde onderneming* (3e ed.). Assen: Van Gorcum.
 - Wijn & Stael advocaten (2014). *Memo: Positie van de medisch specialist in MSB*.
 - Wrapp, H.E. (1984). Good managers don't make policy decisions. *Harvard Business Review*.

- Y**
- Yin, R.K. (1994). *Case study research: design and methods* (2e ed.). Newbury Park: Sage.
 - Yin, R.K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3e ed.). Thousand Oaks, MA: Sage.
 - Yin, R.K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5e ed.). Thousand Oaks, MA: Sage.

- Z**
- Zuiderent-Jerak, T. (2007). Preventing implementation: Exploring interventions with standardization in healthcare. *Science as Culture*, 16(3), 311-29.

Bijlagen

Bijlage I: Overzicht functies respondenten casus A – hoofdstuk 4

Respondentnummer	Functie
RA 1	Interimbestuurder
RA 2	Voorzitter Stafbestuur; apotheker
RA 3	Bestuurder
RA 4	Bouwmanager; voormalig secretaris Raad van Bestuur
RA 5	Secretaris Raad van Bestuur
RA 6	Voormalig bestuurder
RA 7	Manager P&O
RA 8	Programmamanager bezuinigingstraject
RA 9	Hoofd secretariaat Raad van Bestuur
RA 10	Manager Bedrijfsvoering
RA 11	Manager Bedrijfsvoering
RA 12	Manager Bedrijfsvoering
RA 13	Manager ontwikkeling
RA 14	Afdelingshoofd; projectleider bezuinigingstraject; voorzitter Verpleegkundige Adviesraad
RA 15	Manager financiën
RA 16	Lid Stafbestuur; medisch specialist
RA 17	Beleidsmedewerker Stafbestuur
RA 18	Voormalig voorzitter Stafbestuur; medisch specialist
RA 19	Bestuurder
RA 20	Afdelingshoofd
RA 21	Lid Stafbestuur; medisch specialist
RA 22	Voormalig voorzitter Stafbestuur; medisch specialist
RA 23	Voormalig voorzitter Stafbestuur; medisch specialist
RA 24	Voormalig extern onderzoeker ziekenhuis

Bijlage II: Overzicht functies respondenten casus B – hoofdstuk 5

Respondentnummer	Functie
RB 1	Manager Bedrijfsvoering
RB 2	Medisch Manager
RB 3	Afdelingshoofd
RB 4	Manager Bedrijfsvoering
RB 5	Medisch Manager
RB 6	Afdelingshoofd
RB 7	Manager Bedrijfsvoering
RB 8	Medisch Manager
RB 9	Manager Bedrijfsvoering
RB 10	Raad van Bestuur
RB 11	Raad van Bestuur
RB 12	Secretaris Raad van Bestuur
RB 13	Manager bureau Vereniging Medisch Staf en Coöperatie Medisch Staf
RB 14	Voorzitter Medisch Stafbestuur (Dagelijks Bestuur - Vereniging Medisch Staf); medisch specialist
RB 15	Vicevoorzitter Medisch Stafbestuur (Dagelijks Bestuur - Vereniging Medisch Staf); medisch specialist
RB 16	Secretaris Medisch Stafbestuur (Dagelijks Bestuur - Vereniging Medisch Staf); medisch specialist
RB 17	Lid Stafbestuur; medisch specialist
RB 18	Lid Stafbestuur; apotheker
RB 19	Bestuur Coöperatie Medische Staf; medisch specialist
RB 20	Hoofd P&O
RB 21	Hoofd administratie en informatie
RB 22	Voormalig interim-bestuurder
RB 23	Ambtelijk secretaris Dagelijks Bestuur Ondernemingsraad
RB 24	Voorzitter Cliëntenraad
RB 25	Lid Dagelijks Bestuur Stafbestuur; medisch specialist
RB 26	Medisch specialist
RB 27	Medisch specialist

Bijlage III: Overzicht functies respondenten casus C – hoofdstuk 6

Respondentnummer	Functie
RC 1	Manager Bedrijfsvoering
RC 2	Medisch Manager
RC 3	Manager Bedrijfsvoering
RC 4	Medisch Manager
RC 5	Afdelingshoofd
RC 6	Manager Bedrijfsvoering
RC 7	Medisch Manager
RC 8	Afdelingshoofd
RC 9	Raad van Bestuur
RC 10	Raad van Bestuur
RC 11	Secretaris Raad van Bestuur
RC 12	Beleidsadviseur/secretaris Raad van Bestuur
RC 13	Voorzitter Medisch Stafbestuur; medisch specialist
RC 14	Lid Stafbestuur; apotheker
RC 15	Lid Stafbestuur (toekomstige voorzitter Stafbestuur); medisch specialist
RC 16	Medisch specialist; oud-voorzitter Medisch Stafbestuur
RC 17	Voorzitter Management Overleg; Manager Bedrijfsvoering
RC 18	Manager Services & Logistiek; voormalig voorzitter Management Overleg
RC 19	Voorzitter koepel zelfstandigen; medisch specialist
RC 20	Manager P&O
RC 21	Manager Kwaliteit, Veiligheid en verantwoording
RC 22	Manager Financiën
RC 23	Concern controller
RC 24	Beleidsmedewerker Vereniging Medische Staf
RC 25	Voorzitter Verpleegkundige Staf
RC 26	Hoofd juridische zaken
RC 27	Medisch Manager; medisch specialist
RC 28	Medisch specialist

Bijlage IV: Overzicht functies respondenten casus D – hoofdstuk 7

Respondentnummer	Functie
RD 1	Secretariaat Raad van Bestuur
RD 2	Medisch specialist
RD 3	Voormalig directeur beheer
RD 4	Voormalig directeur
RD 5	Voorzitter Raad van Bestuur
RD 6	Lid Raad van Bestuur
RD 7	Interim secretaris Raad van Bestuur
RD 8	Lid Stafbestuur; voormalig a.i. bestuurders; apotheker
RD 9	Voorzitter Stafbestuur; medisch specialist
RD 10	Manager P&O
RD 11	Medisch specialist
RD 12	Manager Bedrijfsvoering
RD 13	Manager Bedrijfsvoering
RD 14	Lid Stafbestuur; medisch specialist
RD 15	Manager Bedrijfsvoering
RD 16	Manager Bedrijfsvoering; voorzitter Verpleegkundige Adviesraad
RD 17	Medisch specialist
RD 18	Medisch specialist
RD 19	Manager Bedrijfsvoering
RD 20	Lid Stafbestuur; medisch specialist
RD 21	Teamleider Financiën en Control Algemeen
RD 22	Lid Stafbestuur; medisch specialist
RD 23	Communicatiemedewerker
RD 24	Secretaris Raad van Bestuur
RD 25	Adviseur Stafbestuur
RD 26	Medisch specialist; oud voorzitter Stafbestuur

Bijlage V: Beschrijving elementen besturingsarrangement

Om te komen tot een antwoord op de centrale onderzoeksvraag is de onderzoeker gestart met het in kaart brengen van de verschillende elementen die in de besturingsarrangementen van de onderzochte ziekenhuizen zichtbaar worden. De beschrijving van de elementen in de besturingsarrangementen zijn de opmaat voor de analyse van de elementen in hun onderlinge samenhang. De elementen in deze bijlage vormen de bouwstenen voor de diepgaande analyse van de meest kenmerkende elementen van het besturingsarrangement in hun onderlinge samenhang – ook wel configuratie genoemd (Mintzberg, 2006) – in het tweede deel van hoofdstuk 8. Het besturingsarrangement van een ziekenhuis verwijst in dit onderzoek naar een samenhangend geheel van elementen dat is gericht op het hanteren van de wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen tussen management en medici. De elementen van het besturingsarrangement zijn – in lijn met de in dit onderzoek gehanteerde definitie van het concept besturingsarrangement – uitgewerkt aan de hand van drie categorieën, namelijk:

- 1) de gecreëerde posities in de organisatiestructuur (zie paragraaf A);
- 2) de ontwikkelde rollen (zie paragraaf B);
- 3) de gedragsregels waarmee gewerkt wordt in de onderzochte ziekenhuizen (zie paragraaf C).

Tabel 8.1 in het eerste deel van hoofdstuk 8 geeft per categorie een overzicht van de elementen in het besturingsarrangement van de onderzochte ziekenhuizen die in bijlage V worden beschreven.

A Ontwikkeling posities en structuur

A.1 Ontwikkeling *duaal management*

In de casuïstiek komt naar voren dat in alle vier de ziekenhuizen is gekozen voor *duaal management* in de besturing van het ziekenhuis. Dit wordt in de ziekenhuizen aangeduid als: “*duaal management*” (casus D, h. 7), “*management participatie*” van medici in de besturing van het ziekenhuis (casus B en C, h. 5 en 6) en “*betrokkenheid van medici bij management*” (casus A, h. 4). *Duaal management* verwijst naar een constructie waarbij medici en management samen verantwoordelijk zijn voor (een deel van) de besturing van het ziekenhuis. *Duaal management* wordt gehanteerd in de besturingsstructuur in twee onderdelen¹ van de onderzochte ziekenhuizen: in het management van de eenheden en het bestuur van het ziekenhuis.

Creatie positie Medisch Manager

In de ziekenhuizen is de positie Medisch Manager gecreëerd naast de positie Manager Bedrijfsvoering. Samen vormen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering het *duale management* van de eenheid. In één van de onderzochte ziekenhuizen (casus A, h. 4) maakt daarnaast een Afdelingshoofd deel uit van het bestuur van de eenheid. Het

¹ In de onderzochte ziekenhuizen wordt in deze context gesproken van het “strategische” en het “tactische” niveau.

Afdelingshoofd valt in deze werkconstellatie hiërarchisch onder de Manager Bedrijfsvoering, maar in het bestuur van de eenheid is hij formeel ook gelijkwaardig ten opzichte van de Manager Bedrijfsvoering (en de Medisch Manager).

In de ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager (en in casus A ook het Afdelingshoofd) en de verdeling hiervan tussen hen. De afspraak in alle ziekenhuizen is dat zij gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor het totale beleid van de eenheid (casus A, B, C en D in h. 4, 5, 6 en 7). *“In collegiale samenwerking”* dienen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering *“leiding [te geven] aan de [eenheid] voor wat betreft de omvang, kwaliteit en aard van de zorg en de allocatie van de daartoe benodigde middelen”* (casus C, h. 6: Eenhedenstructuur, p. 14). Ze hebben een *“gezamenlijke besluitvormende bevoegdheid”* (casus B, h. 5 scriptie Manager Bedrijfsvoering). De Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering hebben een *“gezamenlijke budgetverantwoordelijkheid”* (casus A, Rapport Organisatieprincipes voor samenwerken, 1997) en de besluitvorming in het bestuur van de eenheid dient in *“consensus”* te gebeuren (casus A, h. 4 in Rapport Organisatieprincipes voor samenwerken, 1997).²

Creatie positie Stafbestuur

In de casuïstiek wordt zichtbaar dat de positie van het Stafbestuur gecreëerd is. Het Stafbestuur is gepositioneerd in het bestuur van de organisatie naast de Raad van Bestuur. Samen vormen ze het duale management in het bestuur van de organisatie (Mintzberg's (2009) *“apex”*). De Raad van Bestuur staat aan het ‘hoofd’ van alle vier de ziekenhuizen. Wettelijk gezien draagt de Raad van Bestuur de eindverantwoordelijkheid voor het functioneren van het hele ziekenhuis, zowel voor het financiële en organisatorische als het medisch inhoudelijke functioneren van het ziekenhuis. Het bestuur is verantwoordelijk voor de leiding en de continuïteit van de complexe ziekenhuisorganisatie.³

In de ziekenhuizen is de positie van het Stafbestuur vastgelegd in de Statuten en Reglementen van de Vereniging Medische Staf en het Document Medische Staf. De formele positie van het Stafbestuur in de onderzochte ziekenhuizen is vergelijkbaar met de positie van medezeggenschapsorganen (zoals de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad), namelijk een adviserende positie.

Lokaal in de ziekenhuizen worden afspraken gemaakt over de samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. Zo werd er in casus A (h. 4) na een lange discussie

² Naast afspraken over de gezamenlijke verantwoordelijkheid (casus A, B, C en D in h. 4, 5, 6 en 7) zijn er ook afspraken gemaakt over de afzonderlijke verantwoordelijkheden, bevoegdheden, competenties en functie-eisen (A, B, C en D in h. 4, 5, 6 en 7). Deze zijn formeel vastgelegd in diverse documenten: functieprofielen, bevoegdheidsmatrix en documentatie over organisatiestructuur en duaal management. In casus D (h. 7) zijn de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering *“gezamenlijk verantwoordelijk voor het aansturen van de eenheid en voor de invulling en de uitvoer van beleid op zorgniveau”* (Bijlage bij rapportage clusteruitwerking, 2001, p. 20).

