Systeem

Ziekenhuisimplementatie®

Maart 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.

Ziekenhuisimplementatie

De systeemverantwoordelijkheid van VWS gaat uit van toegankelijkheid, betaalbaarheid, transparantie en kwaliteit. Ziekenhuizen proberen deze beleidslijnen intern door te voeren middels allerlei mechanismes. Toch zien we dat implementatie-veranderingen nauwelijks effectief zijn. Minder bestuursdruk, beheersdrang of maakbaarheid heeft waarschijnlijk een beter effect hierop.

Ziekenhuisveranderingen

De noodzaak tot veranderen of innoveren wordt veelal ingegeven door aanpassingen op de externe omgeving. De achterliggende redenen zijn vaak verbeteringen van de positie van organisaties. Binnen de zorg is de noodzaak tot veranderen ingegeven door toekomstige betaalbaarheid van deze zorg en is sterk georganiseerd rondom bestuurbaarheid, beheers-baarheid en maakbaarheid van deze doelstelling. De huidige bestuurlijke opvattingen in ziekenhuizen, zijn dan ook een uitvloeisel van dit beleid en leiden tot geplande top-down managementsturing van deze veranderingen. Denk hierbij aan invoering van passende zorg, JZOJP, nieuwe medicijnen, transmurale innovaties, ICT-aanpassingen of gepast gebruik.

Ziekenhuisverandering zijn geplande top-down aansturingen door de RvB

Ziekenhuis status

Binnen zorgorgansiaties zie je dit terug door de vele beleidslijnen, regels, protocollen, kwaliteitseisen, veiligheidsrichtlijnen, bekostiging- en vastleggingseisen. Zorgorganisaties zitten dan ook ingebed in drie sterke paradigma's namelijk:

1-Het bestuurbaarheidsparadigma, gaat uit van een top-down aansturing waarbij de gewenste resultaten bereikt moeten worden. Het kunnen kneden van grote bureaucratische zorgorgansiaties en de invloed van de Raad van Bestuur hierop is kenmerkend. Het is een implementatie-uitvoering of verander doorvoering door middel van regie.

2- Het beheersbaarheidsparadigma, streeft naar risicobeheersing en verantwoording d.m.v. juridische borging, het handhaven van kwaliteits-, veiligheidseisen. Middels strikte vastlegging in protocollen, volgen van richtlijnen, EPD-vastlegging en budgetkaders worden de risico's uitgebannen.

Veranderingen worden beperkt binnen drie paradigma's

3- Het maakbaarheidsparadigma, kenmerkt zich door de sterke focus op (medische) evidence, harde data, studies en analyses. Bekende voorbeelden zijn RCT-studies, real world evidence (RWE) data, stand van wetenschap en praktijk (SWP), financiële kengetallen of benchmark gegevens. De informatie vergaring in zorgorganisaties is enorm. Alles moet

vooraf of achteraf geanalyseerd, onderzocht en verklaart worden. De conclusies aan veel getallen en data zijn heilig en patiënten worden uiteindelijk een getal in het grote gehele.

Het gevolg van deze drie paradigma's is dat zorgorganisaties een traagvloeiende besluitvorming hebben met sterk sturende managementcultuur, dwingende vastleggings-eisen, rigide protocollen en devoot geloof in data-informatie.
Dit bestaande besturingsmodel is even indrukwekkend als catastrofaal. Het zet op voorhand een rem op elk implementatie-initiatief in zorgorganisaties.

Ontbreken aan implementatie kracht

De aansturing door Raden van Bestuur op korte termijn doelen en dirigistische uitvoering, is typerend voor een Anglesaksische aansturing. Ze gaat uit van een maakbare zorgwereld met woorden als transitie, transformatie, integrale samenwerking. Hoewel Angelsaksische aansturing binnen commerciële bedrijven sterk gericht is op meetbare uitvoering en voorspelbare output, zien we echter in de zorg eerder het tegenover gestelde.

Dit wordt nog versterkt doordat lokale initiatieven in talloze project-, of stuurgroepen vaak los staan van de top-down aansturing. Ze zijn pluriform van aard en ontstaan spontaan vanuit lokale behoeften.

Beide stromingen in zorgorganisatie hebben een beperkte implementatiekracht en de vele initiatieven doven veelal langzaam uit. Zowel top-down beleid als wel lokale initiatieven blijven hangen en komen niet tot wasdom. We noemen dit 'implementatiesonantie'.

Management of leiderschap

Dat de sturing binnen zorginstellingen met name uitgaat van bestuurlijk vermogen met directieve managementsturing vanuit financiële parameters, heeft ertoe geleid dat we minder oog hebben voor de andere waardeprincipes zoals het Rijnlandse denken. Hierbinnen staat de betrokkenheid van stakeholders, patiëntwaarden, kwaliteit, duurzaamheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid centraal. Rijnlandse principes zijn gericht op patiënt en stakeholdersbelangen die veel meer richting geven aan het werkelijke bestaan van zorgorganisatie (de legitimiteit).

