

Heeft de dokter zijn prijs? De effectiviteit van strategieën om meer gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie te creëren

Naam: Casper Kikken

Studentnummer: s4587596

Documenttype: Masterthesis Bestuurskunde

Onderwerp: Gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie

Onderwijsinstelling: Radboud Universiteit Nijmegen

Faculteit: Faculteit der Managementwetenschappen

Opleiding: Master Bestuurskunde, specialisatie Beleidsadvisering

Begeleidend docent: Dr. P. Zwaan

Datum: 28 april 2020

Totaal aantal woorden: 25.491 (exclusief bijlagen)

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding	3
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	7
Hoofdstuk 3: Methodologisch kader	25
Hoofdstuk 4: Empirische analyse: survey	36
Hoofdstuk 5: Empirische analyse: interviews	59
Hoofdstuk 6: Conclusie	71
Referenties	75
Appendix 1	77
Appendix 2	84

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

Ziekenhuizen zijn complexe organisaties. Het zijn instellingen waar een mengelmoeis aan arbeidskrachten bij betrokken zijn. Centraal staan uiteraard de medisch specialisten die het ziekenhuis draaiende houden. Maar zij worden bij hun werkzaamheden ook ondersteund door arts-assistenten, coschappers, verpleegkundigen en ander medisch personeel. Daarnaast zijn er ook vele non-medische medewerkers, die bijvoorbeeld opleiding, beveiliging of schoonmaak verzorgen. Wellicht de meest interessante non-medische medewerkers zijn de managers. Waarom is de betrokkenheid van managers bij ziekenhuizen eigenlijk noodzakelijk? De medische professionals weten zelf toch prima hoe zij hun werk moeten uitvoeren, en hebben in feite toch enkel behoefte aan professionele autonomie, aan het vermogen om zonder al te veel bureaucratisch gedoe zelfstandig hun eigen taak uit te kunnen voeren (De Bruijn, 2011, p.1)? Medisch specialisten zitten toch helemaal niet te wachten op de bemoeienis van managers met hun eigen professie?

In ziekenhuizen komt de spanning tussen management en professionalisme bij uitstek naar voren. Zorgprofessionals en managers kijken op een andere manier naar de werkelijkheid, en hebben derhalve ieder hun eigen belangen die zij wensen na te streven (De Bruijn, 2011, p.3). De zorgprofessional vindt de beste zorg voor haar patiënt het allerbelangrijkst. De manager houdt er echter vaak een ander perspectief op na, waarin bijvoorbeeld ook kostenbeheersing centraal staat. Dat wil echter niet zeggen dat per definitie een van deze partijen het bij het verkeerde eind heeft, dat een van beide belangen foutief is (De Bruijn, 2011, p.3). In de woorden van De Bruijn (2011): “[t]he doctor represents medical quality, the manager represents cost control, and both of them are right. The manager and the professional represent two different world views that are both correct.” (p.3). Beide belangen zijn nastrevenswaardig en het is dan ook belangrijk dat beide perspectieven worden geïntroduceerd (De Bruijn, 2011, p.3).

Het belangenconflict tussen beide partijen is lastig te vermijden en hoeft, gelet op de juistheid van beide perspectieven, wellicht ook helemaal niet voorkomen te worden. Desondanks wordt uit de wetenschappelijke literatuur duidelijk dat het voor de ziekenhuisorganisatie voordelig is als de belangen van het medisch collectief (het geheel aan medisch specialisten in een ziekenhuis) en het ziekenhuismanagement op één lijn zitten (zie Goes & Zhan, 1995; Trybou et al., 2011). Indien deze belangen met elkaar overeenkomen, wordt er gesproken van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie, wat de afhankelijke variabele van dit onderzoek zal zijn. Alhoewel de belangen van beide actoren gedoemd zijn om met elkaar te botsen, is gelijkgerichtheid een hoogst nastrevenswaardig doel.

In de literatuur is er reeds veelvuldig geschreven over gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie of het gezondheidssysteem (zie o.a. Budetti et al., 2002; Burns & Muller, 2008; Goes & Zhan, 1995; Page et al., 2013; Sowers et al., 2013). Daarbij wordt dikwijls aangegeven op welke manieren zulke gelijkgerichtheid kan worden bewerkstelligd. Het cruciale vraagstuk dat hierbij op de achtergrond sluimert, is of gelijkgerichtheid een kwestie van structuur of een kwestie van agency is. Leidt de juiste structurele inrichting van de ziekenhuisorganisatie tot gelijkgerichtheid, of is de kwaliteit van de persoonlijke relaties tussen medici en managers doorslaggevend? Dit onderzoek kijkt, evenals de genoemde literatuur, voornamelijk naar wat er aan de structuurzijde gedaan kan worden door de verschillende vormen van integratie (ook wel: integratieve strategieën) tussen het medisch collectief en het ziekenhuis in ogenschouw te nemen.

Hoewel deze verschillende strategieën in de literatuur uitvoerig genoemd worden (zie Burns & Muller, 2008), vindt een empirische toetsing van haar effecten op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie veel sporadischer plaats. En waar deze toetsing inderdaad plaatsvindt, kunnen methodologische vragen worden gesteld bij de wijze waarop gelijkgerichtheid wordt gemeten. Bovendien zijn de effecten van deze vormen van integratie nog nooit getoetst in het Nederlandse ziekenhuislandschap. Hier bevindt zich een kennisgebrek in de literatuur. Dit onderzoek levert theoretische kennis op over de vraag welke strategieën het meeste bijdragen aan gelijkgerichtheid, en kan daarmee leiden tot praktische aanbevelingen voor ziekenhuismanagers over de vraag waar zij rekening mee kunnen houden bij de institutionele vormgeving van hun ziekenhuisorganisatie.

1.2 Probleemstelling

Dit onderzoek sluit aan bij het wetenschappelijke kennisgebrek door empirisch onderzoek te verrichten naar de effecten van de verschillende integratieve strategieën op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. De doelstelling van het onderzoek luidt als volgt:

Het achterhalen van de effecten van verschillende vormen van integratie tussen het medisch collectief en het ziekenhuis op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie, teneinde te kunnen vaststellen welke vorm van integratie gelijkgerichtheid het meest in de hand werkt.

Uit deze doelstelling kan de volgende hoofdvraag worden gededuceerd:

Wat zijn de effecten van de verschillende vormen van integratie op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie?

Deze onderzoeksvraag zal worden beantwoord door medisch specialisten uit verschillende Nederlandse algemene ziekenhuizen een survey voor te leggen en te interviewen. Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden, wordt zij opgesplitst in meerdere deelvragen. De eerste twee deelvragen zijn theoretisch van aard, de derde methodologisch en de vierde empirisch. De deelvragen luiden als volgt:

- 1) Wat wordt in de wetenschappelijke literatuur verstaan onder gelijkgerichtheid in een ziekenhuisorganisatie?
- 2) Welke integratieve strategieën dragen volgens de theorie bij aan gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie?
- 3) Hoe kan op een valide en betrouwbare manier de mate van gelijkgerichtheid en de inzet van integratieve strategieën in een ziekenhuisorganisatie worden gemeten?
- 4) In hoeverre dragen de verschillende integratieve strategieën in de praktijk bij aan gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie?

Dit onderzoek is voornamelijk toetsend van aard. Uit de literatuur worden de vormen van integratie gededuceerd die leiden tot meer gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. Op basis hiervan worden verschillende hypothesen geformuleerd. Vervolgens wordt na operationalisatie van de onafhankelijke en afhankelijke variabelen via surveyonderzoek empirisch getoetst of de beoogde effecten ook daadwerkelijk empirisch optreden. Voortbouwend op de resultaten van de survey worden enkele interviews gehouden met medisch specialisten werkzaam bij Nederlandse algemene ziekenhuizen. Het doel van deze interviews is om de resultaten van de survey beter te kunnen interpreteren en te kunnen begrijpen waarom sommige variabelen wel en andere variabelen geen effect blijken te hebben op gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie.

Het onderzoek kent een zogenaamde mixed-method methode en wordt gevormd door een combinatie tussen een survey en een case study. In de survey wordt het geheel aan medisch specialisten in dienst van een Nederlands algemeen ziekenhuis als populatie beschouwd. In het case study-gedeelte worden enkele medisch specialisten als typical case beschouwd, om aan de hand daarvan uitspraken te doen over het theoretische verband tussen de integratieve strategie en gelijkgerichtheid.

1.3 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Wetenschappers hebben dikwijls onderzoek gedaan naar integratieve strategieën die kunnen worden ingezet om gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en het medisch collectief ('hospital-physician alignment') te bevorderen (zie Burns & Muller, 2008; Goes & Zhan, 1995, Page et al., 2013; Sowers et al., 2013; Trybou et al., 2011). Er bestaat reeds veel kennis over deze stuurbare strategieën, via

welke geprobeerd kan worden om meer gelijkgerichtheid te verzekeren. Deze strategieën worden vaak aangeduid als economische en non-economische integratie (Burns & Muller, 2008; Trybou et al., 2011). Echter, zoals aangegeven worden de verschillende vormen van integratie slechts beperkt getoetst. En waar deze worden getoetst, worden om de afhankelijke variabele te meten dergelijke proxy-variabelen gebruikt (zoals operationele winstgevendheid en ziekenhuiskosten) waardoor kan worden afgevraagd of gelijkgerichtheid wel daadwerkelijk ermee wordt gemeten (Goes & Zhan, 1995). Bovendien is de ‘alignmentliteratuur’ voornamelijk Amerikaans van aard. Ondanks de kennis over gelijkgerichtheid is er tot op heden dan ook nog geen onderzoek verricht waarin deze vormen van integratie worden toegepast op Nederlandse casuïstiek.

Naast de wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is er ook sprake van maatschappelijke relevantie. Volgens de wetenschappelijke literatuur zijn er allerlei redenen om gelijkgerichtheid in een ziekenhuisorganisatie na te streven, praktische voordelen die in het theoretische hoofdstuk kort worden behandeld. Bij de institutionele vormgeving van ziekenhuizen kan het derhalve uitermate relevant zijn om mee te nemen welke vormen van integratie in het Nederlandse ziekenhuislandschap daadwerkelijk bijdragen aan gelijkgerichtheid. In het bijzonder zijn er drie modellen volgens welke (algemene) ziekenhuizen worden georganiseerd, te weten het loondienstmodel, het samenwerkingsmodel en het participatiemodel (zie Van Dijk et al., 2014). Enkele integratieve strategieën, zoals het in loondienst nemen van of het verlenen van eigenaarschap van het ziekenhuis aan medisch specialisten, sluiten direct aan bij deze organisatie modellen. Gelet de praktische relevantie van deze verschillende organisatie modellen, en de actuele keuze die ziekenhuizen tussen een van deze modellen moeten maken, is het relevant om mee te nemen welk model het meest bijdraagt aan gelijkgerichtheid. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen leiden tot aanbevelingen over de institutionele vormgeving van ziekenhuizen.

1.4 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk wordt het theoretisch kader geschetst, waarin de eerste twee deelvragen worden beantwoord. Het derde hoofdstuk is methodologisch van aard, waarin de derde deelvraag wordt beantwoord door de onafhankelijke en afhankelijke variabelen te operationaliseren en de onderzoeksmethode en methodiek van case selectie nader te schetsen. In het vierde en vijfde hoofdstuk worden de empirische resultaten weergegeven, alvorens in het zesde hoofdstuk conclusies te trekken ten aanzien van de hoofdvraag en te reflecteren op de betekenis van de onderzoeksuitkomsten.

Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij het concept gelijkgerichtheid. Allereerst wordt conform de eerste deelvraag een definitie van dit begrip geïntroduceerd, en wordt uiteengezet waarom dit begrip van belang is. Vervolgens wordt toegelicht op welke niveaus in een organisatie wordt verwacht dat de verschillende integratieve strategieën een effect zullen hebben. Bij de tweede deelvraag wordt daarna gekeken naar de verschillende integratieve strategieën die gelijkgerichtheid in een ziekenhuis bevorderen. Hiervoor wordt allereerst de theoretische spanning tussen management en professionalisme besproken, waarna deze wordt toegepast op de praktijk in ziekenhuizen. In het bijzonder wordt stilgestaan bij de processen economische en non-economische integratie, die volgens de literatuur gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en het medisch collectief bevorderen. Daarbij wordt per strategie het causale mechanisme beschreven via welke de onafhankelijke variabele een effect zou moeten sorteren op de afhankelijke variabele en wordt stilgestaan bij contextfactoren die de werking van het causale mechanisme beïnvloeden. In de empirische hoofdstukken worden deze theoretische verwachtingen vervolgens getoetst.

2.1 Gelijkgerichtheid

In dit onderzoek staat het begrip gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis als organisatie en het medisch collectief, het geheel aan medisch specialisten binnen een ziekenhuis, centraal. Cruciaal voor dit onderzoek is dat gelijkgerichtheid wordt gedefinieerd als gelijkgerichtheid in belangen en doelstellingen tussen beide partijen, en als de mate waarin het ziekenhuis en het medisch collectief met elkaar samenwerken om deze belangen en doelstellingen na te streven. Budetti et al. (2002) introduceren een definitie van gelijkgerichtheid tussen gezondheidssystemen en het medisch collectief, en alhoewel een gezondheidssysteem een bredere reikwijdte heeft dan slechts één ziekenhuis alleen, is deze definitie toepasbaar op dit onderzoek. De definitie van gelijkgerichtheid luidt: “the degree to which physicians and their medical groups share, identify with, and work toward accomplishing goals together with their affiliated health system.” (Budetti et al., 2002, p.203). Een soortgelijke definitie wordt ook gehanteerd voor de relatie tussen het medische staf en het ziekenhuis in het bijzonder. In deze zienswijze heeft het ziekenhuis bepaalde doelstellingen; gelijkgerichtheid betekent dat deze doelstellingen worden gedeeld door het medisch collectief (Trybou et al., 2011, p.1).