³ De eindverantwoordelijke positie van de Raad van Bestuur is vastgelegd in de Reglementen van de Raad van Bestuur in de ziekenhuizen. De positie van de Raad van Bestuur wordt ook zichtbaar in functieprofielen.

in het ziekenhuis tussen management en medici gekozen om formeel de positie van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur aan te duiden als “*nevenschikking*” (Medisch Beleidsplan). In casus B (h. 5) werd na een periode van conflict in de Raad van Bestuur en het Stafbestuur ervoor gekozen om afspraken te maken over de samenwerking tussen beiden en deze vast te leggen in een Samenwerkingsconvenant. Zie citaat hieronder voor de omschrijving positie Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur zoals opgenomen in dit convenant:

“het Stafbestuur oefent zijn invloed op het bestuur van ziekenhuis B uit door gebruik te maken van zijn informatie-, advies- en instemmingsrecht, alsmede het recht van initiatief binnen de kaders van de in artikel 1 genoemde documenten en nader met de Raad van Bestuur schriftelijk te maken afspraken.” (Samenwerkingsconvenant casus B, h. 5)

In casus D (h. 7) wordt de positie van het Stafbestuur opnieuw vormgegeven door het wijzigen van de overleg- en besluitvormingsstructuur in de top (frequent overleg Raad van Bestuur en het Stafbestuur) en het voortdurend maken van afspraken door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur over hun interactie. De interacties tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur werden opnieuw vorm gegeven na het vertrek van de bestuurders (in de Raad van Bestuur en het Stafbestuur) en een crisis in het primaire proces van de organisatie. Het dagelijkse bestuur van het Stafbestuur zit nu structureel elke week om tafel met de Raad van Bestuur.⁴

A.2 *Schrappen managementlaag*

In de onderzochte ziekenhuizen zijn wijzigingen doorgevoerd in het aantal managementlagen. In twee ziekenhuizen is de laag van het Management Team (casus B en C, h. 5 en 6) komen te vervallen. Het Management Team (of directielaag) verwijst naar die managementlaag die tussen de Raad van Bestuur en het management in zit. In één ziekenhuis (casus D, h. 7) is de driekoppige directielaag geschrapt die tussen de eenhoofdige Raad van Bestuur en het management van de eenheden was gepositioneerd. In casus A (h. 4) bestaat discussie over het bestaan van het Management Team en wordt overwogen om deze laag weg te halen of anders vorm te geven. Door het weghalen van een managementlaag blijven in de onderzochte organisaties drie managementlagen over: die van de Raad van Bestuur, het management van de eenheden en het Afdelingshoofd. De motivatie in deze ziekenhuizen voor het wegsnijden van deze laag is dat de organisatie een plattere structuur krijgt waardoor de organisatie beter en flexibeler te besturen is. Door het wegvallen van deze managementlaag (in combinatie met de invoering van de Eenhedenstructuur) krijgt het management van de eenheden meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

In de ziekenhuizen ontstaat ruimte tussen het bestuur van de organisatie en het management door het schrappen van managementlagen. In deze ruimte ontwikkelen zich nieuwe vormen van coördinatie. In twee ziekenhuizen werden tijdens het onderzoek stappen

⁴ In casus C (h. 6) zijn geen expliciete afspraken gemaakt en vastgelegd over interacties tussen Raad van Bestuur en het Stafbestuur.

gezet om het gat tussen de Raad van Bestuur en het management van de eenheden op te vullen. In casus B (h. 5) is er een “*semi Management Team*” in het leven geroepen dat bestaat uit een extra overleg tussen de Raad van Bestuur, de secretaris Raad van Bestuur, een paar managers van de zorgeenheden en een manager Personeel & Organisatie. In ziekenhuis C (h. 6) zijn overleggen ontwikkeld waar de Managers Bedrijfsvoering bij elkaar komen en het management van de stafdiensten afzonderlijk. De Raad van Bestuur maakt deel uit van het overleg met de stafdiensten – net zoals deze Raad van Bestuur aanschuift bij de meeste formele overlegmomenten van diverse geledingen in het ziekenhuis – en laat regelmatig ook enkele managers van stafdiensten aanschuiven bij het overleg van de Raad van Bestuur. Ook worden in ziekenhuis D (h. 7) pogingen ondernomen door de Raad van Bestuur om een extra managementlaag te creëren door de introductie van een Management Overleg waarin Managers Bedrijfsvoering en Medisch Managers bij elkaar komen.

In de casuïstiek worden niet alleen wijzigingen doorgevoerd in de bestuurlijke hiërarchie van het ziekenhuis, ook worden veranderingen aangebracht in de organisatie van de medische staf. In de ziekenhuizen wordt als gevolg van de invoering van de structuur Resultaat Verantwoordelijke Eenheden en de wijziging van het aantal managementlagen naar drie, geïnvesteerd in het overleg van de kernstaf (casus B, h. 5) en het overleg van de Medisch Managers (casus C, h. 6).

A.3 (Her)introductie structuur Resultaat Verantwoordelijke Eenheden

Uit dit onderzoek komt naar voren dat in ziekenhuizen gezocht wordt naar een andere organisatiestructuur. De ontwikkeling van de organisatiestructuur bevindt zich in de ziekenhuizen in verschillende stadia. In twee ziekenhuizen werd tijdens het onderzoek door (interim-)bestuurders en managers (jaren) gezocht naar een passende nieuwe organisatiestructuur en inrichting van het middenmanagement (casus A en D, h. 4 en 7). In ziekenhuis A (h. 4) wordt er gediscussieerd over en (onder meer via benchmarkonderzoek in andere ziekenhuizen) gezocht naar een manier om de bestaande besturingsstructuur, namelijk Eenhedenstructuur, te herijken. In ziekenhuis D (h. 7), dat te kampen heeft gehad met een crisis in het primaire proces, wordt de organisatiestructuur gewijzigd zodra er een nieuwe strategie is bepaald. Het is de Raad van Bestuur die hierop aanstuurt. In de twee andere ziekenhuizen (casus B en C, h. 5 en 6) wordt de organisatiestructuur die enkele jaren eerder was ingevoerd, doorontwikkeld.

De besturingsprincipes van de organisatiestructuur komen sterk overeen in de onderzochte ziekenhuizen. Wat duidelijk wordt in de casuïstiek is dat de (in ontwikkeling zijnde) organisatiestructuren gericht zijn op het besturen van een ziekenhuis met eenheden (ook wel units). In de ziekenhuizen wordt de naam Unit structuur (casus C, h. 6), Resultaat Verantwoordelijke Eenhedenmodel (casus B, h. 5) of Eenhedenmodel (casus A, h. 4) gebruikt.⁵ Kenmerkend voor de Eenhedenstructuur in de onderzochte ziekenhuizen is de verticale decentralisatie (Mintzberg, 2009) van de taken, verantwoordelijkheden en

⁵ In de literatuur wordt hier ook wel verwezen naar een Business Unit structuur (Wissemá, 2001).

bevoegdheden naar het management van de eenheden. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn formeel belegd bij de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager. Door de (her)introduktie Eenhedenstructuur (en het schrappen van managementlaag) staat de Raad van Bestuur rechtstreeks boven een groter aantal eenheden en daarmee ook managers. Hierdoor wordt de span of control van de Raad van Bestuur vergroot.

In de ziekenhuizen (casus B, C en D, h. 5, 6 en 7) wordt er door de Raad van Bestuur en de Managers Bedrijfsvoering van de eenheden onderling (met het oog op hun competitieve verstandhouding) gezocht naar een passende taakverdeling en manieren van samenwerken. In ziekenhuis A (h. 4) staat men aan de vooravond van het invoeren van een nieuwe organisatiestructuur, waarbij wordt gedacht aan een model met een Medisch Manager in de "lead" in het management van de eenheid. Het decentrale karakter van de ruim tien jaar geleden ingevoerde besturingsstructuur zou te weinig tot uitdrukking komen. De besluitvorming zou onvoldoende volgens bestuurlijke lijnen (management eenheden en Stafbestuur) lopen. Daarnaast is er onduidelijkheid over de complexe positie van de Manager Bedrijfsvoering die te maken heeft met deskundigheidsmacht van de Medisch Manager in de besluitvorming van de eenheid.

In ziekenhuis B (h. 5) wordt geëxperimenteerd met mogelijkheden om de verantwoordelijkheid voor het resultaat bij het management van de eenheden te leggen. Het beleggen van verantwoordelijkheid voor het resultaat bij het management van de eenheden blijkt echter moeilijk. Er wordt gezocht naar manieren om het zelfsturend vermogen van het management te vergroten, maar tegelijkertijd wordt sturing gegeven aan de eenheden. Managers Bedrijfsvoering bundelen hun krachten om de zelfsturende rol waar te maken.

In casus C (h. 6) worden door de invoering van een Eenhedenstructuur ook verantwoordelijkheden gedecentraliseerd naar het management van de eenheden. Maar in dit ziekenhuis is de perceptie dat het management onvoldoende in staat is (ook vanwege hun onderlinge competitieve houding) hun decentrale verantwoordelijkheid en bevoegdheid waar te maken. Via coaching (zie paragraaf 8.3.3) en met behulp van stafdiensten (zie hieronder) wil men (onder druk van Raad van Bestuur) zorgen voor een omslag in het werken van het management van de eenheden.

In casus D (h. 7) worden de lijnen tussen medici en management anders vormgegeven dan voorheen: de Raad van Bestuur probeert het contact met medici via het management van de eenheden te laten lopen (door het anders inrichten en formaliseren van de overleg- en besluitvormingsstructuur, beleidscyclus en Planning en Control cyclus) in plaats van rechtstreeks tussen de Raad van Bestuur en de medici.

Uit de casuïstiek blijkt niet alleen dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden gedecentraliseerd naar het management van de eenheden, maar ook naar (het management van) de (staf)afdelingen financiën, ICT, personeelszaken en Facilitair Bedrijf. Mintzberg (2006) spreekt in deze context over verticale decentralisatie. In de ziekenhuizen hebben

de Raad van Bestuur en (het management van) de stafdiensten veelvuldig contact. De (managers van deze) stafdiensten in verschillende ziekenhuizen zijn daarmee in de gelegenheid om invloed uit te oefenen op de besluitvorming van de organisatie. De invloed van deze stafdiensten wordt in de ziekenhuizen door het management en medici als te groot ervaren (casus A, B en C, h. 4, 5 en 6) en is daarmee ook onderwerp van discussie geworden. In de casuïstiek wordt (vooral in casus A, h. 4) zichtbaar dat de afdeling financiën een prominente plaats inneemt in de besturing. Dit wordt onder financiële druk van de omgeving in de hand gewerkt door de herijking van de Eenhedenstructuur waarbij het accent wordt gelegd op een meer transparante, flexibele en gerichte financiële besturing van de eenheden en het ziekenhuis (zowel qua kosten als opbrengsten). Een aantal managers uit deze organisatie heeft van de bestuurder de opdracht gekregen niet alleen te verkennen welk organisatie-model maar vooral ook welke financiële besturingsstructuur geschikt zou zijn. In casus A (h. 4) maken managers van de stafdiensten formeel deel uit van Management Team. In ziekenhuis B (h. 5) is er een semi-Management-Team in het leven geroepen waar een manager p&o deel van uitmaakt samen met de Raad van Bestuur, de secretaris van de Raad van Bestuur en een paar zorgmanagers. In ziekenhuis C (h. 6) heeft de Raad van Bestuur en het management van de stafdiensten frequent contact met elkaar (zowel binnen de daarvoor ingerichte reguliere overleggen als tijdens informeel contact). In casus D (h. 7) is de uitgebreide betrokkenheid van stafdiensten door de komst van een nieuwe Raad van Bestuur gereduceerd. Tijdens de zittingstermijn van het vorige bestuur, die er een bedrijfsfilosofie gericht op marktwerking⁶ op na hield, maakte het management van de stafdiensten informeel deel uit van de directie.

A.4 Werken met veel werkgroepen en commissies

In de casuïstiek wordt zichtbaar dat met behulp van commissies, taakgroepen, projectgroepen, werkgroepen, Raden en stuurgroepen het ziekenhuis bestuurd wordt. De hoeveelheid werkvormen in de ziekenhuizen is groot. Sommige werkvormen hebben een meer permanent karakter en anderen (zoals taakgroepen of projectgroepen/werkgroepen) zijn meer tijdelijk van aard. De werkvormen met een tijdelijke aard worden ontbonden zodra de taak die is afgerond. Soms is er sprake van een hiërarchie tussen verschillende werkvormen. Mensen in stuurgroepen geven leiding aan andere werkvormen. Zo werd

⁶ In de casusbeschrijving van hoofdstuk 7 wordt duidelijk dat de aanwezigheid van een bedrijfsfilosofie richtinggevend kan zijn voor de manier waarop een ziekenhuis wordt bestuurd. Daar waar in de oude besturingssituatie (onder leiding van voormalige Raad van Bestuur) het ziekenhuis gericht was op marktwerking en groei (zelfs als dat ten koste moet gaan van samenwerking in de regio), staat onder leiding van een nieuw Bestuur de besturing van een ziekenhuis als medisch zorgbedrijf centraal (en daarnaast bovendien ook nog eens samenwerking in de regio). Ten tijde van de oude besturingsfilosofie bepaalde deze de focus van het management en medici in het ziekenhuis. De ogen waren gericht op winst en groei. De stafdiensten met als aandachtsgebied financiën, organisatieontwikkeling en marketing werden daarnaast opgetuigd. Deze afdelingen en managers waren sterk geëngageerd aan de ingezette bedrijfsfilosofie en de Raad van Bestuur en vormden als het ware de 'hofhouding' (ook wel 'communitas') van de Raad van Bestuur. De interactie tussen geledingen in het ziekenhuis kon worden gekenmerkt door een markt waar mensen met elkaar dealtjes sloten. De komst van een nieuw bestuur (na bestuurscrisis en crisis primair proces) was een voorbode voor wijzigingen in de bedrijfsfilosofie. De bedrijfsfilosofie veranderde met de komst van nieuwe bestuurders. De aandacht verschoof van marktwerking naar de besturing van het ziekenhuis als een zorgbedrijf. Met het verdwijnen van bestuurders en directie en de marktgerichte bedrijfsfilosofie, verdween ook de hofhouding van het bestuur en het dealen tussen management en medici in het ziekenhuis.

in casus B (h. 5) in het strategietraject een voorbeeld zichtbaar van een stuurgroep die opdrachten uitzette, kaders stelde, overzicht had over de inhoud van werkvormen en uiteindelijk beslissingen maakte op basis van informatie die uit de werkgroepen naar voren kwam. In casus D (h. 7) werden tijdens het onderzoek door het Stafbestuur Raden geformeerd waarin medici en enkele managers participeerden om te komen tot een positionering van het ziekenhuis (strategie). De diverse werkvormen werden ingezet voor organisatiekundige, juridische, economische en medisch inhoudelijk onderwerpen, zoals: strategiebepaling (casus B en C, h. 5 en 6), bezuinigingstrajecten (casus A, h. 4), keuze van de organisatiestructuur, investeringen, bouw, infectiepreventie en hygiëne, medische ethiek, klachten patiënten, geneesmiddelenverdeling en klachten werknemers.

