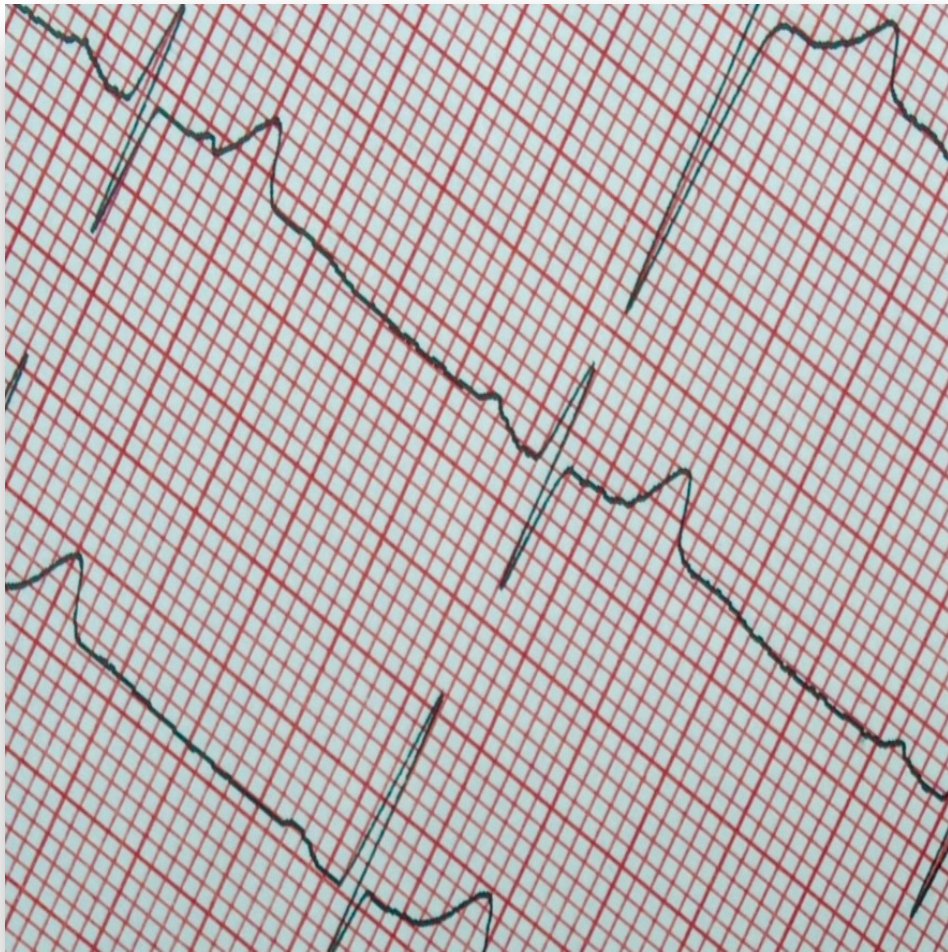




Governance

Ziekenhuisveranderingen[®]



Januari 2024



Governance & intern toezicht Zorgorganisaties

Uitgave.

Governance en intern toezicht valt onder de juridische entiteit van Prometheus Healthcare.

Genemuidenstraat 9

5043 LS Tilburg

www.prometheushealthcare.nl

Uitgever: Prometheus Healthcare. PHC.

Disclaimer

Vermeldingen worden zoveel mogelijk gemaakt op basis van openbare data. Prijzen zijn gebaseerd op vigerende lijstprijzen. Sommige meningen reflecteren de zienswijze van de schrijver op basis van ervaringen of vanwege visies op greenfields waar nog geen publicaties van zijn. Bij het samenstellen is uiterst zorgvuldig te werk gegaan, toch kunnen verschillen ontstaan of kleine fouten optreden. Iedere aansprakelijkheid met betrekking tot onjuistheden, onvolledigheid in de informatieverstrekking of als gevolg van interpretatieverschillen sluiten we dan ook uit.

Copyrights Prometheus Healthcare 2024, Tilburg.