Deze definities laten zien dat gelijkgerichtheid betekent dat de doelen van de medische professie en het (management van het) ziekenhuis met elkaar overeenkomstig moeten zijn. Als kanttekening moet bij deze definities worden genoemd dat zij lijken te suggereren dat gelijkgerichtheid eenrichtingsverkeer is, waarbij de medische professie zich moet aanpassen aan de wensen en voorkeuren van het ziekenhuis. Kijkend naar de integratieve strategieën die in de literatuur worden

aangedragen, kan echter worden beargumenteerd dat gelijkgerichtheid een proces van wederzijdse aanpassing is. Om verwarring te voorkomen, wordt in dit onderzoek de volgende stipulatieve definitie van gelijkgerichtheid gehanteerd: *gelijkgerichtheid is de mate waarin het ziekenhuis en het medisch collectief zich achter dezelfde doelstellingen scharen en bereid zijn om samen te werken om deze doelstellingen te bewerkstelligen.*

In de literatuur worden volop redenen aangedragen waarom ziekenhuizen gelijkgerichtheid zouden moeten omarmen. Zoals Page et al. (2013) aangeven, geldt dat “[t]he relationships between physicians and hospitals are viewed as central to the proposition of delivering high-quality health care at a sustainable cost.” (p.1809). Deze uitspraak wordt verder in de literatuur ondersteund. De wijze waarop het medisch collectief en het ziekenhuis zich tot elkaar verhouden heeft consequenties voor de zorgkwaliteit in het ziekenhuis (Cortese & Smoldt, 2007, in Trybou et al., 2011, p.1). Bovendien wordt volgens de literatuur ook de financiële positie van het ziekenhuis beïnvloed door deze relatie (Goes & Zhan, 1995, in Trybou et al., 2011, p.1). Volgens Trybou et al. (2014) wordt het algemene succes van de ziekenhuisorganisatie mede bepaald door de effectiviteit van deze relatie. Het is dus van belang dat er goede relaties tussen het medisch collectief en het ziekenhuis zijn en dat beide partijen op één lijn zitten. Dit onderzoek staat stil bij de vraag welke vorm van integratie tussen het medisch collectief en ziekenhuizen deze gelijkgerichtheid in de praktijk het beste waarborgt.

2.2 Niveaus van organisaties

Ziekenhuizen zijn complexe organisaties met ingewikkelde organisatiestructuren. Gedegen onderzoek naar gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie moet derhalve aangeven tussen welke actoren in de organisatie - op welk niveau - deze gelijkgerichtheid dient op te treden. Daarom wordt in deze paragraaf een overzicht gegeven van de organisatiestructuren van ziekenhuizen, waarbij wordt stilgestaan op welke organisationele niveaus gelijkgerichtheid verwacht wordt.

Dikwijls komen in de wetenschappelijke management- en beleidsliteratuur drie verschillende niveaus naar voren waar een onderscheid tussen wordt gemaakt bij het ontleden van organisaties (Schaaf, 2000, p.60). Het eerste niveau is het strategische niveau, waarbij de “continuïteit van de organisatie” centraal staat (Schaaf, 2000, p.60). Cruciaal is de wijze waarop de organisatie zich verhoudt tot externe factoren en actoren (Schaaf, 2000, p.60). Ten tweede wordt in de literatuur het tactische niveau genoemd, dat zich richt op “het organiseren, het verschaffen en het structureren van de productiemiddelen.” (Schaaf, 2000, p.60). Daarmee richt dit niveau zich op het tot stand brengen en het ordenen van het productieproces (Schaaf, 2000, p.60). Het derde niveau is het operationele niveau, waarbij centraal staat dat het uitvoerende niveau op een ordelijke en fatsoenlijke manier functioneert (Schaaf, 2000, p.60).

Deze drie managementniveaus bevinden zich op verschillende plaatsen in een ziekenhuisorganisatie. De niveaus zijn immers indirect terug te vinden in een van de beroemdste theoretische verhandelingen over organisatiestructuren, gepresenteerd door Mintzberg (1992). Volgens Mintzberg (1992) bestaat een complexe organisatie uit (maximaal) vijf onderdelen, die worden toegevoegd naarmate de organisatie complexer wordt. In feite ligt aan iedere organisatie een 'uitvoerende kern' ten grondslag: een groep personen die producten en diensten leveren (Mintzberg, 1992, p.10). Mintzberg (1992, pp.13-14) noemt deze mensen de 'operators', voor wie geldt dat hun werkzaamheden gericht zijn op de producten en diensten - de output - die de organisatie tracht voort te brengen en die cruciaal zijn voor haar voortbestaan. Dit komt overeen met het operationele niveau. De organisatie wordt uitgebreid met nieuwe onderdelen naarmate zij groter wordt. Bij een dergelijke groei kan er een roep in de organisatie om direct toezicht ontstaan, wat ertoe leidt dat een 'strategische top' ontstaat met daarin managers, die de facto het strategische niveau vormt (Mintzberg, 1992, pp.13-14). Dit kan bijvoorbeeld door een Raad van Bestuur worden ingevuld (Mintzberg, 1992, p.14). De strategische top is belast met de verantwoordelijkheid voor het reilen en zeilen van de totale organisatie, het verzekeren dat haar organisatiedoelstellingen op een effectieve wijze worden nagestreefd én het garanderen dat de wensen van externe, machthebbende partijen worden verwezenlijkt (Mintzberg, 1992, p.14). Deze functies sluiten naadloos aan bij de taken die zich op het strategische niveau bevinden. Ook zou betoogd kunnen worden dat de tactische taken ook onder de bevoegdheid van de strategische top vallen, al is hier reeds meer discussie over mogelijk. Deze tactische taken zouden ook onder de bevoegdheden van het middenkader kunnen vallen.

Bij verdere groei van de organisatie is het volgens Mintzberg (1992, p.10) immers noodzakelijk om een zogenaamd 'middenkader' in te stellen, een extra niveau dat zich tussen de twee genoemde niveaus in bevindt. Er is sprake van een "keten van middenkadermanagers" die voor een verbinding tussen beide niveaus zorgt, een keten die noodzakelijk is omdat het in een grote organisatie onmogelijk is voor een manager om toezicht te houden op de gehele uitvoerende kern (Mintzberg, 1992, p.15). Het zijn deze middenkadermanagers die in theorie eerder ervoor in aanmerking zouden moeten komen om (een deel van de) tactische taken en de uitvoerende taken uit te voeren. Mintzbergs drie niveaus staan direct in verbinding met elkaar "via één lijn van formeel gezag", wat betekent dat de uitvoerende kern in principe onder het directe, hiërarchische gezag staat van de strategische top en het middenkader (Mintzberg, 1992, p.11).

Verder zal bij voortschrijdende organisatiegroei getracht worden om het werk te standaardiseren, een taak die zal worden verricht door een groep analisten die zich bevinden in de zogenaamde 'technostructuur' (Mintzberg, 1992, p.10). Uiteindelijk kunnen bij organisatiegroei ook

‘ondersteunende diensten’ worden opgericht, een onderdeel van de organisatie die erop gericht is om bepaalde diensten te leveren, zoals een kantine voor tijdens de pauzes (Mintzberg, 1992, p.11). Het is cruciaal dat de technostructuur en de ondersteunende diensten, in tegenstelling tot de eerste drie genoemde organisatieonderdelen, zich niet bevinden in de gezagslijn die loopt vanaf de strategische top en die uitmondt bij de uitvoerende kern (Mintzberg, 1992, p.11).

Ziekenhuisorganisaties kunnen worden geplaatst in Mintzbergs organisatiemodel. Mintzberg (1992) definieert hen zelf als ‘professionele bureaucratieën’. Cruciaal is dat de relatie tussen de medische staf en het ziekenhuismanagement volgens Mintzberg wordt gekenmerkt door een *hiërarchie*.

Gelijkgerichtheid betekent in dit hiërarchische organisatiemodel dat de wensen en belangen van de strategische top (het ziekenhuisbestuur) op één lijn zitten met de wensen en belangen van de lager geplaatste uitvoerende kern (de medische staf). Deze hiërarchische relatie doet vermoeden dat gelijkgerichtheid door de strategische top afdwingbaar is. Schijn bedriegt echter: Mintzberg (1992) laat zien dat in ziekenhuisorganisaties de uitvoerende kern beschikt over een sterke eigen wil. Hierop wordt in de volgende paragraaf teruggekomen.

Cruciaal is echter wel dat gelijkgerichtheid niet slechts betrekking heeft op één locatie in de ziekenhuisorganisatie, zoals de bestuurlijke top. Verschillende beleidsdoelen hebben betrekking op multiple niveaus in de organisatie. Zo bevindt het algemene beleid dat het ziekenhuis voert zich op het strategische niveau, terwijl meer praktische beleidsdoelstellingen (zoals productieafspraken) zich op het operationele niveau bevinden. Dit onderzoek tracht gelijkgerichtheid op zowel het strategische als het operationele organisatieniveau te meten. Daarom wordt het concept gelijkgerichtheid opgedeeld in verschillende dimensies, die gekoppeld kunnen worden aan de verschillende organisatieniveaus:

- Gelijkgerichtheid in algemene beleidsdoelstellingen - strategisch
- Gelijkgerichtheid op het gebied van productie - operationeel
- Gelijkgerichtheid op het gebied van kwaliteit en veiligheid - operationeel

Gelijkgerichtheid kan optreden op verschillende organisatieniveaus. In de wetenschappelijke literatuur wordt het begrip gelijkgerichtheid echter niet opgedeeld in deze verschillende dimensies, maar wordt het gemeten als één containerbegrip voor alle organisatieniveaus. Gelet deze lacune is het niet mogelijk om op basis van de huidige theorievorming gerichte hypotheses op te stellen over op welke organisatieniveaus een specifieke integratieve strategie effecten op gelijkgerichtheid sorteert. Om desondanks een beter begrip te kunnen krijgen van de werking van deze integratieve strategieën, wordt voor iedere strategie het effect op ieder van de drie dimensies geschat. Iedere hypothese zal derhalve

worden uitgesplitst in drie subhypotheses, die ieder een andere dimensie van gelijkgerichtheid als afhankelijke variabele bestempelen. Als de assumptie die op dit moment in de vakliteratuur wordt gemaakt klopt – namelijk dat gelijkgerichtheid een overkoepelend begrip is dat niet op verschillende dimensies op een uiteenlopende manier kan optreden – zal iedere integratieve strategie voor iedere dimensie een soortgelijk effect vertonen. Worden er echter uiteenlopende, of zelfs tegenstrijdige effecten gevonden, wijst dit erop dat gelijkgerichtheid verschillend functioneert op verschillende organisatorische niveaus.

2.3 Management versus professionalisme

Nu is vastgesteld wat gelijkgerichtheid is en op welke niveaus er effecten op deze variabele worden verwacht, is het tijd om te kijken wat exact de vormen van integratie zijn die gelijkgerichtheid tussen de ziekenhuisorganisatie en het medisch collectief bevorderen. Daarbij wordt allereerst stilgestaan bij de spanning tussen management en professionalisme.

Management en professionalisme hebben niet per definitie dezelfde belangen. Mintzberg (1992) definieert ziekenhuizen als professionele bureaucratieën, waarvoor geldt dat de uitvoerende kern - het operationele niveau van het ziekenhuis - het centrale gedeelte van de organisatie vormt. In deze uitvoerende kern zijn voornamelijk professionals, gedefinieerd als “goed getrainde en geïndoctrineerde specialisten”, actief (Mintzberg, 1992, p.199). Het interessante aan de professionele bureaucratie is dat de professionals over relatief veel autonomie in hun arbeidsproces beschikken, waarbij zij vanuit een onafhankelijke positie ten opzichte van anderen binnen de organisatie haar werk kan uitvoeren (Mintzberg, 1992, pp.199-200). De professional heeft een machtige positie, doordat managers op het strategische en tactische niveau niet over de kennis beschikken om de medisch specialist te controleren, en doordat de vraag naar de professional zo groot is dat professionals kunnen ‘stemmen met de voeten’ als zij ontevreden zijn over de hoeveelheid autonomie die aan hen wordt uitgereikt (Mintzberg, 1992, p.203). De professional heeft professionele autonomie in een omgeving waar kennis en kunde in plaats van positie aan de basis staan van iemands gezag (Mintzberg, 1992, p.202).

Deze beschrijving wil echter niet zeggen dat er geen bestuurders zijn, of dat deze managers geen macht hebben. Sterker nog, enkele functies die door de professionele bestuurder worden bekleed garanderen haar wel degelijk macht, zoals het omgaan met problemen binnen de organisatie en het als bemiddelaar optreden in de relatie van de professionals met externe personen (Mintzberg, 1992, p.210). Bovendien geldt dat naarmate de professionele bestuurder goede resultaten voor haar organisatie weet te boeken, zij meer macht en een hogere reputatie krijgt (Mintzberg, 1992, p.210). Daarnaast geldt dat de professional aan het meebesturen dikwijls geen behoefte heeft en juist tijd wil hebben voor haar eigen professie (Mintzberg, 1992, p.210). Maar de bestuurders aan wie het werk

gedelegeerd zou kunnen worden, hebben vaak hele andere prioriteiten (Mintzberg, 1992, p.210). Op deze plek ontstaat een spanning tussen management en professionalisme.