Verder komt naar voren dat in deze werkgroepen en commissies mensen vanuit verschillende disciplines uit de organisatie samen komen, namelijk bestuurders, management, medici, verpleegkundigen en medewerkers. Afhankelijk van het onderwerp dat op tafel ligt en de gewenste participatie, worden commissies en werkgroepen samengesteld. Er wordt gezocht naar een afspiegeling van betrokken geledingen rondom een onderwerp. Vaak betekent dit dat zowel medici als het management (lees bestuurders, managers, secretaris Raad van Bestuur) vertegenwoordigd zijn. Personen met een centrale positie in de organisatie (door hun netwerk in de organisatie, lidmaatschap van bepaalde vakgroep/maatschap en medisch inhoudelijke en/of bestuurlijke reputatie) nemen ook deel aan werkgroepen en commissies.

Mensen stellen zichzelf kandidaat voor deelname aan deze “*verbindingmiddelen*” (Mintzberg, 2006). Zij doen dit omdat zij betrokken zijn bij het onderwerp dat hierin wordt behandeld en zij hieraan een bijdrage willen leveren. Maar ook omdat deze werkgroep als een podium wordt gezien om invloed uit te oefenen op de besturing van het ziekenhuis en informatie te verkrijgen. Ook worden in de ziekenhuizen mensen benaderd voor deelname aan werkgroepen en commissies. Ze worden gevraagd omwille van hun inhoudelijke kennis en de input die ze kunnen leveren, maar ook omwille van hun positie in de organisatie en de mogelijkheid om beleid- en besluitvorming te laten landen in de organisatie. Dit zijn zowel voorstanders van een onderwerp en mensen met een open blik, als personen met een kritische houding ten opzichte van een onderwerp. Door hen inhoudelijk deelgenoot te maken van de beleidsvoorbereiding en besluitvorming, kunnen mensen worden geënthousiasmeerd. Tegelijkertijd zorgt het betrekken van mensen in commissies en werkgroepen ervoor dat legitimiteit en draagvlak wordt verkregen voor beleidsvoorbereiding en besluitvorming doordat mensen procedureel gezien ruimte hebben gehad om input of kritiek te leveren.

A.5 *Outsourcing taken naar externe consultants*

In de casuïstiek komt naar voren dat externe adviseurs door bestuurders, managers en het Stafbestuur betrokken worden in de besturing van de organisatie. Ze worden gebruikt om (delen) van de organisatie te voorzien van advies of data (casus A en B, h. 4 en 5), besluitvormingstrajecten procesmatig en/of inhoudelijk te begeleiden (casus A, B en C, h. 4, 5 en 6), om Stafbestuurders, managers en/of bestuurders te coachen (casus A, B en

C, h. 4, 5 en 6) en voor de begeleiding van het opzetten van samenwerkingsverband in regio (h. 7).⁷ Onderwerpen die bijvoorbeeld worden aangepakt zijn de interne besturingsstructuur, bezuinigingstaakstellingen, strategievorming en het effectiever organiseren van het ziekenhuis. Uit het onderzoek komt naar voren dat mensen in de ziekenhuizen ook bij andere ziekenhuizen te rade gaan inzake deze onderwerpen. Zo werd in casus A (h. 4) een onderzoek gedaan naar besturingsmodellen en Planning en Control cycli in diverse ziekenhuizen. In casus B en C (h. 5 en 6) wordt kennis gedeeld tussen ziekenhuizen in een samenwerkingsverband. In casus D (h. 7) wordt bij de herinrichting van de besturingsstructuur en posities inspiratie opgedaan bij andere ziekenhuizen en ook over de aanpak van een strategietraject.

Redenen die worden gegeven in de ziekenhuizen voor het aantrekken van externe partijen zijn het verkrijgen van kennis en ondersteuning bij processen. Daarnaast wordt het aantrekken van externe partijen ook gezien als een manier om legitimiteit en draagvlak voor besluitvorming(sprocessen) in het ziekenhuis te verkrijgen. Tegelijkertijd is er ook sprake van kritiek op het inhuren van externe adviseurs. De hoge kosten die aan het inhuren van deze externen zijn verbonden (casus A en D, h. 4 en 7) en de beperkte (blijvende) impact ervan worden in de ziekenhuizen als redenen hiervoor genoemd. De aanwezigheid van externe adviseurs zou namelijk zorgen voor minder motivatie en minder aandacht vanuit de organisatie voor bepaalde thematiek, waardoor bij vertrek van adviseurs het traject nauwelijks vervolg krijgt (namelijk plan 'belandt in lade') (casus A, h. 4).

A.6 *Ontwikkeling overleg- en besluitvormingsprocedure*

In de ziekenhuizen zijn overleg- en besluitvormingsprocedures ontwikkeld. In alle ziekenhuizen zijn er overleggen binnen en tussen de management en medisch professionele zuil en worden dus diverse geledingen uit verschillende onderdelen van de organisatie samen gebracht. In alle ziekenhuizen bestaat de overleg- en besluitvormingsprocedure uit verschillende fases. Eerst worden onderwerpen ter informatie op agenda gezet en besproken tijdens overleg, dan is er ruimte om erover te discussiëren en daarna worden (formeel) besluiten genomen. In alle ziekenhuizen zijn deze verschillende fases in de besluitvorming terug te vinden. Aan sommige overleggen – zoals het overleg van de Raad van Bestuur en het Stafbestuur – gaan agendabesprekingen vooraf.

De overleg- en besluitvormingsprocedure in de ziekenhuizen, die is opgehangen aan de Planning en Control cyclus en de beleidscyclus, geeft richting aan de jaarlijkse agenda inzake financiële en beleidsmatige onderwerpen. In casus A (h. 4) werd door managers in opdracht van de Raad van Bestuur onderzoek gedaan naar de Planning en Control systemen in andere ziekenhuizen om de eigen Planning en Control cyclus te kunnen verbeteren. In casus D (h. 7) werd met de komst van de nieuwe Raad van Bestuur de Planning en Control cyclus en de beleidscyclus opnieuw vormgegeven. Het zou volgens één van de bestuurders de "aorta" zijn van de besturing van het ziekenhuis (RD 6).

⁷ Ook worden interim managers en bestuurders aangesteld om tijdelijk richting te geven aan de organisatie (casus A, B, C en D in h. 4, 5, 6 en 7).

De omvang van de overleg- en besluitvormingsprocedures is verschillend in de ziekenhuizen, net zoals de accenten die in de overleg- en besluitvormingsprocedure gelegd worden op bepaalde gremia en actoren. In casus B (h. 5) wordt een uitgedijde overleg- en besluitvormingsprocedure (h. 5) beschreven. Uiteenlopende geledingen hebben overleg maar de overleggen worden niet altijd als functioneel ervaren. In dit ziekenhuis worden kanttekeningen geplaatst bij deze uitgebreide besluitvormingsprocedure. In ziekenhuis C (h. 6) wordt waarde gehecht aan een zakelijke besturing van het ziekenhuis, namelijk het volgen van procedures waaronder een duidelijk overleg- en besluitvormingsprocedure. In ziekenhuis D (h. 7) wordt door de Raad van Bestuur heil verwacht van een strak ingerichte overleg- en besluitvormingsprocedure (met de beleidscyclus en Planning en Control cyclus als onderlegger). Volgens de Raad van Bestuur zorgt een duidelijke overleg- en besluitvormingsprocedure met duidelijk afgebakende verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het management en het bestuur (in overleg bestuur en Management Overleg) na een periode van bestuurlijke onrust en veel informele besluitvormingsprocessen, voor rust en transparantie in de besturing van het ziekenhuis. In casus A (h. 4) wordt gebruik gemaakt van een overleg- en besluitvormingsprocedure (met als onderlegger de Planning en Control cyclus). In alle ziekenhuizen bestaan in meer of mindere mate ook informele besluitvormingsprocessen (zie 8.1.3).⁸

B Dubbelrollen in duaal management eenheden en duaal bestuur

B.1 Dubbelrollen in management eenheden

De Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering zijn samen aangesteld voor het besturen van de eenheid. In de onderzochte ziekenhuizen zijn de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering gezamenlijk verantwoordelijk voor de besturing van het ziekenhuis. De Medisch Manager heeft vanuit zijn positie te maken met de belangen van medici in hun vakgroep/maatschap én de belangen van de eenheid. Als mandataris van de vakgroep/maatschap vertegenwoordigt de Medisch Manager de belangen van de achterban en moet daartoe overleggen en onderhandelen met de Manager Bedrijfsvoering. Omdat de Medisch Manager de belangen van de achterban vertegenwoordigt én samenwerkt met de Manager Bedrijfsvoering in het besturen van de eenheid, heeft hij een dubbelrol. Hij is partner van de Manager Bedrijfsvoering én partij (Mastenbroek, 1996).

Niet alleen de Medisch Manager maar ook de Manager Bedrijfsvoering heeft te maken met meerdere rollen in de besturing van het ziekenhuis. De Manager Bedrijfsvoering maakt deel uit van de hiërarchie in het ziekenhuis en is leidinggevende van de verpleegkundigen in de eenheid. In één casus (casus A, h. 4) maakt de Manager Bedrijfsvoering daarnaast

⁸ In de onderzochte ziekenhuizen worden accenten gelegd op bepaalde overleggen. In casus B (h. 5) wordt de aandacht gevestigd op het overleg van het Semi-MT en het overleg van de Medisch Managers. In casus C wint het overleg van Medisch Managers en de kernstaf terrein. Door de Raad van Bestuur van casus D (h. 7) wordt ingezet op het versterken van het Management Overleg.

ook deel uit van het Management Team.⁹¹⁰ Sommige Managers hebben bovendien meerdere eenheden in hun takenpakket. De Managers Bedrijfsvoering moeten zaken doen met de Medisch Managers (en hun achterban), maar kunnen tegelijkertijd overruled worden door medici op basis van hun professionele autonomie. Door de conflicterende belangen van management en medici en de deskundigheidsmacht (en daarmee ook hindermacht) van medici is het moeilijk om tot consensus te komen in besluitvorming. Omdat de belangen van de verschillende partijen waar de Manager Bedrijfsvoering zaken mee doet, conflicterende belangen zijn, heeft de Manager Bedrijfsvoering voortdurend te maken met rolconflict (Merton, 1957). Door de invoering van de Eenhedenstructuur en het wegvallen van een managementlaag (zie 8.1.4), wordt het rolconflict waarmee de Managers Bedrijfsvoering te maken hebben, vergroot (dit geldt ook voor de Medisch Managers).

B.2 *Dubbelrollen in bestuur ziekenhuis*

De Raad van Bestuur en het Stafbestuur zijn samen betrokken in het bestuur van de onderzochte ziekenhuizen. De Raad van Bestuur is aangesteld in de onderzochte ziekenhuizen voor het besturen van het ziekenhuis. Het bestuur is formeel eindverantwoordelijk voor het functioneren van het ziekenhuis. De Raad van Bestuur is afhankelijk van de medici in het ziekenhuis voor het besturen van het ziekenhuis. Daartoe werkt de Raad van Bestuur samen met het Stafbestuur in het bestuur van het ziekenhuis. De Raad van Bestuur betreft in de verschillende ziekenhuizen het Stafbestuur bij het besturen van het ziekenhuis omdat zij hiervoor afhankelijk is van het Stafbestuur en diens achterban. In de onderzochte ziekenhuizen maakt het Stafbestuur deel uit van het bestuur van de organisatie, zonder dat zij formeel bestuurlijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden heeft (adviesrol zie 8.3.1).

Het Stafbestuur vertegenwoordigt binnen het bestuur van de organisatie de belangen van haar achterban – de Vereniging Medische Staf – en werkt daartoe samen en onderhandelt met de Raad van Bestuur. Zij heeft te maken met de belangen van zowel het collectief van medici als de belangen van de organisatie (en daarnaast ook de belangen van de vakgroep/maatschap waar de leden van het Stafbestuur zelf deel van uitmaken). Het Stafbestuur is daarmee partner én partij van de Raad van Bestuur.

C **Gedragsregels in besturen**

C.1 *Afstemmen en terughoudend omgaan met positiemacht*

In de casusbeschrijvingen wordt zichtbaar dat in de ziekenhuizen voorzichtig wordt omgegaan met het gebruiken van positiemacht. Bestuurders, Managers Bedrijfsvoering, leden Medisch Stafbestuur en Medisch Managers hebben formeel verantwoordelijkheden

⁹ In casus B (b. 5) en casus D (b. 7) worden er overleggen in het leven geroepen die bewegen in de richting van een MT-laag: "semi-MT" (b. 5) en Management Overleg (b. 7).

¹⁰ In ditzelfde ziekenhuis (casus A, b. 4) is een beperkt aantal Managers Bedrijfsvoering werkzaam (in vergelijking met de andere ziekenhuizen) die afzonderlijk betrokken zijn in de besturing van meerdere eenheden.

en bevoegdheden gekregen om (onderdelen van) het ziekenhuis te besturen (zie 8.1.1). Omdat ze terughoudend moeten omgaan met positiemacht wordt voortdurend afstemming gezocht.