Alle rechten voorbehouden:

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manieren, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



Ziekenhuisveranderingen

VWS gaat uit van een systeemverantwoordelijkheid waar betaalbaarheid, transparantie, kwaliteit en toegankelijkheid de uitgangswaarden zijn voor de uitvoering van beleid in de zorg. Om dit te realiseren is het bestuurlijk vermogen ingebed in een Angelsaksische managementvisie. Verandering in zorgorganisaties wordt echter meer gedragen door Rijnlandse principes. Ziekenhuisveranderingen vragen dan ook een nieuw evenwicht in aansturing tussen Angelsaksische management en Rijnlandse waardeprincipes.

Doel

Het doel van deze uitgave is om een breder inzicht op veranderinitiatieven in zorgorganisaties te geven, om duurzame implementatie van veranderinnovaties te realiseren.

Ziekenhuisveranderingen

De noodzaak tot veranderen of innoveren wordt veelal ingegeven door aanpassingen op de interne of externe omgeving. De achterliggende redenen zijn vaak verbeteringen van producten of diensten en kosten/opbrengsten overwegingen. Hierdoor kan er een nieuwe optimale situatie ontstaan. Binnen de reguliere opvattingen zijn veranderinitiatieven een uitvloeisel van het beleid en wordt bepaald door de governance in organisaties.

Ziekenhuisverandering worden gepland door de RvB en ontstaan spontaan op de werkvloer.

Wanneer innovatieveranderingen worden doorgevoerd zoals bv.: invoering van passende zorg, JZOJP, nieuwe medicijnen, transmurale innovaties, ICT-aanpassingen moeten deze binnen

de bestaande governance aanpak vallen. Deze gaat uit van een geplande top-down aanpak. Boonstra¹ beschrijft dat in 70% van de geplande veranderingen -binnen private bedrijven- het gewenste effect niet gehaald werd.³ Te verwachten valt dat dit voor zorgorganisaties niet veel anders zal liggen.

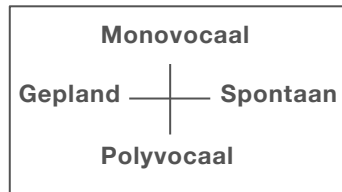
Naast de geplande veranderingen zien we veel spontane veranderinitiatieven vanuit de werkvloer. Ook hier zien we dat deze vaak voortijdig stoppen. Het zou dus zo maar kunnen dat het veranderfalen van zorgorganisaties hoger ligt dan de 70% van Boonstra, bij geplande veranderingen.

Aan de hand van twee veranderdimensies gaan we dieper in op innovatieveranderingen in ziekenhuizen.

¹ Boonstra J. Lopen over water, 2000.



- De eerste dimensie is de tegenstelling tussen een planmatige governance versus spontane veranderinitiatieven.
- De tweede dimensie is een monovocale communicatie versus polyvocale uitingen.



Planmatig versus spontaan

Het planmatig veranderen is de gebruikelijke manier waarop men kijkt naar veranderinitiatieven. Via een top-down uitrol van business plannen, kaderbrieven, planning, controlcycli en managementsturing worden doelen en doelstellingen van beleid en veranderingen nagestreefd.

Daarnaast zien we vele spontane initiatieven op de werkvloer bij medewerkers, verpleegkundigen of specialisten. Deze zijn meer aangesloten op lokale behoeftes of patiëntwensen. Binnen private organisaties betreft dit ongeveer 80 procent² van alle initiatieven.

Monovocaal versus polyvocaal

De tweede dimensie is de as waarbij veranderingen gezien worden vanuit één stem -monovocaal-. Het beleidsplan van de RvB is een voorbeeld van één monovocaal geluid (één stem) binnen een organisatie.

Daartegenover staan de vele polyvocale meningen, ideeën of percepties die leven bij de medewerkers binnen zorgorganisaties. Dit met een grote mate aan diversiteit.

Governance belemmeringen

De gezondheidszorg is dankzij de marktwerking sterk georganiseerd op beleidslijnen, regels, protocollen, kwaliteit, bekostiging- en vastleggingseisen. Men kan zeggen dat drie hoofdrichtingen hiervan de oorzaken zijn: professionele normering, bureaucratische regulering en de collectieve financiering. Zorginstellingen zijn hierdoor grote bureaucratische, technocratische zorgorganisaties geworden. Kenmerkend met een traagvloeiende besluitvorming en managementsturing dat gericht is op voorspelbaarheid

van de toekomst. Binnen dit systeem zoeken Raden van Bestuur, middels geplande, monovocale, top-down aansturing, grip op hun zorgorganisaties. De beleidsinitiatieven die hiermee gemoeid gaan moeten passen binnen de bestaande governance-structuur en cultuur en zijn sterk bepalend. Denk hierbij aan:

Veranderingen worden beperkt binnen drie paradigma's

² Homan T., Organisatiedynamica, 2006.