Als er een blik wordt geworpen op de historische relaties tussen managers en professionals, valt echter op dat de relaties voorheen dikwijls helemaal niet voorzien waren van een spanning. Een oudere invloedrijke studie van Pauly en Redisch (1973, in Sowers et al., 2013, p.1819) laat immers zien dat de prikkels waar beide partijen in het verleden mee te maken hadden dusdanig bij elkaar aansloten dat hun belangen ook overeenkomstig waren. Deze belangen waren namelijk gericht op het verschaffen van de professionele autonomie van de zorgprofessional, het zorgen voor een grote zorgproductie en het aanschaffen van de beste technische snuffjes (Pauly & Redisch, 1973, in Sowers et al., 2013, p.1819). In de literatuur wordt dikwijls gesproken over een ‘symbiotische relatie’, waarin gelijkgerichtheid optrad (Page et al., 2013, p.1810).

Hedendaags zijn deze stimulansen gewijzigd, waardoor gelijkgerichtheid niet langer zo vanzelfsprekend was als voorheen (Trybou et al., 2011). In het vernieuwde ziekenhuislandschap moet de zorgkwaliteit worden verbeterd, terwijl er eveneens een roep om kostenbeheersing bestaat (Trybou et al., 2011, p.3). Dit heeft geleid tot een nieuwe ziekenhuis-specialist-relatie, die in de literatuur wordt aangeduid als ‘competitieve interdependentie’ (Burns & Muller, 2008, p.378). De stimulansen waar ziekenhuismanagers enerzijds en medisch specialisten anderzijds hedendaags mee te maken hebben verschillen drastisch van elkaar (Sowers et al., 2013, pp.1819-1820). Een belang dat centraal staat voor de medisch specialist is vaak de kwaliteit van de patiëntenzorg, die bij voorkeur zoveel mogelijk op maat gemaakt is; bovendien wenst zij in haar praktijk de aanwezigheid van de meest recente technologische apparatuur en materialen (Sowers et al., 2013, pp.1819-1820). Voor het ziekenhuis is daarentegen kostenbeheersing ook een belangrijk goed: op te gebruiken medische materialen wenst zij juist te bezuinigen (Sowers et al., 2013, p.1820). Bovendien vindt zij het van belang om de zorg die patiënten ontvangen te standaardiseren (Sowers et al., 2013, p.1820). Ogenschijnlijk zitten ziekenhuismanagers en medisch specialisten vandaag de dag niet snel met elkaar op een lijn. In dit systeem is gelijkgerichtheid tussen het medisch collectief en het ziekenhuis derhalve van cruciaal belang.

De spanning tussen management en professionalisme is echter iets dat nooit zal verdwijnen (De Bruijn, 2011, p.3). Zoals in de inleiding reeds werd beweerd, beschikken managers en professionals over verschillende wereldbeelden met daarin uiteenlopende belangen, waarbij echter niet kan worden gesteld dat een van beide zienswijzen onjuist is (De Bruijn, 2011, p.3). De opvatting bestaat dat (zorg)professionals enkel het best gedijen onder zoveel mogelijk autonomie, een situatie waarbij zij zonder interferentie van managers hun taken kunnen uitvoeren (De Bruijn, 2011, p.1). Sterker nog,

vaak hebben managers helemaal geen kennis van de professie waar de organisatie (bijvoorbeeld een ziekenhuis) zich mee bezighoudt en presenteren zij allerlei procedures die voor de organisatie juist een hele hoop gedoe oplevert (De Bruijn, 2011, p.2).

Toch kan aan deze wens voor autonomie slechts in beperkte mate gehoor worden gegeven. Het is immers niet praktisch om de manager eenvoudigweg aan de kant te schuiven: zij vervult immers uiterst belangrijk werk (De Bruijn, 2011, p.3). In een gecompliceerde samenleving als de onze treden er nu eenmaal met regelmaat problemen op waar oplossingen voor gezocht moeten worden die in beginsel wellicht niet in het straatje van de (zorg)professional passen (De Bruijn, 2011, pp.2-3). Kostenbeheersing in de zorg kan bijvoorbeeld met ingrepen gepaard gaan die de professional bijvoorbeeld niet ziet zitten (De Bruijn, 2011, pp.2-3). Bepaalde maatregelen zullen niet zomaar genomen worden door de professionals (De Bruijn, 2011, p.3). In de woorden van De Bruijn (2011, p.3): “[c]ost control, new standards, mergers, complaint arrangements: they do not always spontaneously emerge from the professional community - professionals may even oppose them - and yet we want these issues to be addressed.” (p.3). Daarnaast geldt dat de manager nieuwe kennis aan de organisatie bijdraagt, kennis waarover de zorgprofessional helemaal niet beschikt (De Bruijn, 2011, p.3). Daarbij geldt bovendien dat het sterk nastreven van professionele autonomie ook met nadelen gepaard kan gaan, zoals defensieve routines (De Bruijn, 2011, p.183). Met andere woorden: er bestaat inderdaad een roep om autonomie vanuit de professionals, maar de manager is desondanks van waarde voor organisaties en is dus kortgezegd nodig (De Bruijn, 2011).

Ondanks de grote verschillen tussen management en professionalisme, zijn zij tot elkaar veroordeeld. De gemaakte keuzes en het presteren door het ziekenhuis of door het medisch collectief werkt immers op financieel gebied door voor de andere partij (Trybou et al., 2011, p.3). Bovendien geldt, zoals Trybou et al. (2011) aangeven, dat “the medical staff controls many patient care decisions that influence hospital costs and quality, and by extension hospital financial performance.” (p.3). Dit leidt ertoe dat “the degree of risk assumed by the hospital also depends on the alignment of incentives with the medical staff.” (Trybou et al., 2011, p.3). Oftewel, voor beide partijen is het cruciaal dat elkaars belangen enigszins met elkaar overeenstemmen, oftewel dat er sprake is van gelijkgerichtheid. De vervolgvraag is op welke manier deze gelijkgerichtheid kan worden bewerkstelligd.

2.4 Economische integratie en non-economische integratie

In de literatuur is er onderzoek gedaan naar de strategieën die gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en het medisch collectief kunnen bevorderen (Page et al., 2013). In dit onderzoek wordt er stilgestaan bij de strategieën die integratie tussen het ziekenhuis en het medisch collectief kunnen bewerkstelligen. In dit kader worden er twee belangrijke strategieën behandeld die deze

gelijkgerichtheid kunnen garanderen: economische en non-economische integratie (Burns & Muller, 2008; Sowers et al., 2013; Trybou et al., 2011). Allereerst wordt de betekenis van deze strategieën geschetst, waarna wordt stilgestaan bij welke vormen van economische en non-economische integratie exact bestaan.

Economische integratie wordt in de literatuur gedefinieerd als “hospitals’ provision of monetary payments to physicians to provide, manage, and/or improve clinical services and to perform organizational activities.” (Burns & Muller, 2008, pp.379-380). Centraal staat hierbij dat financiële middelen en het aangaan van financiële constructies aan de basis staan van gelijkgerichtheid (Burns & Muller, 2008, Sowers et al., 2013, p.1820; Trybou et al., 2011). Economische integratie tracht via een financiële route gelijkgerichtheid te bewerkstelligen, bijvoorbeeld door structureel risico’s te delen tussen het ziekenhuis en de medisch specialist (Trybou et al., 2011). Trybou et al. (2011, p.4) stellen dat financiële akkoorden aan de basis staan van gelijkgerichtheid, met het eigenaarschap van het ziekenhuis door het medisch collectief als voorbeeld. Andere voorbeelden van economische integratie zijn het delen van winsten, joint-venture investeringen en managementcontracten (Burns & Muller, 2008; Trybou et al., 2011, p.4). Het richt zich dus op het creëren van een organisatiestructuur waarbij op financieel gebied de medisch specialist en het ziekenhuis een relatie van afhankelijkheid met elkaar aangaan. Deze vormen van economische integratie leiden via verschillende causale mechanismen tot gelijkgerichtheid. In de volgende paragraaf worden deze mechanismen per integratieve strategie uiteengezet.

Non-economische integratie wordt door Burns en Muller (2008) gedefinieerd als “hospitals’ efforts to enlist physicians by making their facilities more attractive and accessible, their operations more efficient and convenient, their decision-making processes more participative and responsive, and their staffing better trained.” (p.379). Bij non-economische integratie staat juist centraal dat de relatie tussen het ziekenhuis en het medisch collectief coöperatief is (Sowers et al., 2013, p.1820; Trybou et al., 2011, p.1). Waar economische integratie zich richt op het delen van financiële risico’s, gaat non-economische integratie volgens Trybou et al. (2011, p.1) veel meer om het opbouwen van vertrouwen tussen beide partijen en het vormen van een goede werkrelatie. Hierbij zijn er verschillende causale mechanismen die leiden tot het bereiken van gelijkgerichtheid, die in paragraaf 2.6 zullen worden toegelicht.

2.5 Processen van economische integratie

Nu we een algemeen beeld hebben van wat de beide vormen van integratie betekenen, worden verschillende integratieve processen die tot deze vormen behoren nader toegelicht. Allereerst wordt stilgestaan bij economische integratie. Burns en Muller (2008) onderscheiden tien categorieën van

economische integratie. Daarvan is één categorie niet van toepassing in verband met haar specifieke gerichtheid op de Amerikaanse gezondheidszorg. Een andere categorie vertoont dusdanig veel overlap met een strategie van non-economische integratie, dat besloten is om deze strategieën te bundelen en te bespreken in de volgende paragraaf. De causale mechanismen via welke de overige acht processen zouden moeten bijdragen aan meer gelijkgerichtheid worden nu nader toegelicht. Zoals in paragraaf 2.2 is aangegeven, worden per integratieve strategie drie subhypothesen gepresenteerd, die ieder de relatie van de integratieve strategie met een andere dimensie van het begrip gelijkgerichtheid assumeren.

Loondienst

Een eerste bekende strategie van integratie tussen het ziekenhuis en het medisch collectief is het in loondienst nemen van medisch specialisten door het ziekenhuis (Burns & Muller, 2008; Goes & Zhan, 1995, p.515; Morrisey et al., 1990, p.590). Het in loondienst nemen is een typisch voorbeeld van een poging om gelijkgerichtheid top-down af te dwingen. Immers, zoals Goes & Zhan (1995, p.515) aangeven, krijgt het ziekenhuis via het loondienstmodel meer controle over de werkzaamheden van het medisch collectief en worden besluiten voortaan op een gecentraliseerde wijze genomen, namelijk door het ziekenhuisbestuur. Hieruit kan worden afgeleid dat het derhalve wel noodzakelijk is dat het medisch collectief zich ook de facto hiërarchisch laat aansturen. Daar staat wel tegenover dat meer toezicht op het medisch collectief kosten teweeg zal brengen (Goes & Zhan, 1995, p.515). In de praktijk zijn er twee uitersten waar de medisch specialist tussen kan kiezen, namelijk in loondienst treden bij het ziekenhuis of kiezen voor een status als vrijgevestigd medisch specialist, als een soort zelfstandig ondernemer. Uit het voorgaande kan de volgende hypothese worden opgesteld:

Hypothese 1: Medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan vrijgevestigde medisch specialisten.

- *Hypothese 1a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 1b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 1c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Bovendien bestaat er nog een derde, in de praktijk sterk opkomende status voor de medisch specialist: het in loondienst treden bij een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), een organisatie waarin (ofwel een gedeelte van ofwel alle) medisch specialisten worden verenigd. Hiermee zijn we aangekomen op een variant op het loondienstmodel.

Deze variant is de medisch specialist die Burns en Muller (2008, p.387) aanduiden als de ‘hospitalist’. Deze groep specialisten “can be employed by a hospital, a medical group using the hospital, hospitalist

companies contracting with the hospital for coverage, or insurers to manage their enrollees after admission.” (Burns & Muller, 2008, p.387). Het is dus een brede groep die op verschillende manieren kan worden gecontracteerd. In het Nederlandse ziekenhuislandschap wordt, na de invoering van de integrale bekostiging in de zorg uit 2015, voornamelijk gebruik gemaakt van MSB's. Deze MSB's verenigen vaak de vrijgevestigde medisch specialisten, maar kunnen ook de medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis in zich opnemen. Bovendien is het dus mogelijk voor MSB's om medisch specialisten zelf in dienst te nemen. Derhalve kan de volgende hypothese worden gesteld:

Hypothese 2: Medisch specialisten in loondienst van het MSB ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan vrijgevestigde medisch specialisten.

- *Hypothese 2a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 2b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 2c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Het MSB behartigt de belangen van het medisch collectief. Het bundelen van medisch specialisten in één organisatie, namelijk het MSB, leidt voor het ziekenhuismanagement voor “één aanspreekpunt” indien zij contact zoeken met het medisch collectief (Federatie Medisch Specialisten, 2015). Derhalve kan worden gehypothetiseerd dat de gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie toeneemt als er één MSB is (in plaats van meerdere MSB's), en als dit MSB uit alle medisch specialisten bestaat. In ziekenhuizen waarin het MSB niet alle medisch specialisten herbergt, maar bijvoorbeeld enkel de vrijgevestigden, is er vaak een tendens om ook een Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) op te richten voor alle medisch specialisten in loondienst. Daarnaast komt geregeld een Vereniging Medisch Specialisten (VMS) voor, waar vervolgens weer alle medisch specialisten in zijn opgenomen. De hospitalist is dus een verregaande vorm van economische integratie tussen het ziekenhuis en het medisch collectief. De volgende hypothesen vloeien voort uit deze bespreking.

Hypothese 3: Medisch specialisten werkzaam bij een ziekenhuis met één MSB ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten werkzaam bij een ziekenhuis met meerdere MSB's.

- *Hypothese 3a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 3b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 3c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Hypothese 4: Medisch specialisten werkzaam bij een ziekenhuis met een of meerdere MSB's die alle medisch specialisten herbergen, ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch

specialisten werkzaam bij een ziekenhuis met een of meerdere MSB's die slechts een selectie van alle medisch specialisten herbergen.