Het zijn vooral de Managers Bedrijfsvoering die terughoudend omgaan met hun positiemacht omdat zij afhankelijk zijn van de Medisch Managers. Om samen de eenheid te kunnen besturen, geeft de Manager Bedrijfsvoering ruimte aan de belangen en beslissingsmacht van medici. Hij ondersteunt de Medisch Manager en zijn achterban door het voorbereiden en uitwerken van besluiten binnen de eenheid. Er is in en tussen de ziekenhuizen variatie in de manier waarop de Manager Bedrijfsvoering zich gedraagt richting de Medisch Manager. Zo zijn er Managers Bedrijfsvoering met een meer sturende rol, waarbij zij Medisch Managers coachen, besluiten voorbereiden en bovendien richtinggevend zijn in de besluitvorming van de eenheid (voorbeelden duidelijk zichtbaar in casus B, h. 5). Er zijn ook Managers Bedrijfsvoering actief met een meer ondersteunende rol, waarbij de Manager Bedrijfsvoering bezig is met het voorbereiden en uitwerken van besluiten en de Medisch Manager de beslissingen neemt (voorbeelden duidelijk zichtbaar in casus A, h. 4).

In de casuïstiek wordt zichtbaar dat wanneer de Manager Bedrijfsvoering beslissingen binnen de eenheid probeert te forceren op basis van zijn positie als manager, dit kan resulteren in conflict en uiteindelijk ontslag van de Manager Bedrijfsvoering. Zo werd er vlak voor dit onderzoek in casus A (h. 4) nog een Manager Bedrijfsvoering ontslagen omdat deze niet de belangen van medici maar diens eigen agenda (en ego) centraal had gesteld. Ook in de andere ziekenhuizen wordt zichtbaar dat de Managers Bedrijfsvoering conflicten vermijden door zich ondersteunend op te stellen richting medici en voortdurend afstemming te zoeken met de Medisch Manager (casus A, B, C en D in h. 4, 5, 6 en 7).

Ook de Raad van Bestuur kiest ervoor om terughoudend om te gaan met haar positie-macht. Zij deelt zoveel mogelijk de macht als bestuurder met het Stafbestuur om zo het ziekenhuis te kunnen besturen. In de ziekenhuizen is er sprake van variatie in de mate waarin de Raad van Bestuur macht afstaat aan het Stafbestuur. In casus C (h. 6) probeert de Raad van Bestuur het Stafbestuur in de stoel van medebestuurder te zetten. Volgens respondenten is in dit ziekenhuis sprake van een sterke samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. Het Stafbestuur trekt intensief op met de Raad van Bestuur en beweegt sterk in de richting van medebestuurder. In casus A (h. 4) deelt de Raad van Bestuur juist minder macht met het Stafbestuur dan in casus C macht waardoor het Stafbestuur in een meer adviserende rol ten opzichte van de Raad van Bestuur wordt gedrukt. In de twee andere ziekenhuizen (casus B en D, h. 5 en 7) wordt de macht gedeeld door de Raad van Bestuur met het Stafbestuur, maar niet zo 'sterk' als in casus C (h. 6) en niet zo 'weinig' als in casus A (h. 4). In casus B (h. 5) beweegt de rol van het Stafbestuur in de richting van medebestuurder ten opzichte van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur en het Stafbestuur zijn samen betrokken in de besturing van het ziekenhuis. In casus D (h. 7) zijn de Raad van Bestuur en het Stafbestuur op zoek naar

nieuwe vormen van samenwerking na een crisis in het bestuur van de organisatie. De rol van het Stafbestuur beweegt ook in dit ziekenhuis in de richting van medebestuurder.

Uit de casuïstiek komt naar voren dat wanneer de Raad van Bestuur solistisch te werk gaat in de besluitvorming en het Stafbestuur niet kent in de besturing van het ziekenhuis, de Raad van Bestuur (en gemaakte besluiten) worden teruggefloten door het Stafbestuur. Zo werd in casus B (h. 5) zichtbaar dat de Raad van Bestuur op het matje werd geroepen door het Stafbestuur en een besluit inzake het rouleren van managers tussen de eenheden moest terugdraaien. Het solistische gedrag van een lid van de Raad van Bestuur in casus A (h. 4) was één van de redenen (naast ontbreken passende competenties) dat hij ontslagen werd. In casus D (h. 7) kiest de Raad van Bestuur ervoor om het Stafbestuur (maar ook een afvaardiging van de medische staf georganiseerd in Raden en het management van eenheden en stafdiensten) te betrekken in de besturing van het ziekenhuis. In alle ziekenhuizen vindt een permanente dialoog plaats over samenwerking en verdeling van rollen in het bestuur. Het is de afspraak in de onderzochte ziekenhuizen dat de Raad van Bestuur en het Stafbestuur samen optrekken in de besturing van het ziekenhuis.

Ook de Medisch Managers en leden van het Stafbestuur hebben formele verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de besturing van het ziekenhuis. De Medisch Managers en de leden van het Stafbestuur zijn gemandateerd om de belangen van hun achterban te vertegenwoordigen. Uit de casuïstiek komt naar voren dat dit formele mandaat niet betekent dat Medisch Managers en het Stafbestuur ook zonder overleg en toestemming van de achterban zelfstandig beslissingen kunnen nemen. Het effectueren van het formeel verleende mandaat van de achterban is niet vanzelfsprekend. Dit is niet zozeer afhankelijk van de positie¹¹, maar van de persoon en diens bestuurlijke vaardigheden, medische vaardigheden, netwerk en positie in de medische staf. In de ziekenhuizen is er sprake van een variatie in de mate waarin de Medisch Managers en het Stafbestuur beschikken over feitelijk mandaat.

C.2 Werken met vertrouwen

In dit onderzoek komt naar voren dat in de onderzochte ziekenhuizen onderling vertrouwen een cruciale rol speelt. Vertrouwen verwijst in dit onderzoek naar het persoonlijke vertrouwen in het handelen van de ene actor in de ander (zie ook hoofdstuk 8 en 9 voor bespreking vertrouwen in lijn Seligman's (1997) *“personal trust”*). De mate van vertrouwen (en wantrouwen) tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur en tussen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering drukt een stempel op de interactie tussen deze actoren. Er gebeuren voortdurend dingen waardoor het vertrouwen groeit maar juist ook het vertrouwen een deuk oploopt en wantrouwen ontstaat. Wanneer het vertrouwen een deuk oploopt en wantrouwen ontstaat, belemmert dit de interactie tussen de geledingen. In de onderzochte ziekenhuizen wordt het wantrouwen zichtbaar in de overleggen van de

¹¹ In casus D (h. 7) is pas sinds kort in alle eenheden een Medisch Manager werkzaam. In de onderzochte ziekenhuizen wordt ook zichtbaar dat de positie van Medisch Manager niet altijd serieus wordt genomen door medici (alle ziekenhuizen).

afzonderlijke geledingen voor en na de overleggen en in de stroevare communicatie tussen geledingen tijdens deze overleggen (minder open, aandacht voor conflicterende belangen en langere duur besluitvorming). Ook wordt de verslechterde verstandhouding zichtbaar in de gesprekken die hierover gevoerd worden (dit geldt vooral voor de Raad van Bestuur en het Stafbestuur in de onderzochte ziekenhuizen).

Dat er wordt gewerkt met vertrouwen (en wantrouwen) wordt zichtbaar in de relatie tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur (vooral in casus A, B en D, h. 4, 5 en 7). In de onderzochte ziekenhuizen beweegt het Stafbestuur (in meer en mindere mate) in de richting van een medebestuurder. In de onderzochte ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt over de samenwerking tussen beide partijen (zie 8.1.2): het Stafbestuur wordt door de Raad van Bestuur gekend in de besturing van het ziekenhuis. Op het moment dat het Stafbestuur niet (tijdig) gekend wordt in besluitvorming door de Raad van Bestuur en eerder gemaakte afspraken niet gevolgd worden, loopt het vertrouwen een deuk op (en ontstaat er wantrouwen).

Zo werd in casus B (h. 5) zichtbaar dat op het moment dat de Raad van Bestuur alleen besloot om de Managers Bedrijfsvoering te laten rouleren over eenheden zonder het Stafbestuur te hebben gekend, het Stafbestuur dit besluit tegenhield en de leden van de Raad van Bestuur aansprak op hun gedrag. Omdat dit volgens het Stafbestuur geen incident was, trok het Stafbestuur zich meer terug op haar eigen domein (door meer stil te staan bij de belangen van de medische staf en het voeren van voor- en na-overleggen met het Stafbestuur maar ook door het expliciet bespreken van de samenwerking tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur).

In casus A (h. 4) wordt zichtbaar dat het Stafbestuur tijdens vooroverleggen een duidelijke strategie bepaalt voor het gesprek met de Raad van Bestuur en (soms tevergeefs) om informatie vraagt over besluitvorming bij de Raad van Bestuur als zij daarin niet gekend is. Het zijn in dit ziekenhuis vooral enkele leden van de medische staf die het bestuur aanspreken op de waarneming dat het Stafbestuur te weinig betrokken wordt in de besturing van het ziekenhuis (in de ogen van het Stafbestuur en/of medici in het ziekenhuis).

In casus C (h. 5) kenmerkt de verstandhouding tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur zich juist door vertrouwen. Het aantal vooroverleggen en het duidelijke innemen van positie van het Stafbestuur ten opzichte van de Raad van Bestuur (bijvoorbeeld door het dragen van een doktersjas) behoren tot het verleden. Beide geledingen lopen gemakkelijk bij elkaar binnen en kunnen tijdens overleggen onvoorbereid onderwerpen bespreken.

In casus D (h. 7) zijn het Stafbestuur en de Raad van Bestuur bezig met het opbouwen van een vertrouwensrelatie na een bestuurlijke crisis en een crisis in het primaire proces. Door het betrekken van het Stafbestuur en het bespreken van de onderlinge samenwerking met het Stafbestuur wordt er in dit ziekenhuis door de Raad van Bestuur gewerkt met onderling vertrouwen. Het vertrouwen groeit in dit ziekenhuis, maar dit komt

ook weer onder druk te staan op het moment dat het Stafbestuur niet wordt gekend in besluitvorming (inzake bijvoorbeeld strategievorming) door de Raad van Bestuur terwijl dit wel was afgesproken.

In de ziekenhuizen gebeuren voortdurend zaken die het vertrouwen of wantrouwen tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur laten groeien. In casus C (h. 6) is er meer sprake van vertrouwen dan wantrouwen en in casus A en B (h. 4 en 5) meer sprake van wantrouwen. Wantrouwen ligt voortdurend op de loer. Vooral wanneer vastgelegde afspraken en ongeschreven regels vaak geschonden worden (casus A en B, h. 4 en 5) en dit gedrag in het geheugen is opgeslagen (zelfs als het gaat om andere bestuurders) (casus A, B en D, h. 4, 5 en 7).

Ook de interactie tussen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering leunt in de onderzochte ziekenhuizen op vertrouwen. Ook voor dit duo geldt dat er in de ziekenhuizen de afspraak is dat zij samen de eenheid besturen. De Manager Bedrijfsvoering is daarbij afhankelijk van de Medisch Manager. Als de Manager Bedrijfsvoering leunt op zijn positie en (in ogen van medici van) te weinig rekening houdt met belangen van de Medisch Manager in de besturing van de eenheid, zorgt dit voor een deuk in het vertrouwen of zelfs wantrouwen (wat kan uitmonden in ontslag zoals dit eerder in casus A (h. 4) gebeurde). In de ziekenhuizen wordt zichtbaar dat de Managers Bedrijfsvoering daarom voortdurend afstemming zoeken met de Medisch Managers (en hun achterban) om hen zo niet voor het hoofd te stoten.

C.3 *Werken met human resource processen*

In de ziekenhuizen wordt aandacht besteed aan de competenties van 'nieuwe' mensen om te bepalen of ze geschikt zijn voor de rol die ze moeten innemen in de besturing van het ziekenhuis. Denk hierbij aan de aandacht voor het profiel van de leden van de Raad van Bestuur, leden van het Stafbestuur, de Managers Bedrijfsvoering, de Medisch Managers en de managers van de stafdiensten in alle ziekenhuizen. In de ziekenhuizen wordt daarbij ook aandacht besteed aan de match tussen verschillende partijen zoals tussen de leden van de Raad van Bestuur onderling (casus A, B, C en D in h. 4, 5, 6 en 7) en tussen de Medisch Manager en de Manager Bedrijfsvoering (casus B, h. 5).

In de casuïstiek wordt daarnaast zichtbaar dat er medici, managers en bestuurders geschoold worden en coaching krijgen. De Medisch Managers volgen opleidingen om te groeien in hun rol als Medisch Manager waar ze primair niet voor zijn opgeleid. Managers Bedrijfsvoering zijn betrokken in Management Development trajecten en worden gecoacht om te groeien in hun rol als Manager Bedrijfsvoering. In alle vier de ziekenhuizen is ontevredenheid over de rol die de Managers Bedrijfsvoering hebben. In casus C (h. 6) hebben managers (medici en management) een coach aangewezen gekregen door de Raad van Bestuur en doorlopen zij een professionaliseringstraject. In andere ziekenhuizen worden door medici zelf ook coaches aangesteld om kritisch te kijken naar hun eigen rol en het functioneren van het besturingsarrangement (casus A en B, h. 4 en 5). In casus A (h. 4) wordt een adviseur ingeschakeld die gericht is op het functioneren van het pas

aangestelde Stafbestuur. In casus B (h. 5) ondergaat het Stafbestuur op eigen initiatief een professionaliseringstraject. De wijzingen in de besturingsstructuur en de opkomst van het management in de organisatie zouden volgens het Stafbestuur ervoor zorgen dat de rol van het Stafbestuur opnieuw bekeken moet worden. In casus C (h. 6) ondergaat de medische staf onder leiding van het Stafbestuur een professionaliseringstraject waarbij ze zich voor een deel laat bij staan door externe adviseurs. En tot slot werd ten tijde van het onderzoek ook de Raad van Bestuur in één van de ziekenhuizen gecoacht.