Er heerst een spanningsveld tussen beleidssturing en Rijnlandse waardeprincipes

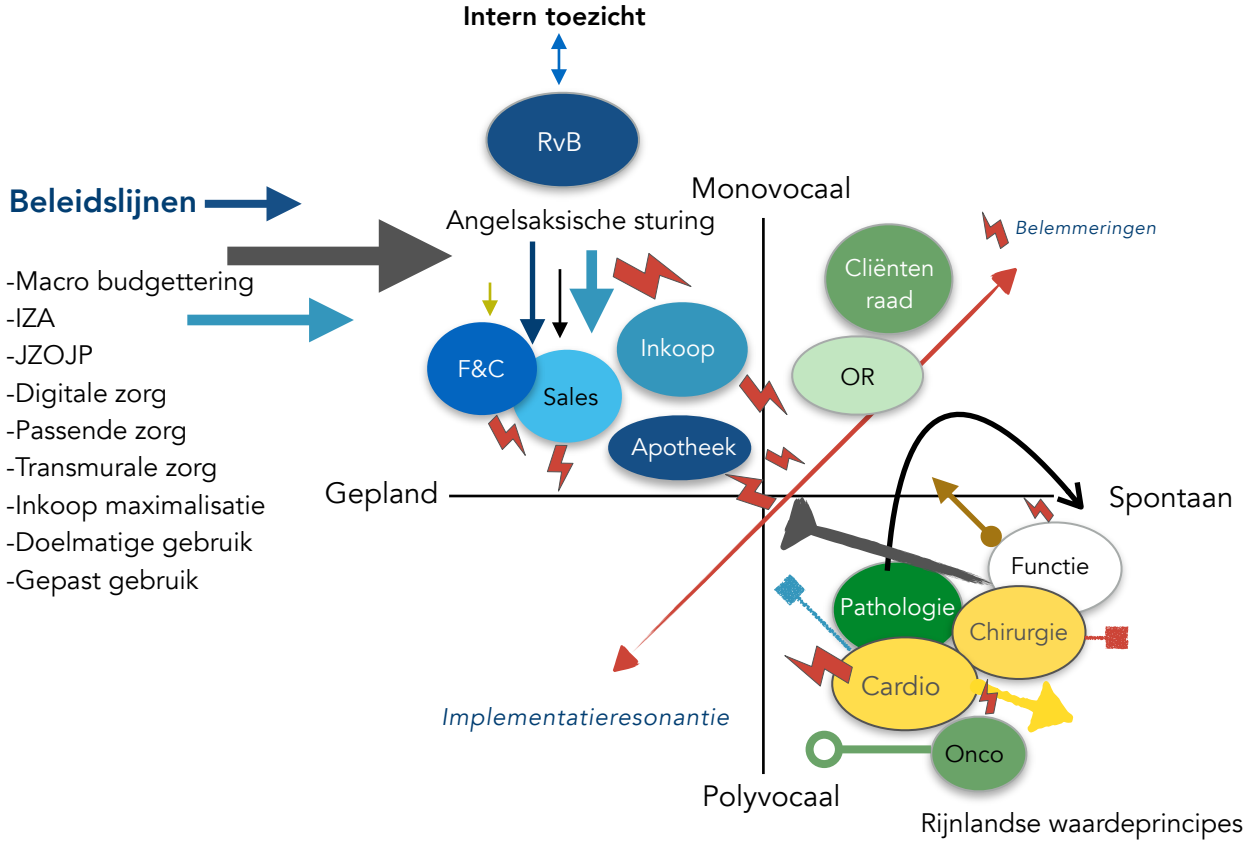
De discrepantie tussen beleidswensen met haar regeldruk en de beperkte uitvoering in organisaties leidt weer tot toenemende bestuursdruk, beheersing, controle, verantwoording en (intern) toezicht. Ook al zouden Raden van Bestuur meer willen acteren vanuit patiëntwaarden en stakeholdersbelangen dan is dat, een bijna onmogelijke opgave. Immer de beheersbaarheid (Angelsaksiche managementsturing), bestuurbaarheid en maakbaarheid prevaleren.

Ziekenhuizenimplementaties kunnen alleen succesvol zijn als er een onthechting (afname) plaatsvind binnen deze drie paradigma's. Daarnaast vragen Implementatieveranderingen een nadrukkelijkere verbinding met de legitimiteit van een organisatie.

Balance

Ziekenhuizen dienen dan ook bewuster het teveel aan bestuurlijk vermogen, beheersbaarheid of maakbaarheid los te laten. Onthechting, matigheid of handelen vanuit minder, heeft waarschijnlijk een hoger effect op de implementatie uitvoering.
Maar wat betekent dit voor de rol van de Raad van Bestuur? Wat voor invloed heeft dit op professionals en managers in organisaties? Is er voldoende moed om los te laten? Durven we beslissing te nemen waarbij niet alle risico's gedekt zijn?

Het zijn allemaal vragen die de bestaande uitgangswaarde in een andere perspectief zetten en mogelijk leiden tot een betere ziekenhuisimplementatie.



Figuur 1: Governance discrepantie. Complexiteit van ziekenhuisimplementatie.