- *Hypothese 4a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 4b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 4c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Deze strategie - het in loondienst nemen van het medisch collectief en het bundelen van medisch specialisten in één organisatie - bevindt zich met name op het instellingsniveau, aangezien daar de keuzes worden gemaakt voor het model, maar zal ook haar doorwerking hebben op de lagere organisatieniveaus.

Eigenaarschap ziekenhuis

De volgende integratieve strategie is in de praktijk nog niet veel voorkomend, maar is volgens de literatuur een ideaal middel om gelijkgerichtheid af te dwingen: het eigenaarschap van het ziekenhuis door het medisch collectief (Burns & Muller, 2008; Goes & Zhan, 1995). Volgens Goes en Zhan (1995, p.514) geldt dat met het eigenaarschap van het ziekenhuis financiële risico's gepaard gaan. Hoe meer deze risico's zowel gelden voor het medisch collectief als voor het ziekenhuis, hoe meer er gelijkgerichtheid in de doelen tussen beide partijen zal ontstaan (Goes & Zhan, 1995, p.514). Deze gelijkgerichtheid in wordt verduidelijkt door de extra stimulansen voor kostenbeheersing door het medisch collectief: "hospital efforts to economically link with physicians through ownership should create incentives for physicians to limit costly practice patterns and utilization" (Goes & Zhan, 1995, p.514). Hieruit kan worden afgeleid dat het wel noodzakelijk is dat medisch specialisten dan ook rationeel reageren op deze prikkels. Gedeeld eigenaarschap van het ziekenhuis, maar eventueel ook van zorgverlenende instanties waar het ziekenhuis bij betrokken is, zoals joint ventures of instituten die ketenzorg verlenen, zou derhalve moeten bijdragen aan meer gelijkgerichtheid in belangen.

Hypothese 5: Medisch specialisten die beschikken over aandelen van het ziekenhuis of van aan het ziekenhuis gelieerde zorgverlenende instanties ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten die niet over dergelijke aandelen beschikken.

- *Hypothese 5a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 5b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 5c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Bestuurlijk administratieve taken

Een andere strategie is dat het medisch collectief door het ziekenhuis wordt vergoed om specifieke bestuurlijke administratieve taken uit te voeren (Burns & Muller, 2008, p.383; Morrissey et al., 1990,

p.590). Voorbeelden hiervan zijn het instellen van medisch specialisten als afdelingshoofd of medisch manager (Burns & Muller, 2008, p.383). Ook kunnen managementcontracten tot stand worden gebracht, waarin afspraken worden gemaakt dat medisch specialisten dienstverleningen van het ziekenhuis moeten monitoren (Burns & Muller, 2008, p.383). Het achterliggende causale mechanisme is dat het verlenen van administratieve taken aan medisch specialisten ertoe leidt dat problemen die resulteren door divergentie van het administratieve en het klinische wereldbeeld worden verholpen (Morrisey et al., 1990, p.590). Concreet wordt hiermee bedoeld dat problemen worden opgelost die eruit voortvloeien dat administratieve medewerkers bepaalde issues anders aanpakken of begrijpen dan dat wenselijk zou zijn vanuit het oogpunt van de medisch specialisten (Morrisey et al., 1990, p.590). Een voorbeeld hiervan vormen de uiteenlopende wensen of inzichten met betrekking tot het inplannen van operatieve ingrepen, maar het kan ook betrekking hebben op uiteenlopende inzichten met betrekking tot de competenties van medisch specialisten (Morrisey et al., 1990, p.590). Door medisch specialisten administratieve taken toe te bedelen, vermindert de wig in opvattingen tussen het ziekenhuis en de specialisten en wordt de gelijkgerichtheid verhoogd.

Hypothese 6: Medisch specialisten die bestuurlijke administratieve taken vervullen ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten die geen bestuurlijke administratieve taken vervullen.

- *Hypothese 6a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 6b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 6c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Hypothese 7: Als de medisch specialist voor het vervullen van haar bestuurlijke administratieve taken door het ziekenhuis is aangesteld en wordt bekostigd, ervaart zij een hogere mate van gelijkgerichtheid dan als zij niet door het ziekenhuis is aangesteld.

- *Hypothese 7a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 7b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 7c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Delen van winsten en risico's

Een eveneens verregaander proces van economische integratie is het delen van winsten tussen het ziekenhuis en het medisch collectief, en dat de beide partijen wederzijds risico's met elkaar delen (Burns & Muller, 2008; Goes & Zhan, 1995, Trybou et al., 2011). Concreet betekent dit dat op financieel vlak het ziekenhuis en het medisch collectief wederzijds afhankelijk worden. Zo kan het inkomen van het medisch collectief variëren met het financiële succes van het ziekenhuis. Burns en Muller (2008, pp.383-384) bespreken in dit kader verschillende manieren waarop de risico's en

winsten tussen het ziekenhuis en het medisch collectief kunnen worden gedeeld. Een cruciaal model dat zij aanhalen is het zogenaamde Pay-for-Performance model, dat inhoudt dat de beloning voor medisch specialisten gedeeltelijk afhankelijk is van de door hen geleverde prestaties op het gebied van kostenbesparing en kwaliteit (Burns & Muller, 2008, p.381; Eijkenaar, 2014). Als causaal mechanisme geldt dat indien het ziekenhuis en het medisch collectief risico's en winsten met elkaar delen, er interdependentie tussen beide partijen zal ontstaan (Budetti et al., 2002, p.207). De twee partijen zullen door het delen van winsten dezelfde belangen gaan delen op het gebied van kostenbeheersing en kwaliteit (Ketcham & Furukawa, 2008). Wel kan wederom als een cruciale conditie worden afgeleid dat het medisch collectief vatbaar is voor de op hen uitgeoefende prikkel en rationeel ernaar handelen, door inderdaad te streven naar een optimale prestatie leveren op het gebied van productie en kwaliteit.

Hypothese 8: Medisch specialisten waarvan het inkomen afhankelijk is van het financiële succes van het ziekenhuis of het MSB ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten waarvan het inkomen niet meebeweegt met het succes van het ziekenhuis of het MSB.

- *Hypothese 8a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 8b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 8c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Hypothese 9: Medisch specialisten die financieel beloond worden voor het leveren van zorg die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet, of die een kostenbesparing teweeg brengt, ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten waarvoor dit niet geldt.

- *Hypothese 9a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 9b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 9c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Rekruteren en doorontwikkelen van medisch specialisten

De volgende strategie heeft betrekking op het rekruteren en het doorontwikkelen van medisch specialisten, iets wat door de tekorten aan medisch specialisten noodzakelijk is (Burns & Muller, 2008, p.382). Vaak geldt echter dat zulke nieuwe specialisten aanvankelijk slechts beperkt renderen (Burns & Muller, 2008, p.383). In deze constructies is het vaak een mogelijkheid dat het ziekenhuis de kosten van deze medisch specialist voor haar eigen rekening neemt, omdat de medische groep of bedrijf waartoe deze specialist behoort het risico van deze aanvankelijk slechts beperkt renderende medisch specialist niet geheel wil dragen (Burns & Muller, 2008, p.383; The Governance Institute, 2008). Op deze manier wordt het medisch collectief afhankelijk van het ziekenhuis voor het in dienst nemen van deze medisch specialist - The Governance Institute (2008, p.29) geeft aan dat dergelijke methoden leiden tot een formele connectie tussen beide partijen. Ook is een voorbeeld van deze

rekruteringsstrategie dat het ziekenhuis bijdraagt aan de aan de eventuele schade die een arts lijdt, indien hij wordt aangeklaagd en veroordeeld voor een medische misser (Burns & Muller, 2008, p.381). De verzekering die de arts afsluit om dergelijke risico's te voorkomen, wordt in dat geval aangeboden en bekostigd door het ziekenhuis. Deelname aan deze door het ziekenhuis geboden hulp bij het rekruteren zorgt ervoor dat er vertrouwen opgebouwd wordt tussen de medisch specialist en het ziekenhuis (The Governance Institute, 2008, p.29). Dit kan bijdragen aan meer gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. Op het gebied van doorontwikkeling van de medisch specialist kan als voorbeeld worden genoemd dat het ziekenhuis bijscholing biedt voor de medisch specialist, opdat haar kennisniveau up-to-date blijft en zij zich verder weet te ontwikkelen in haar medische professie.

Hypothese 10: Nieuwe medisch specialisten die tijdelijk in loondienst treden van het ziekenhuis, om de medische groep of het bedrijf waartoe deze specialist behoort financieel te ontzien, ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten waarvoor dit niet geldt.

- *Hypothese 10a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 10b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 10c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Hypothese 11: Medisch specialisten aan wie het ziekenhuis een aansprakelijkheidsverzekering aanbiedt en bekostigt ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten waarvoor dit niet geldt.

- *Hypothese 11a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 11b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 11c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Hypothese 12: Medisch specialisten die geregeld door het ziekenhuis worden benaderd om deel te nemen aan projecten, leergangen, symposia of andere initiatieven om hen verder te ontwikkelen in hun professie ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten voor wie dit niet geldt.

- *Hypothese 12a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 12b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 12c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Ketenzorg

Een andere strategie is het inrichten van zogeheten 'service lines' van ketenzorg: het bundelen van een zorgtraject voor een patiënt in een lijn van verzorging, de service line genoemd, dat bestuurd wordt volgens het principe van co-bestuur, waarin het ziekenhuis en het medisch collectief met elkaar gaan

samenwerken bij het bestuur en de uitvoering van de service line (Burns & Muller, 2008, p.385). In de praktijk kan dit model op verschillende manieren worden ingericht, maar centraal staat dat bij deze vorm van samenwerking een taakverdeling plaatsvindt tussen het ziekenhuis en het medisch collectief op gebied van bestuur, management en het aanleveren van ondersteunende diensten (Burns & Muller, 2008, p.385). Besluitvorming komt hierbij ook mede in handen van medisch specialisten (Burns & Muller, 2008, in Page et al., 2013, p.1812). Volgens Page et al. (2013, p.1815) geldt als causaal mechanisme voor gelijkgerichtheid dat samenwerking tussen de twee partijen ontstaat doordat het medisch collectief de wens heeft dat de service lines onder hun controle vallen; dit leiderschap kan worden bewerkstelligd door samen te werken met het ziekenhuis onder het model van co-management.

Hypothese 13: Medisch specialisten die participeren in een ketenzorginstituut binnen het ziekenhuis dat wordt aangestuurd door het ziekenhuis en het medisch collectief gezamenlijk, ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten die participeren in een ketenzorginstituut dat niet door het ziekenhuis en het medisch collectief gezamenlijk wordt aangestuurd.

- *Hypothese 13a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 13b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 13c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Joint ventures

Een volgende strategie van economische integratie is het aangaan van joint ventures tussen het ziekenhuis en het medisch collectief (Burns & Muller, 2008; Goes & Zhan, 1995; Morrisey et al., 1990, Smith et al., 1990). Deze strategie sluit aan bij de derde strategie, daar er wederom risico's tussen beide partijen worden gedeeld in een formele relatie (Glusman & Kepner, 1988, in Smith et al., 1990, p.27). Burns en Muller (2008, p.385) beschrijven hoe in een equity joint venture door het ziekenhuis en het medisch collectief een nieuwe organisatie in het leven wordt geroepen en door beiden hierin geld wordt geïnvesteerd. Volgens Smith et al. (1990, p.27) worden de relaties tussen beide partijen in een joint venture sterk verbeterd. In een joint venture wordt een specifiek samenwerkingsverband tussen het ziekenhuis en het medisch collectief voorzien van een officieel karakter, en dat kan ertoe leiden dat een relatie tot stand komt waarbij samenwerking tussen het ziekenhuis en het medisch collectief een win-win situatie kan opleveren voor beide partijen (Gleason en Sullivan, 1986, in Smith et al., 1990, p.27). Ook worden volgens Glusman en Kepner (1988, in Smith et al., 1990, p.27) de doelstellingen door de komst van een joint venture op één lijn gebracht, wat uiteraard bijdraagt aan gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie.

Hypothese 14: Medisch specialisten die werkzaamheden verrichten voor een joint venture tussen het ziekenhuis en het medisch collectief ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten waarvoor dit niet geldt.

- *Hypothese 14a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 14b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 14c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Aggregatie en concentratie

De laatste strategie van economische integratie is wat Burns en Muller (2008) aanduiden als aggregatie en concentratie, wat concreet inhoudt dat beroepsuitoefening in groepsverband en de concentratie van intramurale zorg door een bepaalde medisch specialist in één ziekenhuis worden gestimuleerd. Beroepsuitoefening in groepsverband heeft allerlei voordelen voor de groepen zelf, maar indien deze vakgroepen ook door het ziekenhuis worden opgenomen, heeft dat ook allerlei integratieve voordelen, doordat de leiderschapsrol voor het medisch collectief erdoor groter wordt en doordat klinische integratie, gedefinieerd als “hospitals’ structures and systems to coordinate patient care services across people, functions, activities, and sites over time”, erdoor wordt gestimuleerd (Burns & Muller, 2008, pp.380-386). De concentratie van intramurale zorg in één ziekenhuis betekent dat medisch specialisten zorg bundelen in een ziekenhuis en niet soortgelijke gevallen verdelen over meerdere ziekenhuizen (Burns & Muller, 2008, pp.386-387). Deze concentratie van intramurale zorg zou volgens Burns & Muller (2008) ook bijdragen aan de “symbiotic interdependence of the two parties [ziekenhuis en medisch collectief] and align their financial and clinical interests.” (p.386). Daarmee wordt dus wederom gelijkgerichtheid gestimuleerd.

Hypothese 15: Medisch specialisten die door het ziekenhuis ertoe zijn aangezet om hun beroepsuitoefening in groepsverband te doen, ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten waarvoor dit niet geldt.

- *Hypothese 15a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 15b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 15c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Hypothese 16: Medisch specialisten die werkzaam zijn in ziekenhuizen waar pogingen worden ondernomen om zorg te concentreren in één ziekenhuis, ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen die dit niet doen.