C.4 Werken met informele besluitvormingsprocessen

Uit de casuïstiek blijkt dat er in de ziekenhuizen veel informele krachten actief zijn. In ziekenhuizen wordt veel informeel geregeld. Besluitvorming vindt plaats via informele processen. Het gaat hierbij om flexibele communicatie, informatie-uitwisseling, beïnvloeding van besluitvorming en ad hoc besluitvorming in de medische staf en tussen leden van de medische staf en het management (al dan niet via coalitievorming en sleutelpersonen binnen de medische staf). Een informeel besluitvormingsproces dat in alle ziekenhuizen zichtbaar werd, is het aanstellingsproces van leden van het Stafbestuur. De besluitvorming en het voorwerk hiervoor gebeurt onder de radar.¹² Besluiten worden genomen voordat ze in formele overleggen zijn afgetikt (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 2011).

In de ziekenhuizen worden diverse informele processen zichtbaar. In casus A (h. 4) is een levendig patroon van informele besluitvormingsprocessen aanwezig. Hier wordt zichtbaar dat specialisten rechtstreeks dealen met de Raad van Bestuur (buiten overleggen besluitvormingsprocedures om). Sleutelpersonen en coalities oefenen druk uit op de besluitvorming in het ziekenhuis.

Ook in casus B zijn informele krachten actief. In casus B (h. 5) worden diverse informele besluitvormingsprocessen zichtbaar: lobbyen, informatie delen in de wandelgangen en het smeden van coalities. Sleutelpersonen oefenen invloed uit op de stemming rondom besluitvorming en besluitvorming zelf (casus B, h. 5).

¹² Een duidelijk voorbeeld in alle ziekenhuizen waarin het informele karakter van de besluitvorming zichtbaar wordt, zijn de aanstellingsprocessen van leden van het Stafbestuur. Er zijn geen duidelijke regels of procedures vastgesteld (met uitzondering van één ziekenhuis waar ad hoc een procedure is opgesteld; casus D, h. 7). Het zijn de zittende leden van het Stafbestuur (of oud Stafbestuurders en leiders in de medische staf) die op zoek gaan naar geschikte kandidaten. Op het moment dat men geschikte kandidaten op het oog heeft, wordt in het ziekenhuis getoetst bij leiders in de medische staf of dit inderdaad een geschikte kandidaat zou kunnen zijn en of hier draagvlak voor is binnen het ziekenhuis maar vooral binnen de medische staf. Daarnaast wordt er bij de desbetreffende kandidaten gepolst of zij hierin geïnteresseerd zijn. Op moment dat dit allebei positief is, wordt er een formele aanstellingsprocedure gestart waarbij kandidaten worden voorgedragen bij Algemene Leden Vergadering. Tijdens een stemming door leden van de Vereniging Medische Staf wordt bepaald wie gekozen wordt als lid Stafbestuur. Er is in principe dus geen sprake van een proces waarbij medici zich kandidaat kunnen stellen. Ook zijn er niet altijd formele afspraken over de aanstellingstermijn en criteria waaraan kandidaten dienen te voldoen. Hetzelfde geldt voor de criteria van de kandidaten. Uit het onderzoek komt naar voren dat de criteria die voorop staan bij de samenstelling van een nieuw bestuur verwijzen naar competenties van personen: bestuurlijke competenties (ervaring), deskundigheid op medisch professioneel terrein van belang en het vermogen om over eigen grenzen vakgroep/maatschap heen te kijken. Daarnaast wordt er ook gezocht naar een representatieve vertegenwoordiging van de achterban. Dit betreft de aanwezigheid van diverse vakgebieden, maar ook medici die in loondienst zijn versus vrijevestigde specialisten. Opvallend is wel dat grote vakgroepen/maatschappen in sommige ziekenhuizen sterk vertegenwoordigd zijn in het Stafbestuur (casus D, h. 7).

In casus C (h. 6) delen actoren in het ziekenhuis via de wandelgangen informatie met elkaar (“Wandelgangen Informatie Systeem”) maar wordt de noodzaak om via informele besluitvormingsprocessen invloed uit te oefenen minder groot ervaren. De reden hiervoor is volgens respondenten de goede samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur en de collectieve organisatie en ambitie van de medische staf. In deze casus wordt belang gehecht aan het volgen van formele (besluitvormings)procedures door zowel management als medici in dit ziekenhuis. Dit wil niet zeggen dat er geen informele krachten aanwezig zijn. Ook in dit ziekenhuis zoeken (sleutel)personen via informele routes – naast formele posities en overlegmomenten – naar mogelijkheden om de besluitvorming te beïnvloeden.¹³

In casus D (h. 7) was er voor het onderzoek sprake van een levendig patroon van informele besluitvormingsprocessen waarbij medici (individueel of als vakgroep/maatschap) rechtstreeks zaken deden met de Raad van Bestuur en de directie. Het nieuw aangestelde bestuur stuurt aan op besluitvorming binnen de afgesproken overleg- en besluitvormingsstructuur. Medici gaan hierin mee omdat in het verleden door het informele karakter van de besluitvorming besluiten ook niet altijd werden nagekomen. Dit neemt niet weg dat medici nog altijd invloed willen uitoefenen op de besluitvorming via informele besluitvormingsprocessen.

¹³ In casus C (h. 6) werd een voorbeeld zichtbaar dat de Manager Bedrijfsvoering steun zoekt bij Medisch Managers door te vragen of deze Medisch Manager een keer met Raad van Bestuur wil praten (zodat draagvlak kan ontstaan bij de Raad van Bestuur en de Manager Bedrijfsvoering zonder dat bij zijn collega Managers Bedrijfsvoering moet laten vallen).

Samenvatting

Al decennia zijn er debatten over de besturing en de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Bestuurders, managers, professionals, (interne) beleidsmedewerkers, beleidsmakers, consultants, verzekeraars en wetenschappers houden zich bezig met het vraagstuk hoe het conflict tussen management en medici kan worden gehanteerd. De besturing van het ziekenhuis is uiterst problematisch en ingewikkeld vanwege de diversiteit aan belangen en besturingsprincipes én de onderlinge afhankelijkheid van management en medici. De positie van het management en medisch specialisten in het ziekenhuis en hun onderlinge relatie hebben de afgelopen 60 jaar veel aandacht gekregen. Er werd én wordt gezocht naar manieren om het conflict tussen management en medisch specialisten te hanteren. Deze zoektocht wordt zichtbaar in de verschillende besturingsconcepten die de afgelopen vier decennia zijn ontwikkeld om de bestuurbaarheid van het ziekenhuis te vergroten, namelijk de concepten Management Participatie (1989), Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (1994) en recentelijk het Medisch Specialistisch Bedrijf (naast het loondienstmodel en participatiemodel, 2015). Tot begin jaren negentig lag het accent in deze concepten op de integratie van medisch specialisten en het ziekenhuis. Kenmerkend voor deze concepten was de betrokkenheid en acceptatie van zowel medici als de ziekenhuisorganisatie in de besturing van het ziekenhuis.

Vanaf midden jaren tachtig is, door de bemoeienis van ‘externe’ partijen – vooral de Nederlandse overheid – met de organisatie en financiering van het Nederlandse zorgsysteem en daarmee ook de besturing van het ziekenhuis, het accent in besturingsconcepten verschoven naar de integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis. Door te sturen op de eindverantwoordelijke positie van de Raad van Bestuur en de integratie van medici in het ziekenhuis, wordt de formele machtspositie van het management in het ziekenhuis versterkt. De pogingen van de overheid om de bestuurbaarheid van het ziekenhuis te vergroten door de ‘macht’ te verschuiven naar het management, drukken in toenemende mate op het conflict tussen management en professionals. Bestaande besturingsconcepten nemen af in werkzaamheid en nieuwe concepten worden geïntroduceerd als gevolg van wijzigingen in de financiering en de organisatie van het zorgstelsel, zoals de introductie van de Zorgverzekeringwet (2006) en de introductie van integrale tarieven medisch-specialistische zorg (2015). In de ziekenhuizen wordt gezocht naar passende besturingsconcepten om het conflict tussen management en medici én de complicerende invloed van de overheid op de besturing van het ziekenhuis te hanteren. Tegen de achtergrond van

het aanhoudende conflict tussen management en medici en de complicerende invloed van het externe krachtenveld op de bestuurbaarheid van het ziekenhuis, heeft de onderzoeker zich in deze studie gericht op het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop lokaal in de ziekenhuizen wordt omgegaan met het conflict tussen management en medici.

Onderzoeksvraag, doelstelling en karakter onderzoek

Dit onderzoek geeft inzicht in de besturingsarrangementen die in ziekenhuizen aanwezig zijn met het oog op het hanteren van afhankelijkheden én conflicterende belangen tussen management en medici als professionals. Het concept besturingsarrangement verwijst naar het lokale geheel van posities, rollen en gedragsregels die partijen overeenkomen en veranderen met het oog op het hanteren van conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden tussen management en medici. Deze arrangementen geven richting aan de interactie tussen de twee partijen. De vraag die centraal staat in dit onderzoek is: *met behulp van welke besturingsarrangementen hanteren management en medici hun wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen in Nederlandse algemene ziekenhuizen?*

Het onderzoek is gericht op het realiseren van een verbeterd theoretisch perspectief op de organisatiekundige typering van het ziekenhuis als professionele organisatie. In het bijzonder richt de onderzoeker zich op de wijze waarop twee dominante logica's – namelijk die van management en medisch professionals – naast elkaar kunnen bestaan in het ziekenhuis omdat hier nog maar weinig over bekend is (Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2014). Met de focus op het verwezenlijken van een verbeterd theoretisch perspectief, wordt de aandacht ook gericht op het creëren van een praktische uitvalsbasis voor passende besturingsarrangementen in ziekenhuizen.

De onderzoeker heeft gekozen voor kwalitatief en exploratief onderzoek om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag. Om te weten te komen hoe in ziekenhuizen wordt omgegaan met het conflict tussen management en medici, werd in vier Nederlandse algemene ziekenhuizen onderzoek gedaan. Het besturingsarrangement werd in de natuurlijke omgeving bestudeerd (2010-2013) om zo gedetailleerde kennis te verwerven van dit sociale verschijnsel. De onderzoeker is een half jaar in elk ziekenhuis aanwezig geweest en heeft daar geobserveerd, documenten bestudeerd en interviews afgenomen.

In dit boek worden de besturingsarrangementen van vier algemene ziekenhuizen beschreven. Daarnaast worden de arrangementen geanalyseerd met behulp van theorie. In dit onderzoeksverslag wordt inzicht gegeven in de afzonderlijke elementen van het besturingsarrangement in hun onderlinge samenhang. Er worden geen kant-en-klare besturingsrecepten beschreven. De lezer mag zelf de verbinding leggen tussen het unieke van de casussen, de analyse van de besturingsarrangementen én de eigen situatie. Het onderzoek biedt daarmee informatie voor bestuurders, managers, medici, beleidsmedewerkers, toezichthouders, beleidsmakers en consultants die zich bezig houden met de besturing van het ziekenhuis als professionele organisatie.

Theoretisch raamwerk

Tijdens het onderzoek heeft de onderzoeker gependeld tussen theoretische concepten, data en analyse. De theoretische concepten zorgden voor houvast bij het bestuderen van lokale besturingsarrangementen en het onder controle houden van de omvangrijke dataverzameling. Bij de start van het empirisch onderzoek is een bescheiden theoretisch raamwerk beschreven met aannames over de besturingsarrangementen in ziekenhuizen. Dit raamwerk is gedurende het onderzoek verder ontwikkeld.

In het theoretisch raamwerk is het professionele karakter van de ziekenhuisbesturing beschreven. Het ziekenhuis kenmerkt zich door duale zeggenschapslijnen. Management en medici hebben conflicterende besturingsprincipes – namelijk delegatie en mandatering – en botsende belangen. Tegelijkertijd zijn zij van elkaar afhankelijk. Dit zorgt voor conflict tussen management en medici. Binnen het klassieke denken over besturen is de veronderstelling dat dit conflict kan worden opgelost door het beheersen van medici via bureaucratische en hiërarchische middelen (ingezet door het management). Maar in ziekenhuizen is bureaucratische en hiërarchische sturing beperkt mogelijk vanwege de wederzijdse afhankelijkheid en de verschillende machtsbronnen waarover management en medici beschikken in de ziekenhuisbesturing. Recent onderzoek (Pache & Santos, 2013; Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2014) laat zien dat management en professionals met conflicterende belangen en wederzijdse afhankelijkheden ook naast elkaar kunnen opereren in een organisatie. Het is echter onduidelijk hoe precies wordt omgegaan met dit spanningsveld tussen partijen (Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2014). Omdat in ziekenhuizen het gebruik van bureaucratische en hiërarchische besturingsmiddelen beperkt mogelijk is en de samenhang tussen management en medici tot stand komt in de interactie tussen beide partijen, wordt in dit onderzoek gekeken naar posities in structuren én de rollen en de gedragsregels die partijen overeenkomen en veranderen met het oog op het hanteren van het conflict tussen management en medici.

‘Thick descriptions’

De eerste opbrengst van dit onderzoek zijn vier dikke casusbeschrijvingen. Deze ‘thick descriptions’ geven een rijke weergave van de onderzochte besturingsarrangementen in vier algemene ziekenhuizen. De casusbeschrijvingen geven inzicht in de posities en rollen van geledingen en de interactie tussen deze geledingen in de besturing van het ziekenhuis. Twee vragen geven richting aan de beschrijving van de casuïstiek, namelijk: *welke actoren zijn betrokken in de besturing van het ziekenhuis en welke positie en rol hebben zij? En hoe gaan deze actoren met elkaar om?* De verslaglegging van de casussen bestaat uit de beschrijving van de posities en rollen van de Raad van Bestuur en het Stafbestuur en hun interactie; de posities en rollen van de Manager Bedrijfsvoering en de Medisch Manager en hun interactie; de positie van het management van de eenheden en de interactie met de Raad van Bestuur; de rol van werkgroepen en commissies; de rol van stafdiensten en externe consultants; en de organisatie van de medische staf.