- 1- De professionele normering of het medische evidence based paradigma met o.a. protocollen, zorgstandaarden, studies en richtlijnen;
- 2- De bureaucratische regulering met zijn verantwoordingsparadigma binnen EPD's, juridische borging, goed werkgeverschap, kwaliteit-, veiligheidseisen, het volgen van beleidslijnen en maatschappelijke verantwoording;
- 3- De collectieve financiering met het kostenparadigma zoals: budgetten, kosten, volumes, omzet en marges.

Dit bestaande governancemodel is even indrukwekkend als catastrofaal. Het zet op voorhand een rem op elk veranderinitiatief in zorgorganisaties.

Governance discrepantie

De typische Anglesaksische waarden met aansturing door Raden van Bestuur op kortetermijn doelen en dirigistische uitvoering, worden gevoed door beleidsplannen en maatschappelijke visies op zorg van VWS en aanpalende koepels. Het zijn er vele en ze beschrijven een gewenste ideaalsituatie. Woorden als transitie, transformatie, integrale samenwerking, toegankelijke en maatschappelijke betaalbaarheid beschrijven de ideale zorgwereld. Ze zijn vaak ideologisch, te ambitieus, te politiek of te ver vooruit geprojecteerd,^{1,2} waarbij de implementatie-uitwerking voor zorgorganisaties ontbreekt.

Daarnaast zien we in zorgorganisaties veel lokale initiatieven in talloze stuur-, project-, of werkgroepen, die los staan van de top-down aansturing vanuit de RvB, pluriform zijn van aard en spontaan kunnen ontstaan. Het zijn initiatieven van de werkvloer die veelal in de loopt der tijd geen vervolg krijgen en langzaam uitdoven.

Centrale aansturing en decentrale initiatieven op de werkvloer, zijn over het algemeen niet aangesloten op elkaar en met elkaar. Dit noemen we 'veranderesonantie'.

Management of leiderschap

Dat de governance binnen de zorginstellingen met name uitgaat van Anglo-Amerikaanse uitvoering moge duidelijk zijn. Dit gaat gepaard met directieve managementsturing op veelal financiële parameters en heeft ertoe geleid dat we minder oog hebben voor de Rijnlandse principes. Hierbinnen staat de betrokkenheid van stakeholders, kwaliteit, inhoudelijke aspecten, duurzaamheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid centraal. Rijnlandse principes zijn gericht op stakeholders-

belangen, bij uitstek polyvocaal en moeilijk planbaar, maar geven wel richting aan de legitimiteit van een zorgorganisatie.

Er heerst een spanningsveld tussen Angelsaksische sturing en Rijnlandse waardeprincipes

Ook hier zien we een discrepantie tussen de wensen vanuit VWS en publieke instellingen, versus de uitvoering in zorgorganisaties binnen een neo-liberaal marktmechanisme.

Immers in de uitvoering zijn bestuurlijke doelen ingebed in een Anglesaksische managementsturing. Ook al zouden Raden van Bestuur meer richting willen geven aan stakeholderbelangen en inhoud, kwaliteit en maatschappelijke verantwoording



zwaardere willen laten wegen, dan wordt dit niet optimaal ondersteund door de operationele Angelsaksische uitvoering hiervan.