- *Hypothese 16a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 16b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 16c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

2.6 Processen van non-economische integratie

In het vervolg worden twee strategieën van economische integratie weergegeven. Bij deze strategieën wordt het causale mechanisme volgens welke gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en het medisch collectief zou moeten optreden nader toegelicht.

Medisch specialisten met bestuurlijke taken

Een eerste strategie van non-economische integratie die in de literatuur wordt beschreven, is de deelname van het medisch collectief bij het bestuur van het ziekenhuis (Goes & Zhan, 1995; Smith et al., 1990). Volgens Gregory (1992, in Trybou et al., 2011) geldt dat de belangen van de twee partijen nader tot elkaar kunnen worden gebracht als inclusie van het medisch collectief bij het besluitvormingsproces van het ziekenhuis wordt bewerkstelligd. Door bij het maken van beleid en het vormen van een strategie een rol te verlenen aan medisch specialisten, of door hen een positie te verlenen binnen het bestuur, kan worden bijgedragen aan de vorming van betrokkenheid tussen het medisch collectief en het management in het ziekenhuis (Smith et al., 1990, p.30). Als zij een dergelijke positie bekleden, worden zij immers bewust van de moeilijke besluiten waarmee ziekenhuizen te kampen hebben en ervaren zij hoe het is om grote verantwoordelijkheden te dragen (Griffith, 1988, in Smith et al., 1990, p.30). Als conditie kan derhalve worden afgeleid dat deze bewustwording zich voldoende ontwikkelt bij de medisch specialist in kwestie. Daarbovenop geldt volgens Morlock et al. (1985, in Goes & Zhan, 1995, p.513) dat het betrekken van het medisch collectief bij het besturen van het ziekenhuis betere besluiten worden genomen met betrekking tot investeringen, evenals bij het strategisch plannen.

Hypothese 17: Medisch specialisten die deelnemen aan het bestuur van het ziekenhuis ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten waarvoor dit niet geldt.

- *Hypothese 17a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 17b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 17c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Aanbieden van personeel en hulpgoederen

De volgende strategie houdt in dat het medisch collectief en het ziekenhuis relaties met elkaar aangaan door middel van het in een leenconstructie ‘uitlenen’ van personeel en hulpgoederen aan elkaar (Burns & Muller, 2008, p.284, Goes & Zhan, 1995, p.515; Salas-Lopez, 2014; Satiani & Vaccaro, 2010). Centraal hierbij staat dat hierdoor niet slechts één partij opdraait voor de kosten die in de medische praktijk gemaakt moeten worden (Burns & Muller, 2008, p.284). Ook het totstandbrengen van joint

ventures om deze kosten te dekken behoort tot deze strategie (Burns & Muller, 2008, p.284). Volgens Satiani & Vaccaro (2010, p.1050) zorgen deze leenconstructies voor betere relaties tussen de twee partijen. Tot deze strategie hoort dat het ziekenhuis aan het medisch collectief allerlei voorzieningen aanbiedt (Alexander et al., 2001). Dit is wat Trybou et al. (2011, pp.3-4) “operational linkages” noemen, wat inhoudt dat het ziekenhuis ten opzichte van het medisch collectief een ondersteunende rol aanneemt, waarbij centraal staat dat het medisch collectief hun werkzaamheden beter kunnen uitvoeren. De conclusie van onderzoek door Alexander et al. (2001) is dat indien zulke uitwisselingen van hulpbronnen plaatsvinden, gelijkgerichtheid in de hand wordt gewerkt doordat als gevolg van de door deze uitwisselingen ontstane interdependentie de ontvangende medisch specialisten zich meer betrokken voelen bij de organisatie. De voorwaarde die daarbij wel geldt, is dat de medisch specialisten die de hulpbronnen ontvangen wel over hun eigen autonomie moeten kunnen blijven beschikken (Alexander et al., 2001). Ook deze integratieve strategie heeft gevolgen voor de gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie op alle niveaus.

Hypothese 18: Medisch specialisten aan wie het ziekenhuis ondersteunend personeel en/of hulpgoederen kosteloos aanbiedt, ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten voor wie dit niet geldt.

- *Hypothese 18a: gelijkgerichtheid in beleid*
- *Hypothese 18b: gelijkgerichtheid in productie*
- *Hypothese 18c: gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid*

Hoofdstuk 3: Methoden

In dit hoofdstuk worden de verschillende methodologische keuzes die voor dit onderzoek zijn gemaakt nader uitgewerkt en toegelicht. In het bijzonder wordt stilgestaan bij de gehanteerde onderzoeksstrategie, wordt de methode van caseselectie nader toegelicht en worden de onafhankelijke en afhankelijke variabelen geoperationaliseerd, opdat het begrip gelijkgerichtheid op een betrouwbare en valide manier kan worden gemeten. Ten slotte wordt de methode van dataverzameling en data-analyse uiteengezet.

3.1 Onderzoeksstrategie

Dit onderzoek hanteert als onderzoeksstrategie een mixed-methods design, bestaande uit een combinatie van een survey en een case study. Daarmee wordt er gebruik gemaakt van een combinatie tussen kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden (Vennix, 2011). Het onderzoek kan worden gedefinieerd als wat Gerring (2007, p.71) aanduidt als X1/Y-gecentreerd, waarbij een hypothesetoets over een causaliteit centraal staat - namelijk de relatie tussen integratieve strategieën en gelijkgerichtheid. Het eerste doel van het onderzoek is het achterhalen van de eventuele causale effecten van de verschillende integratieve strategieën op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. Surveyonderzoek is daarvoor uitermate geschikt, aangezien een cross-case analysis in de praktijk vrijwel noodzakelijk is om zulke causale effecten te achterhalen (Gerring, 2007, p.44). Door middel van het surveyonderzoek kan statistisch het causale effect van de onafhankelijke op de afhankelijke variabele worden achterhaald. Daarbij geldt wederom als voordeel dat een cross-case onderzoek - zoals een survey - goed samengaat met theorietoetsing, wat in dit onderzoek wordt beoogd (Gerring, 2007, p.41).

Indien een “groot aantal vergelijkbare eenheden” gezamenlijk onderzocht worden, pleit dit voor het gebruik van een survey (Vennix, 2011, p.87). Dat is in dit onderzoek het geval. De onderzoekseenheid wordt gevormd door het geheel aan Nederlandse algemene ziekenhuizen. De waarnemingseenheid wordt echter gevormd door individuele medisch specialisten uit Nederlandse algemene ziekenhuizen. De theoretische populatie waarover aan de hand van de survey uitspraken zullen worden gedaan, is het geheel aan Nederlandse algemene ziekenhuizen. Uitgesloten worden medisch specialisten werkzaam bij Universitaire Medische Centra en bij categorale ziekenhuizen. Alle 69 Nederlandse algemene ziekenhuizen zijn benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Dit betekent dus dat er voor dit onderzoek gebruik wordt gemaakt van een census van de populatie.

In aanvulling op het kwantitatieve gedeelte, zal in dit onderzoek gebruik worden gemaakt van een kwalitatieve case study, waarbij de onderzoekseenheid wederom door het geheel aan Nederlandse

algemene ziekenhuizen wordt gevormd. Als waarnemingseenheid gelden ditmaal medisch specialisten met een bestuurlijke functie werkzaam bij Nederlandse algemene ziekenhuizen. Middels dit case study-gedeelte wordt het tweede doel van dit onderzoek gediend, namelijk het achterhalen van de causale mechanismen en contextfactoren via welke de verschillende integratieve strategieën bijdragen aan gelijkgerichtheid. Vanwege gebrek aan tijd en middelen worden hier niet alle integratieve strategieën nader onderzocht, maar wordt gekozen voor de strategieën ‘loondienst’, ‘eigenaarschap ziekenhuis’, ‘delen van winsten en risico’s’ en ‘bestuurlijke posities’. De verantwoording voor de keuze voor deze integratieve strategieën wordt uiteengezet aan het begin van het tweede empirische hoofdstuk. Als werkwijze tijdens de interviews wordt de bijbehorende hypothese voorgelezen aan de respondent, waarna deze de ruimte krijgt om hier intuïtief op te reageren. Vervolgens worden zijn of haar bevindingen geconfronteerd met de surveydata.

Case studies zijn zeer geschikt om de werking van causale mechanismen te achterhalen (Gerring, 2007, p.45). In dit onderzoek worden de case studies ingezet om twee verschillende doelen te bereiken. Het eerste doel is om te onderzoeken hoe het causale mechanisme verloopt dat de interventie koppelt aan de uitkomst (gedragsverandering). Het tweede doel is om te achterhalen welke contextfactoren (omstandigheden) een bijdrage leveren aan het in de praktijk wel of niet zien optreden van het gehypothetiseerde causale mechanisme. Om beide doelstellingen te verwezenlijken, wordt gebruik gemaakt van de heuristiek uit het zogenaamde CMO-model (zie Pawson & Tilley, 2004). De twee doelstellingen dienen het overkoepelende doel om de theoretische aannames die horen bij de verschillende integratieve strategieën, die in het vorige hoofdstuk uiteen zijn gezet, nader aan te vullen en te verbeteren. Daarmee volgt het case study-gedeelte uit dit onderzoek in grote lijnen het principe van process-tracing (zie Beach & Pedersen, 2013). Hierbij wordt getoetst “whether evidence shows that the hypothesized causal mechanism linking X and Y was present and that it functioned as theorized.” (Beach & Pedersen, 2013, p.11). Via deze methode wordt stilgestaan bij het daadwerkelijke causale mechanisme dat de onafhankelijke aan de afhankelijke variabele verbindt, in plaats van dat er louter naar correlaties wordt gekeken (Beach & Pedersen, 2013, p.11).

Het voordeel van het verrichten van process-tracing is dat kennis kan worden opgedaan over de aanwezigheid van een causaal mechanisme (Beach & Pedersen, 2013, p.15). Toch kent deze methode ook nadelen. Als nadelen geldt dat er geen uitspraken kunnen worden gedaan over de relatieve verklaringskracht van causale mechanismen, maar dat enkel iets over hun aanwezigheid gezegd kan worden (Beach & Pedersen, 2013, p.15). Ook is het mogelijk dat er nog andere causale mechanismen dezelfde uitkomst garanderen (equifinaliteit); met andere woorden, het getoetste causale mechanisme hoeft niet per definitie noodzakelijk te zijn om de uitkomst te bewerkstelligen (Beach & Pedersen, 2013, pp.15-16).

3.2 Caseselectie

De casusselectie met betrekking tot de survey is in de vorige paragraaf reeds toegelicht. Alle Nederlandse algemene ziekenhuizen zijn benaderd voor deelname. Van deze 69 ziekenhuizen die zijn benaderd hebben 29 ziekenhuizen, verspreid over het hele land, aangegeven bereid te zijn om mee te doen. De ziekenhuizen die deze bereidheid toonden zijn (in alfabetische volgorde): Admiraal De Ruyter ziekenhuis, Arijne, Dijklander ziekenhuizen, Elisabeth TweeSteden ziekenhuis, Flevoziekenhuis, Gelre ziekenhuizen, Groene Hart ziekenhuis, Haaglanden Medisch Centrum, Isala, Laurentius ziekenhuis, Meander Medisch Centrum, Medisch Centrum Leeuwarden, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Rijnstate, Beatrixziekenhuis, Röpcke-Zweers ziekenhuis, Slingeland, Spaarne Gasthuis, St. Jansdal, St. Anna, Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Tjongerschans, Treant zorggroep, VieCuri, Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Zaans Medisch Centrum en Zuyderland Medisch Centrum. Bij sommige ziekenhuizen is de enquête enkel verspreid onder medisch specialisten met een bestuurlijke functie, terwijl bij de meeste ziekenhuizen alle medisch specialisten zijn benaderd om de enquête in te vullen. Uiteindelijk heeft de rondgang bij de ziekenhuizen een respons van 556 opgeleverd.

De casusselectie met betrekking tot de interviews verloopt anders. Aan het einde van de survey voor medisch specialisten is er voor hen een optie opgenomen om contactgegevens achter te laten, indien zij geïnteresseerd zijn om deel te nemen aan vervolgstadia van het onderzoek. Alle medisch specialisten die hun gegevens hadden achtergelaten én die op de vraag of zij een bestuurlijke positie in het ziekenhuis bekleden positief hadden geantwoord, zijn benaderd om deel te nemen aan een kort interview van maximaal 30 minuten. Dit waren in totaal 77 medisch specialisten. Uiteindelijk hebben 18 medisch specialisten toegezegd om deel te willen nemen aan een interview. Deze interviews zijn in augustus en september 2019 afgenomen. Welke respondenten hebben deelgenomen aan een interview, en voor welk ziekenhuis zij werkzaam zijn, is terug te vinden in Appendix 3. De keuze om medisch specialisten met een bestuurlijke positie uit te nodigen voor interviews, heeft te maken met hun verwachte betrokkenheid bij de ziekenhuisorganisatie en de verwachting dat zij een beter begrip hebben van de belangen en prikkels waar ook ziekenhuismanagers mee te maken hebben. Medisch specialisten die een bestuurlijke positie bekleden, zijn uiteraard geen ‘typical case’ voor de medisch specialist in het algemeen. Door medisch specialisten met een bestuurlijke positie te interviewen, wordt gepoogd om een breder beeld te krijgen van de prikkels en processen waarmee in een ziekenhuis rekening moet worden gehouden.