Analyse besturingsarrangementen

De tweede opbrengst van het onderzoek is de analyse van de besturingsarrangementen in de ziekenhuizen. De analyse geeft een dieper begrip van de arrangementen in de ziekenhuizen. De onderzochte besturingsarrangementen bestaan uit een vergelijkbaar samenhangend geheel van elementen dat gericht is op het hanteren van de wederzijdse afhankelijkheden en conflicterende belangen van management en medici. De elementen in de arrangementen zijn identiek, maar de invulling hiervan verschilt per ziekenhuis. Vier kenmerkende clusters van samenhangende elementen worden zichtbaar in de onderzochte besturingsarrangementen, namelijk: duale besturingsconstructie, decentrale besturingsconstructie, vage formalisatie, vertrouwen en human resource processen.

In de onderzochte ziekenhuizen wordt in dezelfde richting gezocht naar een passend besturingsarrangement om het conflict tussen management en medici te hanteren. De zoektocht beweegt in de richting van een *duale besturingsconstructie* (ook wel *duaal management* genoemd in de ziekenhuizen). Met de keuze voor een duale besturingsconstructie worden medici formeel betrokken in de besturing van het ziekenhuis. Om afstemming te organiseren tussen management en medici en de verschillende besturingsprincipes waarmee zij werken – namelijk mandatering en delegatie – zijn vage posities ge(her)definieerd. Op het grensvlak tussen de hiërarchisch georganiseerde managementzuil en de verticaal georganiseerde medische zuil, is de positie van de Medisch Manager ontwikkeld tegenover de positie van de Manager Bedrijfsvoering. In ditzelfde grensgebied tussen twee zuilen is ook de positie van het Stafbestuur (opnieuw) gecreëerd ten opzichte van de Raad van Bestuur.

Doordat medici betrokken worden in de besturing van het ziekenhuis, komen de besturingsprincipes van medici die werkzaam zijn in het primaire proces automatisch meer centraal te staan. Het ligt voor de hand dat verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de besturing worden weggetrokken bij de Raad van Bestuur en dichterbij het primaire proces worden belegd, zijnde het management van de eenheden, de stafdiensten en de werkgroepen en commissies. In de ziekenhuizen wordt hiertoe een Eenhedenstructuur geïntroduceerd en een managementlaag geschrapt. De formele verschuiving van verantwoordelijkheden en bevoegdheden wordt in de ziekenhuizen aangeduid als *decentralisatie*. Door middel van de decentralisatie wordt het conflict tussen management en medici (en het spanningsveld tussen de Raad van Bestuur en het management van de eenheden) aangepakt. Door de formele decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar het management van de eenheid krijgt de Raad van Bestuur meer inzicht en ruimte voor centrale sturing.

Met de keuze voor de duale en decentrale besturingsconstructie worden de duale zeggenschapslijnen in het ziekenhuis erkend en geformaliseerd. De bewust gekozen vage posities op het grensvlak tussen de management zuil en de medische zuil, zijn gecreëerd om te komen tot afstemming tussen deze zuilen. De vage posities zijn dubbelslachtig omdat hier verschillende lijnen uit de organisatie bij elkaar komen. Zij moeten omgaan met zowel de belangen van hun achterban als van hun tegenspeler (die tevens partner is). De 'boundary

spanners' Medisch Manager en Stafbestuur, maar vooral de 'libero' Manager Bedrijfsvoering – omdat hij het meest klem zit tussen twee zuilen – hebben “*scharrelruimte*” (Moen & Ansems, 2004) nodig om de conflicterende belangen en verwachtingen te hanteren en de zuilen bij elkaar te brengen. Het is moeilijk om het ambigue karakter van de vage posities te vangen in formele en gedetailleerde regels. Deze zijn daarom weinig gedetailleerd afgebakend. De precieze rol van de vage posities wordt vormgegeven in de interactie tussen partijen en de afspraken die zij maken over hun onderlinge samenwerking. Beide partijen hebben afgesproken elkaar te betrekken in de besturing van het ziekenhuis. Niet alleen wordt er in de ziekenhuizen gewerkt met vage posities en afspraken over de interactie tussen partijen om te komen tot afstemming tussen de verschillende zuilen, ook wordt er gewerkt met *formele gemeenschappelijke (getrapte) overleg- en besluitvormingsprocedures* en informele afstemming.

Management en medici kunnen elkaar niet domineren vanwege hun onderlinge afhankelijkheid, de min of meer vergelijkbare rol in de besturing van het ziekenhuis en de verschillende machtsbronnen. Omdat beheersing in het ziekenhuis beperkt mogelijk is, zorgt *wederzijds vertrouwen* in de ziekenhuizen ervoor dat de interactie tussen management en medici in goede banen wordt geleid. Wederzijds vertrouwen is een ‘second best’ alternatief voor beheersing (Seligman, 1997). Omdat vertrouwen kwetsbaar is, kan het echter wel snel omslaan in wantrouwen.

De duale en decentrale besturingsconstructie en het werken met wederzijds vertrouwen is kwetsbaar. Het functioneren van het besturingsarrangement is in hoge mate afhankelijk van de kennis en competenties van personen. Het vergt veel van personen om met de complexiteit en kwetsbaarheid van het samengestelde besturingsarrangement in een netwerk van partijen om te gaan. Daarom wordt in de onderzochte ziekenhuizen gewerkt met *human resource processen*.

Slotbeschouwing en reflectie

In dit onderzoek komt naar voren dat de ziekenhuizen georganiseerd zijn als een onderhandelingsnetwerk. De (h)erkenning van de wederzijdse afhankelijkheden en de acceptatie van de positie van management én medici in de besturing van het ziekenhuis (door de keuze voor een duale besturingsconstructie) zijn kenmerkend voor een organisatie die wordt opgevat en bestuurd als een gefragmenteerd netwerk van wederzijds afhankelijke partijen. Omdat management en medici elkaar niet kunnen beheersen, maar ze toch van elkaar afhankelijk zijn voor de besturing van het ziekenhuis, wordt in de ziekenhuizen het conflict tussen beide partijen gehanteerd door te onderhandelen. Er worden belangen uitgeruild tussen management en medici op inhouds- en betrekkningsniveau. De duale zeggenschapslijnen en de onderhandelingsprocessen krijgen vaste vorm in een duale en decentrale besturingsconstructie, de creatie van vage posities, afspraken over de interactie tussen management en medici en een overleg- en besluitvormingsprocedure.

Achter de duale besturingsconstructie gaan twee mechanismen schuil, namelijk het mechanisme van “*coöptatie*” (Selznick, 1966) en een mechanisme waarbij de ‘tegenpartij’

versterkt wordt om het ziekenhuis te kunnen besturen. Coöptatie verwijst naar het delen van macht van het management met medici om te kunnen besturen. De Raad van Bestuur deelt macht met het Stafbestuur en de Manager Bedrijfsvoering met de Medisch Manager, omdat beide partijen van elkaar afhankelijk zijn. Medici willen op hun beurt ook zeggenschap in de besturing van het ziekenhuis. In de ziekenhuizen wordt naast het coöptatiemechanisme ook een mechanisme zichtbaar waarbij door het management bewust wordt geïnvesteerd in het sterker maken van de medici in de besturing van het ziekenhuis. Dit geldt vooral voor het versterken van het Stafbestuur door de Raad van Bestuur. Door het sterker maken van medici als vertegenwoordigers van de medische staf hoeft het management slechts met één partij te overleggen en te onderhandelen en wordt het management nauwelijks belemmerd door de belangenbehartiging van individuele specialisten.

Het samengestelde besturingsarrangement, waarin gewerkt wordt met een duale besturingsconstructie en vage verbindingen, zorgt ervoor dat het conflict tussen management en medici wordt gepacificeerd. Door de wederzijdse erkenning van zowel management als medici in de besturing van het ziekenhuis en het delen van macht van het management met medici, ontstaat er rust in het conflict. Er is sprake van "*peaceful co-existence*" (Scholten & Van der Grinten, 1998) tussen management en medici. In dit onderzoek worden de (duale) besturingsarrangementen waarin management én medici samen het ziekenhuis besturen, aangeduid met het concept 'samengesteld besturingsarrangement'.

De machtsverhouding tussen management en medici is wel scheef. Beide partijen zijn gelijkwaardig in de besturing van het ziekenhuis, maar niet gelijk. Medici hebben zeggenschap, maar nauwelijks verantwoordelijkheden. Zo draagt het Stafbestuur geen eindverantwoordelijkheid voor het functioneren van het ziekenhuis zoals de Raad van Bestuur dit doet. Daarnaast loopt de Manager Bedrijfsvoering figuurlijk op zijn tenen om de belangen van de Medisch Manager (en zijn achterban) en het ziekenhuis bij elkaar te brengen.

Het management en medici in het bestuur van de organisatie en het management van de eenheden hebben de afspraak gemaakt dat ze elkaar betrekken in de besturing van het ziekenhuis inzake belangrijke onderwerpen. Vooral de medici staan erop dat zij worden betrokken in de besturing van het ziekenhuis. Omdat het Stafbestuur en de Medisch Managers zich bezig houden met de belangenbehartiging van de eigen achterban, maar daarnaast deze eigen belangen overstijgen en betrokken zijn in de besturing van het ziekenhuis, kan hun interactie met de Raad van Bestuur en het management van de eenheden worden geïnterpreteerd als "*joint regulation*" (Scholten & Van der Grinten, 2005).

Het samengestelde besturingsarrangement zorgt voor een tijdelijke bevrozing van de verhoudingen tussen management en medici. Partijen hoeven niet voortdurend met elkaar te zoeken naar een passende verdeling van macht in het ziekenhuis en hoe zij met elkaar moeten omgaan. Door het structureren van de besturingsprocessen in het onderhandelingsnetwerk ontstaat er een subtiel en kwetsbaar evenwicht tussen samenwerken en

vechten (Mastenbroek, 1996). In dit onderzoek komt ook naar voren dat dit evenwicht in het besturingsarrangement gemakkelijk wordt verstoord. Het kwetsbare karakter van de vreedzame en pragmatische samenwerking tussen management en medici en de kwetsbaarheid van vertrouwen, zorgen ervoor dat de dreiging om te 'vechten' altijd in de lucht hangt. De ambigue posities en daarmee samenhangende afspraken over samenwerking en de getrapte overleg- en besluitvormingsprocedure kunnen worden geïnterpreteerd als 'instrumenten' die het mogelijk maken een brug te slaan tussen management en medici (Bal, 2006). Deze instrumenten geven een zeker houvast voor de vormgeving van de samenwerking tussen management en medici, maar zijn tegelijkertijd vaag en daardoor multi-interpretabel, fluïde en onderhandelbaar. Het ambigue karakter van deze "*vage figuren*" (Barendrecht, 1992 in Bal, 2006) maakt het mogelijk dat partijen in de ziekenhuizen zelf betekenis kunnen geven aan hun rollen en interactie en deze kunnen vormgeven (Barendrecht, 1992 in Bal, 2006; Eisenberg, 1984).

De complexiteit van het besturingsproces in een onderhandelingsnetwerk en de kwetsbaarheid van de duale besturingsconstructie, doen een appel op het vermogen van bestuurders, managers en medici om het onderhandelingsproces op een passende manier vorm te geven. In een onderhandelingsnetwerk moet rekening worden gehouden met meerdere belangen van diverse partijen en het spel om de macht. Omdat dit veel vergt van personen, wordt er in de ziekenhuizen gebruik gemaakt van human resource processen.

De overheid mengt zich sinds de introductie van de budgetteringssystematiek (1983) in het conflict tussen management en medici. De overheid probeert de macht van de Raad van Bestuur te centraliseren en medici te integreren *in* het ziekenhuis, door de ontwikkeling van wet- en regelgeving en gedragsnormen voor de besturing van het ziekenhuis. De initiatieven die gericht zijn op het veranderen, dan wel implicaties hebben voor de vormgeving van de relatie tussen het management en medisch specialisten, kunnen voor een belangrijk deel worden geïnterpreteerd als pogingen ter beheersing van de zorgkosten – van onder andere medici – in algemene ziekenhuizen. Volgens de overheid wordt een ziekenhuis bestuurbaar wanneer er sprake is van één "*besturingscentrum*" (Moen & Maarse, 1991), namelijk de Raad van Bestuur, dat in staat is om effectief te besturen. De overheid accepteert de organisatorische en economische autonomie van de dokter in het ziekenhuis niet en richt zich op de integratie van medici in het ziekenhuis. In ziekenhuizen wordt een ander spel gespeeld dan de overheid voor ogen heeft. Daar waar het 'ziekenhuis als gewoon bedrijf' als besturingsconcept centraal staat in de interventies van de overheid, zijn partijen in het ziekenhuis betrokken in een onderhandelingspel.

De overheidsinterventies vormen een bedreiging voor de ontstane "*peaceful co-existence*" (Scholten & Van der Grinten, 1998) van management en medici. Door het in toenemende mate beleggen van verantwoordelijkheden bij de Raad van Bestuur, is deze genoodzaakt om medici te betrekken in de besturing van het ziekenhuis. In de ziekenhuizen wordt er voor gezorgd dat de besturing "*frontstage*" (Goffman, 1990) formeel voldoet aan alle (wettelijk voorgeschreven) eisen inzake de besturing van het ziekenhuis. Actoren in de ziekenhuizen ontwikkelen "*backstage*" (Goffman, 1990) zelf besturingsarrangementen.