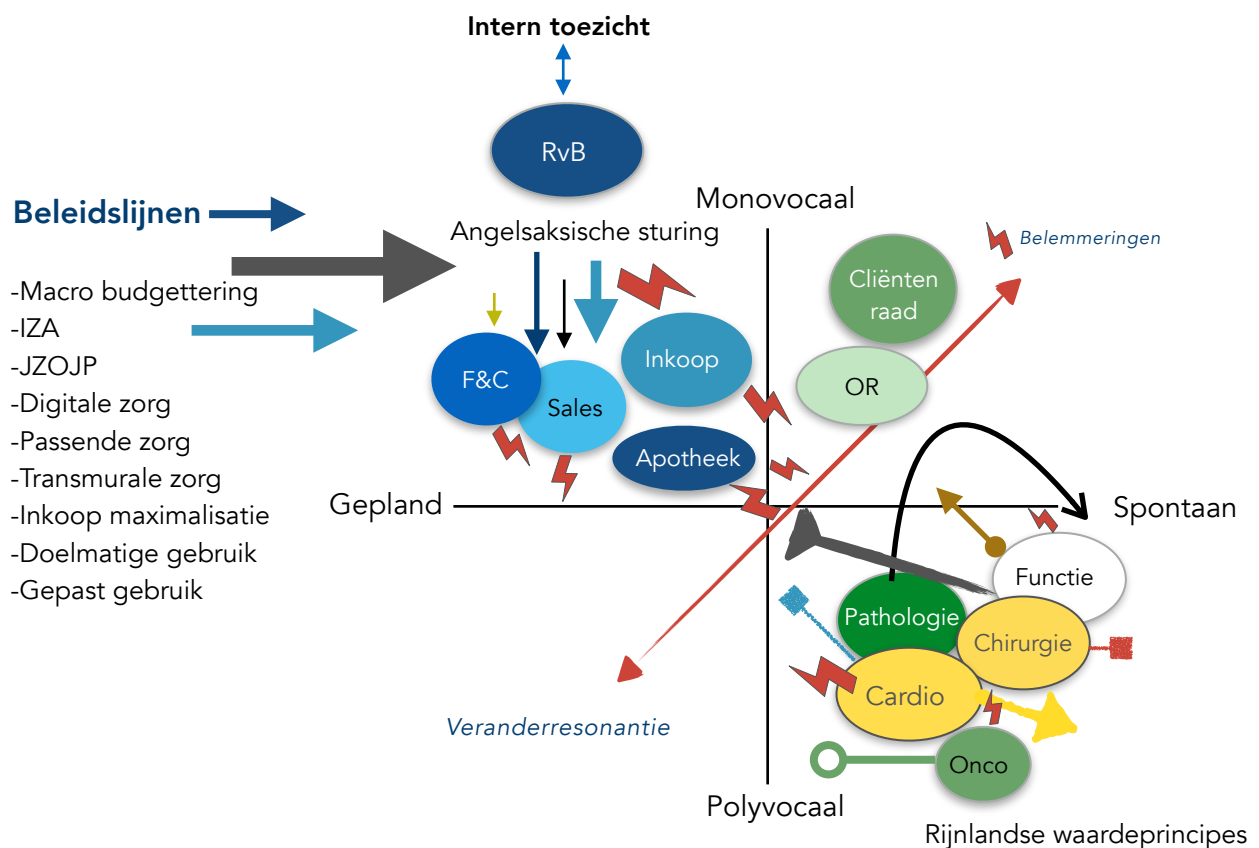
Veranderinitiatieven in ziekenhuizen worden pas succesvol als waarde- en perceptie-veranderingen bij medewerkers leiden tot gedragsaanpassingen.² Dit vraagt eerder om een inhoudelijke gesprek, verbinding tussen belangen en legitimiteit van veranderingen in organisaties dan het realiseren van financiële kengetallen.

Balance

Governance in zorgorganisaties dient dan ook nadrukkelijker op zoek naar een evenwichtigere balans tussen Angelsaksische monovocalen managementsturing en Rijnlandse polyvocale waardeprincipes. Het vraagt een bewustere aanpak.

Het doorvoeren van minder Angelsaksische sturing en meer Rijnlandse waardeprincipes -in een constant veranderende omgeving- is echter nog geen garantie voor succes. Want wat vergt het van het bestuurlijk vermogen? wat voor leiderschap is gewenst? wat is de rol van de Raad van Toezicht? en wat vergt het van managers, professionals en de implementatiekracht van een organisatie?

Het zijn slechts een aantal vragen die richting geven aan governance op veranderinitiatieven, het handelen van Raden van Bestuur, intern toezicht, als wel de rol van medewerkers en professionals.



Figuur 1: Governance discrepantie, Angelsaksische aansturing versus Rijnlandse principes in ziekenhuizen.