3.3 Operationalisering

In deze paragraaf vindt de operationalisatie van de variabelen plaats die geïntroduceerd zijn in de vorige hoofdstukken en die gemeten worden in de survey. Derhalve wordt de afhankelijke variabele

gelijkgerichtheid geoperationaliseerd, evenals de verschillende integratieve strategieën. Deze operationalisatie wordt weergegeven in tabelvorm. De onderstaande tabel geeft per variabele aan wat haar theoretische definitie is en in welke dimensies deze variabele eventueel kan worden opgesplitst. Vervolgens worden de abstracte variabelen geconcretiseerd door aan te geven via welke indicator of indicatoren deze empirisch meetbaar zijn. Nadat wordt aangegeven welke waarden de respondent kan scoren op deze indicatoren, wordt in de laatste kolom aangeduid via welke vraag of vragen uit de survey deze indicatoren worden gemeten.

Tabel 1: Operationalisatie afhankelijke en onafhankelijke variabelen

Variabele	Definitie	Dimensies	Indicatoren	Waarden	Data
Gelijkgerichtheid	De mate waarin het ziekenhuis en het medisch collectief zich achter dezelfde doelstellingen scharen en bereid zijn om samen te werken om deze doelstellingen te bewerkstelligen.	1- Wederzijdse gelijkgerichtheid in algemene doelstellingen 2- Gelijkgerichtheid op het gebied van productie 3- Gelijkgerichtheid op het gebied van kwaliteit en veiligheid	1- De mate waarin ziekenhuis en medisch collectief wederzijds dezelfde beleidsdoelstellingen delen (+) 2- De mate waarin medisch collectief en ziekenhuis dezelfde beleidsdoelstellingen op het gebied van productie delen 3- De mate waarin medisch collectief en ziekenhuis dezelfde beleidsdoelstellingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid delen	1- Zeer me eens, me eens, me eens noch me oneens, me oneens, zeer me oneens, weet niet 2- Zeer me eens, me eens, me eens noch me oneens, me oneens, zeer me oneens, weet niet 3- Zeer me eens, me eens, me eens noch me oneens, me oneens, zeer me oneens, weet niet	1- Survey 1 2- Survey 2 3- Survey 3 Indicatoren vormen losse proxy-variabelen voor gelijkgerichtheid
Loondienst	Het door het ziekenhuis in loondienst nemen van het medisch collectief		De status als werknemer van de medisch specialist bij het ziekenhuis in kwestie (+)	In loondienst bij het ziekenhuis, vrijgevestigd, in loondienst bij een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), anders namelijk..., weet niet	Survey 7
Hospitalism	Medisch specialisten "[which] can be	1- Lidmaatschap hospitalist-organisatie	1- Het aangesloten zijn door de medisch specialist bij	1- Medisch Specialistisch Bedrijf	1- Survey 8 2- Survey 9 3- Survey 9a-

	<p>employed by a hospital, a medical group using the hospital, hospitalist companies contracting with the hospital for coverage, or insurers to manage their enrollees after admission.” (Burns & Muller, 2008, p.387).</p>	<p>2- Hoeveelheid hospitalist-organisaties in ziekenhuis 3- Lidmaatschap van hospitalist-organisaties in ziekenhuis</p>	<p>een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), een Vereniging van Medisch Specialististen in Dienstverband (VMSD), of een Vereniging Medische Staf (VMS) (+) 2- Aantal MSB's die er aanwezig zijn in het ziekenhuis 3- Indien één MSB, wie onder dit MSB valt 3- Indien meerdere MSB's, wie onder deze MSB's vallen.</p>	<p>(MSB), Vereniging Medisch Specialististen in Dienstverband (VMSD), Vereniging Medische Staf (VMS), geen van deze organisaties, anders namelijk..., weet niet 2- Één MSB, meerdere MSB's, geen MSB's, weet niet 3- Alle vrijgevestigde medisch specialisten, alle vrijgevestigde medisch specialisten én alle medisch specialisten in loondienst, anders namelijk..., weet niet 3- Enkel vrijgevestigde medisch specialisten, zowel vrijgevestigde medisch specialisten als medisch specialisten in loondienst, anders namelijk..., weet niet</p>	9b
Eigenaarschap ziekenhuis	<p>Het verlenen van eigendomsrecht en over het ziekenhuis aan het medisch collectief</p>		<p>-Het bezitten van aandelen, en daarmee eigenaarsrechten, van het ziekenhuis, een joint venture van het ziekenhuis, een instituut van het ziekenhuis dat ketenzorg aanbiedt of een ander aan het ziekenhuis gelieerd instituut door de medisch specialist</p>	<p>Het ziekenhuis, een joint venture van het ziekenhuis, een instituut van het ziekenhuis dat ketenzorg</p>	Survey 10

				aanbiedt, een andere aan het ziekenhuis gelieerde instelling, namelijk..., geen van allen, weet niet	
Vergoeden administratieve taken	Het door het ziekenhuis vergoeden van het medisch collectief om specifieke administratieve taken uit te voeren	-	1- Het aanstellen van medisch specialisten als afdelingshoofd, medisch manager, of projectleider (+) 2- Indien aangesteld, op welke manier aangesteld (+)	1- Juist, onjuist, weet niet 2- Het ziekenhuis, het MSB, de VMS, anders namelijk...	Survey 14-14a
Gedeelde risico's en winsten	Het delen van financiële risico's en winsten door het ziekenhuis en het medisch collectief via verschillende constructies.		1- Het meedemen van het inkomen van de medisch specialist met het financiële succes van het ziekenhuis of MSB 2- Pay-for-Performance: inkomen medisch specialist stijgt indien zij goed presteert op het gebied van kostenbesparing en kwaliteit.	1- Juist, onjuist, weet niet 2- Juist, onjuist, weet niet	Survey 15-16
Rekruteren en doorontwikkelen van medisch specialisten	Het aangaan van constructies of het initiëren van structuren waarbij het ziekenhuis de kosten waarneemt waar nieuwe of te doorontwikkelde medisch specialisten mee te maken hebben, om de medische groep of bedrijf waartoe deze specialist behoort te ontzien.	1- Ziekenhuis financiert nieuwe medisch specialisten 2- Ziekenhuis financiert aansprakelijkheidsverzekering voor medisch specialisten 3- Ziekenhuis financiert doorontwikkeling medisch specialisten	1- Het beschikbaar stellen van financiële middelen door het ziekenhuis om medisch specialisten op te nemen (+) 2- Het aanbieden van een aansprakelijkheidsverzekering door het ziekenhuis aan medisch specialisten 3- Het door het ziekenhuis beschikbaar stellen van financiële middelen en het tonen van initiatieven (zoals het aanbieden van projecten, leergangen, symposia) om medisch specialisten verder te ontwikkelen (+)	1- Juist, onjuist, weet niet 2- Juist, onjuist, weet niet 3- Juist, onjuist, weet niet	1- Survey 18 2- Survey 17 3- Survey 19
Uitlenen van personeel en hulpgoederen	Het aangaan van formele relaties tussen het ziekenhuis en het medisch collectief, doordat het ziekenhuis personeel en		-Het door het ziekenhuis kosteloos ter beschikking stellen van ondersteunend medisch personeel en/of hulpgoederen (apparatuur, uitrusting, toebehoren) aan het medisch collectief.	Juist, onjuist, weet niet	Survey 20

	hulpgoederen uitleent (en daarmee bekostigt) aan het medisch collectief.				
Ketenzorg	Het inrichten van een instituut dat ketenzorg aanbiedt (het bundelen van een zorgtraject voor een patiënt in één lijn van verzorging, de 'service line' genoemd) dat bestuurd wordt volgens het principe van comanagement, waarin het ziekenhuis en het medisch collectief met elkaar gaan samenwerken bij het bestuur en de uitvoering van het instituut.		1- De participatie van een medisch specialist in instituut binnen het ziekenhuis dat ketenzorg aanbiedt. 2- Indien participierend in een ketenzorginstituut, door wie wordt dit instituut bestuurlijk aangestuurd.	1- Juist, onjuist, weet niet 2- Het ziekenhuis, het medisch collectief, het ziekenhuis en het medisch collectief gezamenlijk, anders namelijk...	Survey 21-21a
Joint ventures	Het door het ziekenhuis en het medisch collectief gezamenlijk in het leven roepen van en het investeren in een nieuwe organisatie (de joint venture), waarbij beide partijen naar hun investering een aandeel hebben in deze joint venture en waarbij gezamenlijk winsten en risico's worden gedeeld.		1-De participatie van de medisch specialist in een joint venture (+)	Juist, onjuist, weet niet	Survey 11
Aggregatie	Het door het ziekenhuis stimuleren van beroepsuitoefening door medisch specialisten in groepsverband.		-Het te maken hebben gehad met initiatieven en (al dan niet geslaagde) pogingen van het ziekenhuis om de medisch specialist te integreren in een vakgroep (+)	Juist, onjuist, weet niet	Survey 22
Concentratie	Het bundelen		1- Pogingen van het	1- Juist,	Survey 23-24

	van medische zorg door medisch specialisten in één ziekenhuis, in plaats van het verdelen van soortgelijke zorg over meerdere ziekenhuizen		ziekenhuis om ervoor te zorgen dat verwijzende medisch specialisten (zoals huisartsen) hun patiënten naar hun ziekenhuis sturen 2- Het ondernemen van pogingen door medisch specialisten om te garanderen dat patiënten kiezen voor hun ziekenhuis.	onjuist, weet niet 2- Juist, onjuist, weet niet	
Medisch specialisten met bestuurlijke taken	De deelname van het medisch collectief aan het bestuur van het ziekenhuis		1- Het bekleden van bestuurlijke- of managementposities door de medisch specialist (lid Raad van Bestuur, Bestuur MSB, manager Resultaatverantwoordelijke eenheid) 2- Het consulteren van de medisch specialist door het ziekenhuis bij het maken van bestuurlijke besluiten (bijv. in adviserende rol, als wisselende gesprekspartner)	1- Juist, ik ben aangesteld als..., onjuist, weet niet 2- Juist, onjuist, weet niet	Survey 12-13
Aanbieden voorzieningen	Het door het ziekenhuis aannemen van een ondersteunende rol ten opzichte van het medisch collectief, waarbij uiteenlopende voorzieningen worden aangereikt aan het medisch collectief.		-Het door het ziekenhuis kosteloos ter beschikking stellen van ondersteunend medisch personeel en/of hulpgoederen (apparatuur, uitrusting, toebehoren) aan het medisch collectief.	Juist, onjuist, weet niet	Survey 20

3.4 Dataverzameling

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, wordt een tweeledige strategie toegepast. Allereerst worden er surveydata verzameld om vast te stellen of er sprake is van effecten van de verschillende integratieve strategieën op de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid. Er worden enquêtes uitgezet over de verschillende deelnemende ziekenhuizen, gericht aan de medisch specialisten werkzaam in het desbetreffende ziekenhuis.

Voor het case study-gedeelte van dit onderzoek zijn interviews gehouden met verschillende medisch specialisten die een bestuurlijke positie bekleden binnen hun ziekenhuis. Aan de hand van interviewdata wordt onderzocht hoe het causale mechanisme verloopt dat de onafhankelijke aan de

afhankelijke variabele koppelt, en welke contextfactoren op de werking van dit mechanisme van invloed zijn.

3.5 Data-analyse

De surveydata worden gebruikt om statistisch de effecten van de verschillende integratieve strategieën op de drie dimensies van de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid te toetsen. De effecten van deze integratieve strategieën op de afhankelijke variabelen zijn directe, enkelvoudige effecten. Derhalve wordt regressieanalyse toegepast om deze effecten te toetsen. Hierbij wordt getoetst of de effecten statistisch significant zijn en de juiste richting volgen. De uitkomsten van de statistische analyse zullen in het volgende hoofdstuk worden gepresenteerd; de toets op de assumpties voor OLS-regressie zijn aanwezig in Appendix 2.

In de interviews worden aan de verschillende respondenten enkele hypothesen voorgelegd, opdat inzicht wordt verkregen in de causale mechanismen die de integratieve strategieën aan de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid koppelen, evenals de omstandigheden waaronder dit causale mechanisme in de praktijk optreedt. De analyse vindt voor vier variabelen plaats aan de hand van de zogenaamde CMO-heuristiek (zie Pawson & Tilley, 2004). Hierbij wordt getracht om te achterhalen wat de verwachte effecten zijn van de geïntroduceerde interventies (prikkel), wat het exacte causale mechanisme is dat deze interventie aan het effect verbindt en onder welke omstandigheden (context) dit mechanisme optreedt. Bij deze analyse ligt derhalve de nadruk op de verandering in gedrag van medici en managers, die volgt op de integratieve strategie die wordt toegepast. Deze methode faciliteert een vergelijking tussen de theoretische aannames omtrent waarom en wanneer een interventie leidt tot een gedragsverandering - aannames die geïntroduceerd zijn in het theoretisch kader - en de praktische inzichten van medisch specialisten, die naar voren zijn gekomen in de interviews. Het doel van deze vergelijkende analyse is niet per definitie het geraken tot sluitende antwoorden omtrent waarom de ene interventie wel werkt en de andere niet. De doelstelling is voornamelijk het exploreren van verschillende factoren en mechanismen die bevindingen uit de surveydata mogelijkwerwijs ondersteunen. De hoeveelheid afgenomen interviews is niet groot genoeg (18) om daadwerkelijk causaliteit te meten. De analyse dient voornamelijk te worden gelezen als een overzicht van verschillende, mogelijkwerwijs optredende mechanismen.