De partijen in de ziekenhuizen organiseren zich met de structurering van duale zeggenschapslijnen en onderhandelingsprocessen tegen de wet- en regelgeving van de overheid. Vooral medici zijn in de afgelopen decennia in staat gebleken om de overheidsinterventies zodanig op te pakken dat hun professionele autonomie en daarmee zeggenschap in de besturing van het ziekenhuis werd behouden of uitgebreid. Omdat er bij de overheid voortdurend ontevredenheid bestaat over de ontwikkeling van het besturingsarrangement in de ziekenhuizen, ontwikkelt zij weer nieuwe integratie initiatieven. Er is sprake van een *“institutionele kringloop”* (Schuyt, 1972). De aanwezigheid van deze kringloop wordt bevestigd door de ontwikkeling van het Medisch Specialistisch Bedrijf in de meeste algemene ziekenhuizen als reactie op de introductie van de integrale tarieven (2015) welke, in plaats van de gewenste integratie, juist desintegratie als gevolg heeft. Onder toenemende druk van de overheid om macht te centraliseren en medici te integreren in ziekenhuis groeien de gescheiden frontstage en backstage wereld uit elkaar.

De vraag is wat de consequentie is van de lokaal in de ziekenhuizen ontwikkelde besturingsarrangementen voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. De keuze in de ziekenhuizen om te werken met een decentrale en vooral duale besturingsconstructie, vage verbindingen en vertrouwen gaat ten koste van de externe legitimiteit, maar zorgt tegelijkertijd wel voor interne legitimiteit. In de onderzochte ziekenhuizen weegt de participatie van management én medici in de besturing van het ziekenhuis zwaarder dan doelmatigheid. Het werken met het ontwikkelde besturingsarrangement draagt bij aan de bestuurbaarheid van het ziekenhuis doordat interactie tussen partijen in het onderhandelingsnetwerk expliciet en bruikbaar zijn gemaakt.

In dit verslag worden lessen getrokken uit het onderzoek naar het conflict tussen management en professionals in het ziekenhuis als professionele organisatie. Hoewel het vinden van de *“good story”* (Dubois & Gadde, 2014) een uitdaging was, bleek abductief onderzoek en het werken met thick descriptions een goede manier om te komen tot een diepgaande analyse van besturingsarrangementen in hun lokale context. De in dit onderzoek gevonden elementen in het besturingsarrangement kunnen dienen als bruikbare constructen om de pragmatische samenwerking tussen management en professionals verder te onderzoeken. Toekomstig onderzoek zou de volgende thema's beter in beeld kunnen brengen: 1) de wijze waarop (namelijk hoe) actoren met elkaar omgaan en belangen uitruilen (vooral de besturingsdynamiek tussen management en professionals in het onderhandelingsnetwerk) en 2) wanneer het conflict tussen management en professionals functioneel is en wanneer disfunctioneel en wat dit precies betekent voor de prestaties van de organisatie.

De in dit onderzoek verkregen kennis over besturingsarrangementen in ziekenhuizen biedt handvatten voor de besturing van ziekenhuizen. Het is van belang dat betrokken partijen de complexiteit van de besturing van een onderhandelingsnetwerk en de onderliggende opvattingen over besturen in ziekenhuizen (en de kloven ten opzichte van andere besturingsconcepten) herkennen en erkennen. Om het conflict te hanteren tussen management en medici ligt er een uitdaging in het structureren van een samengestelde

besturingsconstructie en van functionele vaagheid. Daarnaast is het voor het functioneren van een onderhandelingsnetwerk van belang dat wordt geïnvesteerd in de kennis en competenties van personen om hierin te kunnen opereren en synergie te creëren.

Summary

For decades there is a debate about the governance and governability¹⁴ of hospitals. Directors, managers, medical specialists, (internal) policy advisors, policy makers, consultants, insurers and scientists have been occupied with the question how the conflict between management and professionals can be managed. The governance of a hospital is extremely problematic and complicated because of the conflicting interests and interdependencies between medical specialists and hospital management. During the last 60 years the relationship between professionals and management in hospitals has been receiving a lot of attention. Several actors have been searching for ways to handle the conflict between management and medical specialists. This quest becomes visible in the various governance concepts which have been developed to increase the manageability of the hospital. During the last four decades several concepts came by: Management Participation (1989), Integrated Specialist Company (1994), and more recently the Medical Specialist Company as a counterbalance of the hospital organization (2015). Until the 1990's the focus in these concepts is on the integration of medical specialists *and* the hospital. The involvement and acceptance of both physician and hospital organization in hospital governance is distinctive for these concepts.

Halfway the nineties of the twentieth century a major shift can be observed in the way the relationship between medical professionals and management is handled. As a result of the interference of the Dutch government with the organization and financing of the Dutch health care system and with that the governance of hospitals, a shift was caused towards the integration of medical specialists *in* the hospital. Due to the interventions aimed at the formalization of the final responsibility of the Executive Board and the integration of physicians in the hospital the formal position of management in hospital governance has been reinforced compared to the position of medical specialists. The attempts of the Dutch government to increase the manageability of the hospital by reinforcing the power of management, increasingly weigh on the conflict between management and medical specialists. Existing governance concepts decrease in effectiveness and new concepts are

¹⁴ *Governability is a concept Bal, Quartz and Wallenburg (2015) use. In this research the concept governability refers to the degree people in an organization are capable to handle conflicting interests and interdependencies in order for an organization to function of change. This definition is derived the concept "bestuurbaarheid" of Lammers, Mijs and Noort (2000). In line with this definition Ferlie, FitzGerald, McGivern, Dopson, and Bennet (2013) use the phrase "making [something] governable".*

being introduced as a result of financial and organizational changes in the health care system: that is the introduction of the 2006 health insurance legislation and the introduction of a new financial system (namely 'integrale tarieven medisch-specialistische zorg') in 2015. In hospitals people are looking for suitable governance concepts to handle the persisting conflict between management and physicians and the complicating influence of the Dutch government on hospital governance. With this background in mind, the goal of this research is to gain insight in the way the conflict between management and medical specialists is handled locally in hospitals.

Research question, goal and nature of the study

The goal of this research was to gain insight in the governance arrangements that are being developed in hospitals considering the conflicting interests and interdependencies between management and medical specialists. In this research the concept 'governance arrangement' refers to the whole of positions, roles and rules of behavior actors agree on and change in order to handle the conflicting interests and interdependencies between management and medical specialists. These arrangements give direction to the interaction between actors. The central research question of this research is: *with the help of which governance arrangements are the interdependencies and conflicting interests between management and medical specialists handled in Dutch general hospitals?*

The researcher conducted research into governance arrangements in Dutch general hospitals in order to realize an improved theoretical perspective on the characterization of professional organizations (in the field of organization science). Substantial research effort has been devoted to the relationship between management and professionals. However, there has been relatively little analysis of situations where competing logics continue to co-exist for a lengthy period of time (Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2014). Therefore in this research attention was paid to the question how two competing logics – of management and medical professionals – co-exist and are handled in hospitals. With the focus on an improved theoretical perspective, the researcher also aimed at the development of a practical point of departure for suitable governance arrangements in hospitals.

A qualitative and explorative research was chosen to answer the research question. Four Dutch general hospitals were examined to find out how conflicting logics and interdependencies between management and medical specialists are handled. The governance arrangement was studied in four hospitals (2010-2013) in order to gain detailed information about this social phenomenon. For six months the researcher was present in each hospital where she made observations, studied documents and mainly conducted interviews.

The body of this book consists of four in-depth descriptions of governance arrangements in four different hospitals. Moreover, these arrangements are analyzed with the help of theory. The researcher provides insight into distinctive elements in the governance arrangements and the connection between them. No ready-made solutions, best practices, procedures or structures are described. The information that is offered in this report

enables directors, managers, medical specialists, (internal) policy advisors, policy makers, consultants and scientists to connect unique aspects of the cases to their own circumstances.

Theoretical framework

Along the lines of abductive research the researcher went back and forth between framework, data sources, and analysis. The researcher chose to work with a tight and emerging framework of theoretical concepts. During the research the framework evolved in line with the data collection. The tight and emerging framework functioned as a guideline when entering the hospitals and studying governance arrangements. Working with this framework made it possible to keep control of the massive data collection in four case studies.

The professional character of hospital governance is described in the theoretical framework. The governance structure of the hospital can be typified by two lines of authority and two centers of power (also dual hierarchy). Management and medical specialists have conflicting interests and governance principles. Managers work with the principle of delegation and medical specialists work with a system of representative democracy in which discretionary power 'mandate' is given to representatives (Scholten & Van der Grinten, 2005). At the same time management and physicians depend on each other. This causes conflict between them. The assumption in traditional management literature is that this conflict can be solved by the control of medical specialists by managers by means of bureaucratic and hierarchical coordination mechanisms. However, these mechanisms can only be used to a limited extent due to the interdependencies in hospitals and different power resources between management and physicians. Recent research (Pache & Santos, 2013; Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2014) shows that management and professionals with interdependencies and conflicting interests and logics can co-exist. The existence of competing logics can transform into stability. However, specific knowledge is lacking about the way the tension between actors, with conflicting interests and logics and interdependencies, is handled (Reay & Hinings, 2009; Smets e.a., 2014). The focus in this research is on positions, roles and rules of the game that are being developed in hospitals in order to handle the conflict between management and professionals, because bureaucratic and hierarchical coordination mechanisms can only be used to a limited extent. The connection between management and medical specialists comes about in the interaction between them.

Thick descriptions

The first results of this research are four thick descriptions of case studies. These thick descriptions display an extensive description of the governance arrangements that were examined in the four hospitals. Two questions are used to describe the governance arrangements in the four cases, namely: *which actors are involved in the governance of the hospital and which position and role do they have? And how do these actors interact with each other?* By depicting the positions and roles of actors and the interactions between them in four different hospitals, this report provides insight in the way the conflicting interests

and interdependencies are handled when governing the hospital. The thick descriptions are structured in a comparable way. The positions and roles of the Executive Board and the Board of the medical staff and their interaction are described. Also the position, roles and interaction between the non-medical managers (from here described as Managers) and the Medical Manager are depicted, just like the position of the unit management and their interaction with the Executive Board. Furthermore, the role of task forces and standing committees, the role of the technostructure (Mintzberg, 1980) and (external) consultants are reported. Moreover the organization of the medical staff is discussed.

Analysis governance arrangements

The second result of this research is the analysis of the governance arrangements in the hospitals. The analysis provides a deeper understanding of these arrangements compared to the four thick descriptions. The governance arrangements in the four hospitals consist of a comparable coherent whole of elements which are focused on handling interdependencies and conflicting interests between management and medical professionals. The elements in the arrangements are identical, but the content of these elements are different in the hospitals. Four distinctive clusters of coherent elements became visible in the governance arrangements, namely: dual governance structure, decentralized governance structure, imprecise formalization, mutual trust, and human resource processes.

In the four hospitals similar attempts are being made to find a suitable governance arrangement to handle the conflict between management and medical specialists. The search is moving towards a *dual governance structure* (also "*dual management*" in hospitals). Medical specialists are formally involved in hospital governance by means of this dual governance structure. Ambiguous positions (Bal, 2006) have been created in order to handle the co-existing and competing logics between management and medical specialists and their divergent governance principles. At the interface between the management silo, which is organized in a hierarchical way and the horizontally organized silo of the medical specialists, the position of Medical Manager is developed next to the position of (non-medical) Manager. Also the position of the Board of the medical staff has been (re)created at the apex of the hospital organization, beside the position of the Executive Board.

As a result of the formal involvement of medical specialists in the dual governance structure, the governance principles of medical specialists - who work in the primary process of the organization - automatically are at the heart of hospital governance. In line with the dual governance structure, responsibilities are removed from the Executive Board and transferred to positions close to the primary process, namely: the management of the units, technostructure, task forces and standing committees. To this end, business unit structures were introduced and management levels were removed. This shift of responsibilities is in the hospitals known as *decentralization*. By means of this decentralized governance structure the conflict between management and medical specialists (and the tension between the Executive Board and the management of the units) is handled.

Paradoxically, the Executive Board gains more insight in the performance of the units and the possibilities to exert centralized control as a result of this decentralization.

The dual lines of authority in the hospital are acknowledged and formalized due to the development of a dual and decentralized governance structure. The ambiguous positions at the interface between the management silo and the silo of the medical specialists are created deliberately in order to coordinate the conflict and interdependencies between these silos. The positions and roles of these actors are ambivalent because various horizontal and vertical lines of authority and corresponding conflicting interest come together. They have to deal with the interests of the rank and file of the party which they are a part of and the interests of their opponent (which is a partner at the same time). The boundary spanners Medical Manager and Board of the medical staff, but especially the libero (non-medical) Manager – because he is more stuck between the two silos – need leeway to handle the conflicting interests and expectations and to bring together both silos. It is difficult to capture the ambivalent nature of the ambiguous actors in formal and detailed rules. Therefore the demarcation of the tasks and responsibilities of these ambivalent actors is imprecise (Wrapp, 1984). The exact role of these actors is being developed in the interaction between actors in the hospital and the agreements they make about their interaction. Both medical specialists and management agreed to involve each other in hospital governance. Management and professional not only work with *ambivalent positions* in hospitals to coordinate the silos, but also with *ambiguous agreements about the interaction between management and professionals, formal decision-making procedures and mutual adjustment*.

Management and medical specialists are not able to control each other due to their interdependencies and the more or less symmetrical power balance between them. Since the use of control in a hospital is only possible to a limited extent, management and medical specialist work with *mutual trust* to direct the interaction between them in the appropriate direction. Because trust is fragile, it can swiftly change into distrust.

The use of mutual trust and the dual and the decentralized governance structure are fragile. The governability of a hospital is highly dependent on the knowledge and competencies of individuals. It requires a lot of individuals to handle the complexity and the vulnerability of the dual governance arrangement. Therefore *human resource processes* are being used in the hospitals.