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Ten slotte is het relevant om enkele opmerkingen te plaatsen over de mate van validiteit en betrouwbaarheid in dit onderzoek. De definitie van interne validiteit in dit onderzoek is of daadwerkelijk de effecten van de verschillende integratieve strategieën op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie worden gemeten. Het onderzoeksontwerp bevat elementen die bijdragen aan een hoge interne validiteit. Om de hoofdvraag te beantwoorden, wordt

immers zowel survey- als interviewdata geanalyseerd, wat betekent dat zowel op kwantitatieve als op kwalitatieve wijze de effecten van de verschillende vormen van integratie worden gemeten. In het bijzonder wordt aan de hand van de interviewdata gecheckt of de in de survey gevonden verbanden plausibel zijn. Dit betekent tegelijkertijd dat er multiple databronnen worden geanalyseerd; er vindt zogenaamde datatriangulatie plaats. Bij de surveys worden per respondent slechts enkele variabelen gemeten, maar bij de aanvullende kwalitatieve interviews worden de verschillende casussen ‘thick’ beschreven, wat betekent dat per respondent veel data wordt verzameld, wat bijdraagt aan de interne validiteit van het onderzoek. Bovendien is er derhalve sprake van een holistische analyse van de werkelijkheid. De onderzoekseenheid wordt vanuit meerdere perspectieven onderzocht, waarbij er zowel wordt gekeken naar algemene correlaties als naar onderliggende causale mechanismen en contextfactoren die de werking van deze mechanismen beïnvloeden. Met andere woorden, in dit onderzoek wordt zowel achterhaald of er verbanden zijn en op welke manier deze verbanden werken.

Naast de interne validiteit wordt ook de externe validiteit van dit onderzoek gewaarborgd. Het onderzoek maakt gebruik van een survey, waaraan veel medisch specialisten werkzaam bij Nederlandse algemene ziekenhuizen hebben deelgenomen. Er zijn zowel veel verschillende ziekenhuizen die zich hebben aangemeld voor het onderzoek (N=29), als veel medisch specialisten die de survey vervolgens hebben ingevuld (N=556). Deze hoge respons, in combinatie met de spreiding van de medisch specialisten over verschillende Nederlandse algemene ziekenhuizen, zorgt ervoor dat er mag worden gesproken van een representatieve groep respondenten. Dat zorgt ervoor dat de resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar de populatie van medisch specialisten werkzaam bij Nederlandse algemene ziekenhuizen. Daarbij is er bovendien sprake van een relatief homogene populatie, dat het maken van generalisaties naar deze populatie rechtvaardigt. Door medisch specialisten in dienst van Universitaire Medische Centra en categorale ziekenhuizen niet mee te nemen in het onderzoek, en enkel specialisten werkzaam voor Nederlandse algemene ziekenhuizen als waarnemingseenheid te nemen, ontstaat een relatief homogene populatie waarnaar gegeneraliseerd kan worden.

Het onderzoek kent bovendien een hoge mate van betrouwbaarheid. In de survey wordt de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid gemeten aan de hand van Likert-items, waarvoor geldt dat de betrouwbaarheid relatief hoog is. De onafhankelijke variabelen worden eveneens gemeten aan de hand van gesloten vragen waarop de respondent enkel vrij eenduidig kan antwoorden. Het statistische onderzoek levert per onafhankelijke variabele een overschrijdingskans op, waaruit kan worden afgeleid wat de kans is dat er in de populatie geen sprake is van een effect, terwijl een dergelijk effect wel wordt waargenomen in de steekproef. Deze overschrijdingskansen zijn in de statistische outputtabellen met asteriksen aangegeven. Daarnaast geldt dat de hierboven beschreven triangulatie van bronnen (survey en interviews) relatief groot is. Deze factor draagt bij aan een hogere

betrouwbaarheid. Ten slotte is de survey in Appendix 1 opgenomen, en kunnen de dataset afkomstig uit de survey evenals de volledige interviewtranscripten worden opgevraagd bij de auteur. Het onderzoek is derhalve reproduceerbaar, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komt.

Hoofdstuk 4: empirische analyse survey

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de data-analyse gepresenteerd. Allereerst wordt stilgestaan bij de resultaten van de survey die gehouden is onder medisch specialisten. De verdelingen van de onafhankelijke en afhankelijke variabelen worden nu als eerste gepresenteerd, waarna de via regressieanalyse geschatte effecten op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie worden weergegeven. Vervolgens wordt nader ingegaan op de interessante bevindingen die naar voren kwamen uit de interviews die gehouden zijn met medisch specialisten die een bestuurlijke taak vervullen.

4.1 Beschrijvende statistiek

Voordat de effecten van de onafhankelijke op de afhankelijke variabelen worden gepresenteerd, is het belangrijk om een blik te werpen op de verdelingen van deze variabelen. Begonnen wordt met de verdelingen van de drie variabelen ‘gelijkgerichtheid beleid’, ‘gelijkgerichtheid productie’ en ‘gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid’. Deze variabelen zijn proxyvariabelen voor de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie en zijn gekoppeld aan de verschillende niveaus in de ziekenhuisorganisatie waarop gelijkgerichtheid verwacht wordt. Zoals in het theoretische hoofdstuk wordt aangegeven, kunnen de verwachte effecten van onafhankelijke variabelen op gelijkgerichtheid verschillen over deze niveaus. Voor deze verschillen in verwachtingen wordt verwezen naar het theoretische hoofdstuk.

Deze drie afhankelijke variabelen zijn in de survey gemeten als Likert-items, wat betekent dat de respondenten konden aangeven in hoeverre zij het eens waren met de stelling dat in hun ziekenhuis deze vorm van gelijkgerichtheid aanwezig was, gemeten over een vijfpuntsschaal variërend van ‘zeer oneens’ (1) tot en met ‘zeer eens’ (5). Strikt genomen is er bij deze antwoordcategorieën slechts sprake van een ordinaal meetniveau, maar aangezien er in dit geval sprake was van vijf ordinale categorieën met (in hypothese) ongeveer gelijke afstanden tussen deze categorieën, mag worden gesproken van het zogenaamde ‘interval-like’ meetniveau. Strikt genomen wordt de afhankelijke variabele dus niet op intervalniveau gemeten, maar de indeling van de verschillende categorieën zorgt ervoor dat dit meetniveau alsnog wordt benaderd. Het gevolg hiervan is dat deze drie variabelen dus als continue mogen worden aangemerkt, met als gevolg dat lineaire OLS regressie mogelijk is bij het analyseren van de data.

De belangrijkste beschrijvende statistieken omtrent deze drie variabelen zijn opgenomen in de volgende tabel.

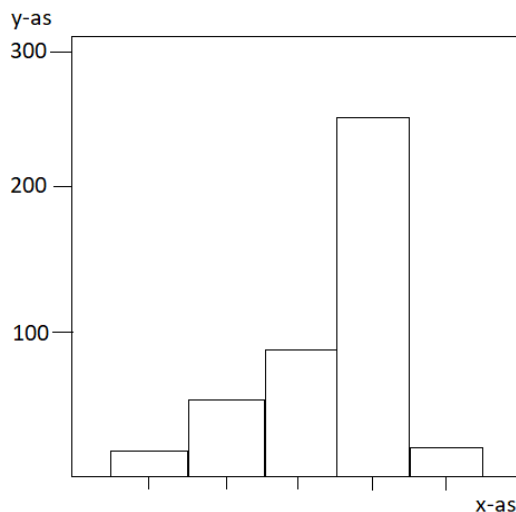
Tabel 2: Beschrijvende statistieken mate van gelijkgerichtheid, Nederland, 2019

	Valide N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
Gelijkgerichtheid beleid	428	1.00	5.00	3.48	0.904
Gelijkgerichtheid productie	420	1.00	5.00	3.12	0.973
Gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid	424	1.00	5.00	3.55	0.954

Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.

De tabel laat zien dat de scores op de variabelen variëren van zeer oneens tot en met zeer eens. Ook de gemiddelde scores en de bijbehorende standaardafwijkingen worden weergegeven. Kijkend naar deze gemiddelde scores valt op dat het gemiddelde van de variabele ‘gelijkgerichtheid beleid’ met 3.48 relatief hoog ligt. Opvallend is eveneens dat het gemiddelde van de variabele ‘gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid’ veel hoger ligt dan het gemiddelde van de variabele ‘gelijkgerichtheid productie’. Dit duidt op een hogere mate van gelijkgerichtheid tussen medisch collectief en ziekenhuis op het gebied van kwaliteit en veiligheid dan op het gebied van productie. Dit verschil is logisch verklaarbaar, gelet de in het tweede hoofdstuk beschreven belangenverschillen tussen dokters en ziekenhuis op het gebied van productie.

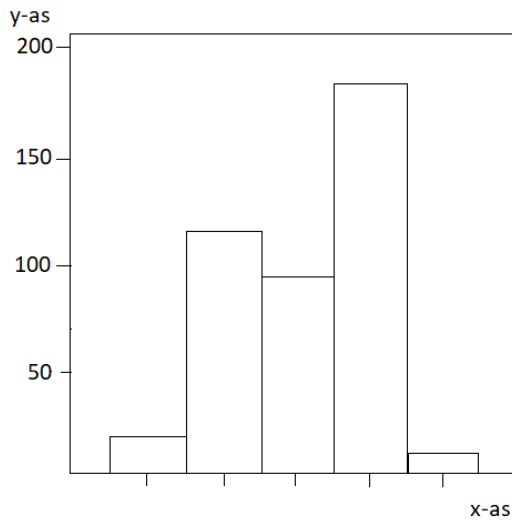
Onderstaand zijn de frequentieverdelingen van deze drie variabelen weergegeven als histogram. Allereerst volgt het histogram van de variabele ‘gelijkgerichtheid beleid’. Op de x-as is hierbij de variatie weergegeven, met van links naar rechts: ‘zeer oneens’, ‘oneens’, ‘neutraal’, ‘eens’ en ‘zeer eens’. Op de y-as is de hoeveelheid respondenten weergegeven die de betreffende antwoordcategorie hebben gescoord.



Figuur 1: histogram gelijkgerichtheid in beleid

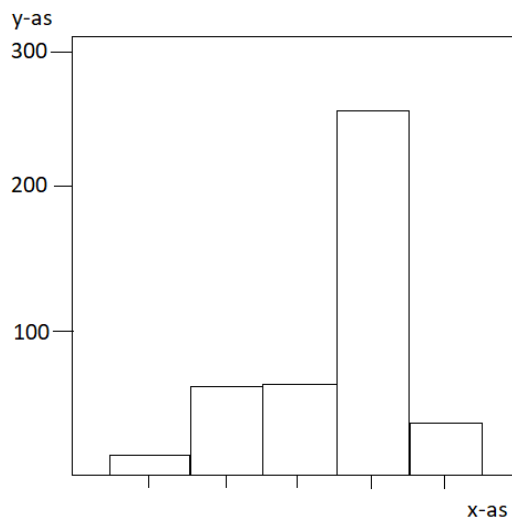
Uit dit histogram blijkt duidelijk dat deze verdeling linksscheef is, wat betekent dat de modus (‘zeer eens’) hoger ligt dan het gemiddelde. Dit geldt niet voor de variabele ‘gelijkgerichtheid productie’, die

juist meer de kenmerken van een normale verdeling benadert. De modus is nog steeds ‘zeer eens’, maar de spreiding is gelijkjer over de antwoordcategorieën.



Figuur 2: histogram gelijkgerichtheid in productie

Ten slotte geldt ook voor de variabele ‘gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid’ dat er sprake is van linksscheefheid. De modus bij deze categorie is wederom ‘zeer eens’. Respondenten scoorden hoger op deze variabele dan dat verwacht zou worden volgens de kenmerken van de normale verdeling.



Figuur 3: histogram gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid

4.2 Beschrijvende statistieken onafhankelijke variabelen

Nu wij een beeld hebben van de verdeling van de afhankelijke variabelen, is het belangrijk om stil te staan bij de onafhankelijke variabelen. Alle onafhankelijke variabelen, behoudens de controlevariabelen, zijn categorisch en worden gemeten op nominaal meetniveau. De volgende tabel laat van deze categorische onafhankelijke variabelen zien hoe veel mensen de vraag hebben beantwoord. Ook wordt aangegeven welke categorie aangemerkt kan worden als de modus.

Tabel 3: Descriptieve statistieken predictorvariabelen, Nederland, 2019

	Valide N	Modus
Status medisch specialist	430	Vrijgevestigd
Hoeveelheid MSB's	430	Één MSB
Indien één MSB, wie zit erin?	323	Alle vrijgevestigde medisch specialisten
Indien meerdere MSB's, wie zit erin?	46	Enkel vrijgevestigde medisch specialisten
Joint venture	430	Geen participatie in joint venture
Bestuurlijke positie	429	Geen bestuurlijke positie
Consultatie bestuurlijke besluiten	428	Wel consultatie
Bestuurlijke administratieve taken	429	Geen bestuurlijke administratieve taken
Aanstelling bestuurlijke administratieve taken	180	Het ziekenhuis
Delen van winsten en risico's	429	Wel delen van winsten en risico's
Pay-for-Performance	430	Geen pay-for-performance
Verzekering	430	Wel verzekering
Tijdelijk in loondienst ziekenhuis	430	Niet tijdelijk in loondienst
Doorontwikkeling medisch specialist	430	Wel doorontwikkelings-initiatieven
Kosteloos aanbieden faciliteiten	430	Wel aangeboden
Ketenzorg	430	Niet werkzaam voor ketenzorginstituut
Indien werkzaam voor ketenzorginstituut, door wie bestuurd?	150	Het ziekenhuis en het medisch collectief gezamenlijk
Druk toetreding tot vakgroep	430	Geen druk
Druk op verwijzers	428	Wel druk
Druk op patiënten	427	Wel druk

Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.

4.3 Beschrijvende statistieken controlevariabelen

Ten slotte worden nog enkele beschrijvende statistieken gepresenteerd van de vier controlevariabelen die worden meegenomen in de analyse. Deze controlevariabelen zijn afgeleid uit de antwoorden van respondenten op surveyvragen. De variabelen zijn de tijd dat een respondent werkzaam is bij zijn of haar ziekenhuis (ratio meetniveau), de leeftijd van de respondent in vijf categorieën (ordinaal meetniveau), het geslacht van de respondent en het ziekenhuis waarvoor zij werkzaam is (beiden nominaal meetniveau). Gelet de verschillen in meetniveau zijn per variabele verschillende beschrijvende maten relevant. Deze maten worden derhalve in drie verschillende tabellen weergegeven:

Tabel 4: Descriptieve statistieken controlevariabelen, Nederland, 2019

	Valide <i>N</i>	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard- afwijking
Tijd werkzaam bij ziekenhuis	373	0.00	35.00	11.75	7.458

Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.