Conclusion and reflection

The main conclusion of the research is that hospitals are organized as an arena which is dominated by negotiation processes. The acknowledgement of interdependencies and the acceptance of the role of management and medical specialists in hospital governance (which becomes visible in the choice for a dual governance structure) are characteristic for an organization which is interpreted and governed as a fragmented network of au-

nomous and interdependent parties.¹⁵ Because management and medical specialists are unable to control each other and depend on each other in hospital governance, the conflict between both actors is handled by negotiating. Interest of management and medical specialist are exchanged in hospitals. Both the content of decision making as well as the mutual relations are a part of the negotiation process. The dual lines of authority and the process of negotiation are structured in ambiguous positions in the dual and decentralized structure, ambivalent agreements about the interaction between management and professionals and decision-making procedures. These elements can be interpreted as 'instruments' which make it possible to bridge the silos of management and professionals (Bal, 2006). They provide a certain level of certainty, and at the same time leave much room for interpretation and negotiation because they are ambiguous. The imprecise character (Wrapp, 1984) of these 'ambiguous figures' (Barendrecht, 1992 in Bal, 2006) or, that is "loose concepts" (Löwy, 1992) with "strategic ambiguity" (Eisenberg, 1984), enable management and professionals to develop suitable roles and forms of interaction in the fragmented network of autonomous parties.

Two mechanisms underlie the dual governance structure. Firstly, a co-optation mechanism (Selznick, 1966) is active in the hospitals. Co-optation refers to the actual sharing of power of management with medical specialist in order to govern the hospital. The Executive Board shares power with the Board of the medical staff and the Manager (of the unit) with the Medical Manager, because they are interdependent. Medical specialists like to have actual power in the governance of the hospital. Second, a mechanism in which the opposition is deliberately fortified becomes apparent. The rationale for the latter mechanism is that the reinforcement of the other party has a positive influence on hospital governance. The management intentionally invests in the position of (representatives of) medical specialists and the way they are organized as a collective in the hospital. This is particularly true for the strengthening of the Board of the medical staff by the Executive Board. The rationale for the reinforcement of the position of (representatives of) the medical staff in the governance of the hospital, is that the management only has to deliberate and negotiate with one party. They will hardly be hindered by the promotion of the interests of individual medical specialists.

As a result of the developed constructive dual governance arrangement and ambiguous connections, the conflict between management and medical specialists is pacified. The mutual acknowledgement of management and medical specialists in hospital governance and the actual sharing of power of management with medical specialists, result in "peaceful co-existence" (Scholten & Van der Grinten, 1998) between management and medical specialists. However, the division of power between them is unequal. Medical specialists have power but hardly any co-responsibility or liabilities compared to managers and the Executive Board. The Board of the medical staff has no final responsibility like the Executive Board. The Managers (in the units) continuously have to push themselves to the limit

¹⁵ Or, that is a loosely coupled network of management and professionals (Orton & Weick, 1990; Weick, 1976).

in order to link the interests of hospital organization and the Medical Manager (and the medical specialists they represent).

Management and medical specialists in the apex of the organization and the management of the units, agreed to involve one another in relevant matters in hospital governance. Especially medical specialists insist upon the acknowledgement of their position in hospital governance by the management of the organization. Because the Board of the medical staff and Medical Managers both represent interests of medical specialists as they participate in organizational decision making (that exceed their own interests), the interaction between them and the Executive Board and Manager can be interpreted as “*joint regulation*” (Scholten & Van der Grinten, 2005).

The dual governance arrangement results in a temporary freeze of relations between management and medical specialists in the hospital. There is no need for these parties to continuously strive for a suitable power balance and to unravel how to interact. As a result of the structuring of the governance processes in the arena of loosely coupled actors, a subtle and fragile balance between collaboration and fight comes into being (Mastenbroek, 1996). However, this balance is easily disturbed. The threat of fighting is always present, because of the fragile character of the pragmatic collaboration between management and medical specialists. The ambiguous positions, agreements about the interaction and decision-making procedures are fluid and negotiable due to their ambivalent character and the fragility of mutual trust.

The complexity of the governance process in an arena of loosely coupled actors and the fragile dual governance structure, demand the ability of the Board of Directors, managers and medical specialists to handle the negotiation process in an appropriate way. In this context management and medical specialists need to take into account the various interests of different parties and the power game in hospitals. This requires a lot of individuals. Therefore, human resource processes are being used.

The Dutch government interferes in the conflict between management and medical specialists since the introduction of a new financial system in 1983 (namely the hospital budgeting system). By the development of rules, regulations, and the development of codes of conduct, the government tries to centralize to power and to integrate medical specialists in the hospital. The initiatives which are aimed at changing, or have implications for the (design of the) relationship between management and medical specialists, can to a large extent be interpreted as attempts to control health care costs – including those of medical specialists – in hospitals. According to the government a hospital can only be managed effectively when it is managed by the Executive Board with a monolithic structure (Moen & Maarse, 1991). The Dutch government does not accept the organizational and economic autonomy of the medical specialist in the hospital governance and focusses on the integration of the physicians in the hospital. However, parties in hospitals play another game than the government has in mind. The governance concept ‘hospital as a corporate model’ is at the center of interventions of the government, but in the hospitals

parties work in an arena which is governed as a fragmented network of autonomous and interdependent parties.

The government interventions are a threat to “*peaceful co-existence*” (Scholten & Van der Grinten, 1998) of management and medical specialists. By increasingly shifting responsibilities and liabilities towards the Executive Board, the members of this board are obliged to involve medical specialist in the governance of the hospital. Formally – “*frontstage*” (Goffman, 1990) – the hospitals obey the rules and regulations with regard to hospital governance. “*Backstage*” (Goffman, 1990) actors in the hospitals develop their own governance arrangements. By structuring the dual lines of authority in the dual organization and the negotiation process, actors in hospitals organize themselves against governmental rules and regulations. Especially medical specialists have been able to handle government interventions in a way that their autonomy and power in hospital governance was preserved or expanded. The government develops new ‘integration’ interventions as it is dissatisfied with the development of governance arrangements in hospitals. This cycle can be described as an “*institutional cycle*” (Schuyt, 1972). The presence of this cycle is being confirmed by the development of the Medical Specialist Company in most of the Dutch general hospitals as a response to the introduction of a new financial system in 2015. Instead of the (by the government) desired integration, this intervention results in segregation. Due to the increasing pressure of the government to centralize final responsibilities and to integrate medical specialists in hospitals, the separated frontstage and backstage worlds drift apart.

The question is what the consequence is of the developed governance arrangement for the governability of the hospital. The choice to work with a decentralized and especially dual governance structure, ambiguous positions and agreements, joint decision-making procedures, and mutual trust contributes to the internal legitimacy but is at the expense of the external legitimacy. The participation of management and medical specialists in hospital governance has priority over effectiveness. The developed governance arrangements contribute to the governability of the hospital because the actual interaction between loosely coupled parties in an arena which is dominated by negotiation processes, is made explicit and useful.

In this document the researcher reports about the lessons learned during the research about the conflict between management and medical specialists in a hospital. Although it was challenging to find a “*good story*” (Dubois & Gadde, 2014), abductive research and working with thick descriptions appeared to be a suitable method to accomplish an in-depth investigation and analysis of governance arrangements in their local context. The elements found in this research can be used as useful constructs to investigate the pragmatic collaboration between management and professionals in future research. Areas of future research are: 1) the dynamics between management and medical specialists, especially the negotiation process in hospital governance, 2) conflict in the light of organizational productivity (functional or dysfunctional).

The thesis concludes with recommendations for hospital governance. Firstly, the recognition and acceptance of the complexity of the governance of a hospital as an arena which is dominated by negotiation processes (as opposed to the management of the conflict between management and medical professionals via bureaucratic and hierarchical coordination mechanisms). Second, to handle the conflict between management and medical specialists in an appropriate way, attention should be paid to the structuring of the dual governance arrangement and the strength of ambivalent concepts. Finally, in order for a fragmented network of autonomous and interdependent parties to function, it is important to invest in the knowledge and competencies of individuals they need in order to work in this arena and to create synergy.

PHD PORTFOLIO

Name PhD student: Linda Muijsers-Creemers MSc
 Erasmus University: Institute of Health Policy and Management (iBMG)
 PhD period: 2009 - 2016
 Promotors: Prof.dr. J. Moen
 Prof.dr. J.J. van der Klundert
 Supervisor: Dr. G.R.M. Scholten

General courses

- A successful doctoral track (Brigitte Hertz)	2009 – 2010
- Academic Writing in English for PhD Students (Rob Stuart)	2011 – 2012
- Coaching: personal development	2010 – 2016

Specific courses

- Teaching: basic course in didactics (Nihes)	2010 – 2011
- Teaching: training in Problem-based Learning (Dutch PGO) (Nihes)	2010 – 2011
- Research skills: course interviewing (Kwalon)	2010 – 2011
- Research skills: course observation (Kwalon)	2010 – 2011
- Research skills: advanced qualitative research methods (iBMG – Kwalon)	2010 – 2011
- Teaching: intervision supervision and co-evaluation Master thesis	2010 – 2011

Seminars and workshops

- Seminar: improving people performance in health care	2009
- Kick off workshop CODH: 'Besturingsvraagstukken' (CODH)	2009
- Symposium: Leergang Management voor medici (AVMS & Tranzo)	2010 – 2011
- Conference: 'Concentratie en Spreiding' (NVZ)	2010
- Workshop: 'Coöperatie ziekenhuis' (CODH)	2011
- Masterclass: 'Besturingsvraagstukken en Vormen' (NVZ plus)	2011
- Conference: 'Concentratie en Spreiding' (NVZ part II)	2011

Presentations

- CODH meeting: 'Resultaat Verantwoordelijke Eenheden'	2010
- HSMO colloquium: 'Relationship medical specialists and management in general hospitals'	2010
- Masterclass: 'Besturingsvraagstukken en vormen' (NVZ plus)	2011
- HSMO colloquium: 'Research into 'governance' arrangements in Dutch general hospitals'	2012
- Presentation EHMA: 'Trends of models in hospital governance in the Netherlands: failing integration of medical specialists in general hospitals?'	2012

(Inter)national conferences

- EGOS conference (Sweden)	2011
- EHMA conference (Bern)	2012

Teaching activities

- Supervision Bachelor thesis (BA)	2009 – 2010
- Workgroups Organization studies (Bachelor and Pre-Master)	2009 – 2013
- Workgroups Introduction Health care (Bachelor)	2010 – 2011
- Lecture: 'Onbestuurbaarheid ziekenhuizen'	2010 – 2011
- Co-evaluation Bachelor theses and Master theses	2010 – 2013
- Workgroups Change Management & Innovation (Pre-Master)	2010 – 2013
- Workgroups Organization & Strategy (Pre-Master)	2011 – 2013
- Workgroups Qualitative Research Methods Healthcare (Pre-Master)	2012 – 2013
- Workgroups Strategy & Innovation (Master)	2013 – 2014

Other

- Organizing course advanced qualitative research methods	2009 – 2010
- Organizing meetings CODH	2010 – 2013
- Writing articles newsletter CODH	2010 – 2014

OVER DE AUTEUR

Linda Muijsers-Creemers is geboren in Venray in 1984. Na haar VWO-examen aan het Dendron College te Horst voltooide zij in 2006 de opleiding Communicatie aan de Fontys Hogescholen te Eindhoven. Aan de Universiteit van Tilburg volgde zij de Engelstalige pre-master en master Organization Studies (2006-2008). Als afgestudeerde organisatiewetenschapper startte zij in 2009 met haar promotieonderzoek over besturingsvraagstukken in Nederlandse algemene ziekenhuizen aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Tijdens het promotieonderzoek maakte zij deel uit van het Center for Hospital Development (CODH). Het CODH is een samenwerking tussen het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (EUR), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en vijf Nederlandse algemene ziekenhuizen. Daarnaast heeft zij les gegeven aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (EUR) op het gebied van verandering en innovatie in organisaties, organisatiewetenschappen, organisatiestrategie, kwalitatief onderzoek en de basisbeginselen van de gezondheidszorg. Ook was zij binnen dit instituut betrokken bij de begeleiding van scriptiestudenten. Sinds 2015 is zij werkzaam als docent, coach en scriptiebegeleider op het gebied van verandermanagement en organisatiedynamiek bij de Open Universiteit en de Hotelschool in Den Haag. Linda Muijsers-Creemers is getrouwd met Peter Creemers-Muijsers en is momenteel woonachtig in Utrecht.

Al decennia zijn er debatten over de besturing en de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. De ziekenhuisbesturing is uiterst ingewikkeld en problematisch vanwege de onderlinge afhankelijkheden én de diversiteit aan belangen en besturingsprincipes. Tegen de achtergrond van het aanhoudende conflict tussen management en medici – en de complicerende invloed van het externe krachtenveld op de bestuurbaarheid van het ziekenhuis – verrichtte Linda Muijsers-Creemers onderzoek naar de wijze waarop lokaal in ziekenhuizen wordt omgegaan met het conflict en de afhankelijkheden tussen deze partijen. Zij bestudeerde documenten, observeerde het samenspel tussen management en medici en sprak met betrokkenen hierover.

In dit boek doet de onderzoeker verslag van de besturingsdynamiek in vier algemene ziekenhuizen en kenmerkende elementen in de besturing. In de ziekenhuizen wordt in dezelfde richting gezocht om het conflict tussen management en medici te hanteren, namelijk: duale besturingsconstructie, decentrale besturingsconstructie, vage formalisatie, vertrouwen en human resource processen. Deze elementen laten zien dat management en medici formeel bestuurlijk niet gelijk zijn, maar dat ze er wel voor kiezen elkaar te betrekken in de besturing van het ziekenhuis. Een pragmatische en kwetsbare samenwerking is ontstaan. Door te werken met een duale besturingsconstructie en vage verbindingen wordt het conflict tussen management en medici gepacificeerd.

Samengesteld besturen bevat geen 'kant-en-klare besturingsrecepten'. De lezer mag zelf de verbinding leggen tussen het unieke van de casussen, de analyse van de besturingsarrangementen én de eigen situatie. Het onderzoek biedt daarmee informatie voor bestuurders, managers, medici, beleidsmedewerkers, toezichthouders, beleidsmakers, consultants en onderzoekers die zich bezig houden met de besturing van het ziekenhuis.