Deze tabel laat zien dat de tijd waarin de respondent werkzaam is in een ziekenhuis varieert tussen de 0 (de respondent is onlangs in dienst getreden) en 35 jaar. Respondenten zijn gemiddeld elf jaar en negen maanden in dienst van hun ziekenhuis, al moet er rekening worden gehouden met een relatief grote standaardafwijking van bijna 7,5 jaar.

Tabel 5: Descriptieve statistieken controlevariabelen, Nederland, 2019

	Valide <i>N</i>	Minimum	Maximum	Modus	Mediaan
Leeftijd	429	<35	>65	35--<45	45--<55

Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.

De verschillende categorieën waarin de leeftijd van een respondent kan vallen zijn <35, 35 tot 45, 45 tot 55, 55 tot 65 en >65. Uit deze tabel kan worden afgeleid dat de meeste respondenten tussen de 35 en 45 jaar oud zijn. De waarneming waar 50 procent van de op rangorde geplaatste waarnemingen zich onder bevinden, bevindt zich in de categorie 45 tot 55 jaar.

Tabel 6: Descriptieve statistieken controlevariabelen, Nederland, 2019

	Valide <i>N</i>	Modus
Geslacht	427	Man
Welk ziekenhuis	438	Anoniem

Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.

Uit deze tabel kan worden opgemaakt dat de meeste respondenten van het mannelijke geslacht zijn. Ook hebben relatief de meeste respondenten ervoor gekozen om anoniem te blijven in dit onderzoek.

4.4 Effecten van economische- en non-economische integratie

Aangezien er drie verschillende proxyvariabelen zijn die de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie proberen vast te stellen, is het ook noodzakelijk om driemaal de regressieanalyse uit te voeren, iedere keer met een andere proxyvariabele als afhankelijke variabele. In de eerste tabel is deze regressieanalyse uitgevoerd op de variabele ‘gelijkgerichtheid beleid’, in de tweede tabel op de variabele ‘gelijkgerichtheid productie’ en in de derde tabel op de variabele ‘gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid’. De verschillende scores van respondenten op deze variabelen leveren verschillende schattingen van de effecten op.

Per tabel is zichtbaar dat op iedere afhankelijke variabele vier modellen zijn geschat. Deze modellen zijn telkens genest, waarbij het eerste model het minst gecompliceerde model is (d.w.z. met de minste onafhankelijke variabelen) en het vierde model het meest gecompliceerde model is (d.w.z. met de meeste onafhankelijke variabelen). In het eerste model zijn telkens de belangrijkste variabelen die behoren tot de categorie economische integratie opgenomen, namelijk de status van de medisch specialist en de hoeveelheid MSB's in het ziekenhuis. In het tweede model wordt dit model aangevuld met de overige vormen van economische integratie. In het derde model wordt het model verder uitgebreid met de vormen van non-economische integratie, namelijk of de medisch specialist bestuurlijke taken vervult. In het vierde model worden ten slotte alle controlevariabelen toegevoegd.

Niet alle effecten van onafhankelijke variabelen worden geschat via dit model. Sommige effecten zijn immers in de survey gemeten via routingvragen, wat betekent dat respondenten de betreffende vraag enkel te zien kregen als zij op een eerdere vraag een bepaald antwoord hadden gegeven. De effecten van deze variabelen worden gemeten via point-biserial correlations; Pearson correlaties tussen een dichotome onafhankelijke variabele en een continue afhankelijke variabele (zie Field, 2013, pp.297-280). De effecten van de variabele eigenaarschap ziekenhuis kunnen helaas niet worden gemeten. De verschillende categorieën wijzend op eigenaarschap van het ziekenhuis of van een aan het ziekenhuis gelieerde instantie bevatten slechts zo weinig cases, dat een valide interpretatie van het effect van de onafhankelijke variabele niet langer mogelijk is. Deze variabele wordt derhalve uit de analyse verwijderd; deze hypothese kan niet via de survey worden getoetst. Missing values op de onafhankelijke variabelen zijn verholpen via mean imputation. Er is bewust niet voor listwise dan wel pairwise deletion gekozen, omdat anders er te veel cases met bruikbare data uit de analyse verwijderd zouden worden. De regressietabel voor de variabele 'gelijkgerichtheid beleid' wordt allereerst gepresenteerd.

Tabel 7: Lineaire (OLS) regressieschattingen van gelijkgerichtheid beleid op economische en non-economische integratie, missings = mean imputation (N=438, na deletion 116 cases)
Nederland, 2019

Model	1 b	2 b	3 b	4 b
Intercept (constant)	3.475*** (0.063)	3.027*** (0.193)	2.999*** (0.193)	2.912*** (0.217)
Status medisch specialist (dummy)				
Vrijgevestigd Loondienst	Referentie 0.091 (0.096)	Referentie 0.035 (0.155)	Referentie 0.047 (0.154)	Referentie 0.028 (0.157)
Loondienst MSB	-0.134 (0.165)	-0.118 (0.170)	-0.051 (0.171)	-0.073 (0.173)
Anders	0.049 (0.283)	0.090 (0.286)	0.133 (0.284)	0.193 (0.287)
Hoeveelheid MSB's (dummy)				
Één MSB	Referentie	Referentie	Referentie	Referentie
Meer MSB's	-0.273 (0.142)	-0.141 (0.144)	-0.189 (0.143)	-0.185 (0.143)
Geen MSB's	0.138 (0.169)	0.082 (0.184)	0.091 (0.183)	0.118 (0.184)
Joint venture (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		0.270 (0.240)	0.226 (0.239)	0.276 (0.245)
Administratieve taken (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		-0.053 (0.086)	-0.142 (0.092)	-0.121 (0.095)
Delen winsten en risico's (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		-0.018 (0.145)	-0.022 (0.144)	-0.016 (0.145)
Pay-for-performance (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		0.137 (0.106)	0.146 (0.106)	0.169 (0.107)
Tijdelijk in loondienst ziekenhuis (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		-0.016 (0.186)	0.023 (0.185)	0.026 (0.190)
Persoonlijke aansprakelijkheidsverzekering (dummy)				
Wel		Referentie	Referentie	Referentie
Niet		-0.274 (0.176)	-0.273 (0.174)	-0.316 (0.176)
Leertraject aangeboden door ziekenhuis (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		0.277** (0.089)	0.217* (0.092)	0.218* (0.093)

Druk om toe te treden tot vakgroep (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	-0.242 (0.149)	-0.252 (0.148)	-0.227 (0.148)
Druk op verwijzers (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.188 (0.107)	0.161 (0.106)	0.138 (0.106)
Druk op patiënten (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.082 (0.092)	0.043 (0.092)	0.061 (0.095)
Kosteloos faciliteren medisch specialist (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.242* (0.095)	0.238* (0.094)	0.217* (0.095)
Bestuurlijke positie (dummy)			
Niet		Referentie	Referentie
Wel		0.272* (0.116)	0.295* (0.118)
Consultatie bestuurlijke besluiten (dummy)			
Niet		Referentie	Referentie
Wel		0.140 (0.100)	0.163 (0.101)
Tijd in dienst ziekenhuis			
			0.012 (0.009)
Geslacht (dummy)			
Man			Referentie
Vrouw			0.035 (0.092)
Anders			0.230 (0.625)
Wil niet zeggen			0.201 (0.405)
Leeftijd (dummy)			
<35			0.424* (0.211)
35--<45			Referentie
45--<55			-0.228* (0.110)
55--<65			-0.152 (0.169)
65>			-0.341 (0.379)
Welk ziekenhuis (dummy)			
Niet anoniem			Referentie
Anoniem			0.022 (0.099)

<i>Adjusted R²</i>	0.060	0.076	0.080
<i>F</i>	2.746***	2.989***	2.413***
<i>R² change</i>		0.019	0.023
<i>F change</i>	3.293***	4.564*	1.231
<i>N</i>	438	438	438

b ongestandaardiseerde coëfficiënt

Standaardfout tussen haakjes

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; (tweezijdig)

Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.

Goodness of fit

Voordat de individuele coëfficiënten worden behandeld, en er uitspraken worden gedaan over de hypothesen, wordt allereerst de zogenaamde ‘goodness of the fit’ van de modellen beoordeeld: gekeken wordt of de vier modellen significant meer variantie in de afhankelijke variabele verklaren dan het model zonder onafhankelijke variabelen erin, oftewel het model met enkel het gemiddelde. Getoetst wordt derhalve of de R^2 van de modellen significant groter is dan 0. In deze modellen wordt de F-test gebruikt om hierover uitspraken te kunnen doen. Zoals zichtbaar is in de tabel, is de F-waarde van het eerste model niet statistisch significant. Dit betekent dat het eerste model in de populatie niet significant meer variantie verklaart dan het model met enkel het gemiddelde. Het eerste model is dus geen goed model. De F-waarde is wel statistisch significant bij het tweede, derde en vierde model. Dit betekent dat het tweede model in de populatie meer variantie in de afhankelijke variabele verklaart dan het model zonder onafhankelijke variabelen erin. Ook het derde en het vierde model verklaren in de populatie meer variantie in de afhankelijke variabele dan het model zonder onafhankelijke variabelen erin. Het tweede, derde en vierde model zijn dus betere modellen dan het meest eenvoudige model, met enkel het gemiddelde erin.

De toegevoegde waarde van deze modellen is dus significant, maar niet uiterst hoog. De adjusted R^2 houdt er rekening mee dat de R^2 in principe sowieso stijgt als er meer onafhankelijke variabelen worden toegevoegd aan het model. De adjusted R^2 is dan ook in het eerste model niet groot, en wordt in het meest gecompliceerde model niet groter dan 8,0 procent, wat uiteraard duidt op relatief weinig verklaarde variantie door dit model. Dat betekent dat de variabelen uit deze modellen bij elkaar slechts beperkte variantie verklaren in de afhankelijke variabele.

De R^2_{change} vergelijkt de verschillende modellen ten opzichte van elkaar. Het beschouwt niet of bijvoorbeeld het derde model significant meer variantie verklaart dan het meest eenvoudige model met enkel het gemiddelde, maar of het derde model significant meer variantie verklaart dan het tweede model. Zoals in de tabel kan worden afgelezen, neemt de R^2_{change} altijd toe ten opzichte van het voorgaande model. Dat betekent dat in de steekproef het gecompliceerdere model voor de waarde van de R^2_{change} meer variantie in de afhankelijke variabele verklaart. Echter, is deze extra verklaarde variantie ook statistisch significant? Dat wordt in dit onderzoek getoetst via de F_{change} waarde. Als deze waarde statistisch significant is, verklaart het model in de populatie meer variantie dan het voorgaande

model. Zoals uit de tabel kan worden afgelezen, zijn enkel de F_{change} waarden van het tweede ($p < 0.001$) en het derde model ($p < 0.05$) statistisch significant. Dat betekent dat enkel het tweede model ten opzichte van het eerste en het derde ten opzichte van het tweede model in de populatie meer variantie verklaart. Het eerste model verklaart niet meer variantie dan het meest eenvoudige model met enkel het gemiddelde (dit is hetzelfde als de reguliere F-test) en het vierde model verklaart niet significant meer variantie dan het derde model.

Hypothesetoetsen

De in hoofdstuk 2 geformuleerde hypothesen worden getoetst bevatten ieder een effect van de desbetreffende predictorvariabele op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. Bij hypothesetoetsing is het gebruikelijk om deze geformuleerde alternatieve hypothese te toetsen ten opzichte van een nulhypothese, die veronderstelt dat er in de populatie juist géén effect van de predictorvariabele optreedt. Significante waarden in de bovenstaande tabel duiden derhalve erop dat de nulhypothese wordt verworpen en dat de bijbehorende alternatieve hypothese wordt aangenomen. Wanneer er geen significantie van de b-coëfficiënt optreedt, levert de data geen ondersteunend bewijs voor de alternatieve hypothese en blijft de nulhypothese voorlopig behouden.

Zoals uit de bovenstaande tabel blijkt, worden er voor vier variabelen statistisch significante resultaten gevonden. De eerste variabele waarvoor significante resultaten gelden, is ‘leertraject aangeboden door het ziekenhuis’. Deze variabele is meegenomen in het tweede, derde en vierde model. In het tweede model bedraagt deze significante b-waarde 0.277 ($p < 0.01$), in het derde model 0.217 ($p < 0.05$) en in het vierde model 0.218 ($p < 0.05$). Op basis van deze gegevens wordt er bewijs geleverd dat er in de populatie sprake is van een effect van het door het ziekenhuis aan medisch specialisten aanbieden van een leertraject; de nulhypothese, die stelt dat er geen sprake is van een effect in de populatie, mag worden verworpen. De interpretatie van de b-coëfficiënten is als volgt: controlerend voor de effecten van alle andere predictorvariabelen op gelijkgerichtheid in beleid, geldt dat de gemiddelde score van medisch specialisten die door het ziekenhuis worden benaderd om deel te nemen aan een leertraject op gelijkgerichtheid in beleid 0.277 (of 0.217, of 0.218) hoger is dan bij medisch specialisten die hier niet voor worden benaderd door het ziekenhuis. Er wordt derhalve ondersteunend bewijs geleverd voor hypothese 12a.

De tweede variabele die statistisch significante resultaten vertoont, is het ‘kosteloos faciliteren van medisch specialisten’. Ook deze variabele is meegenomen in het tweede, derde en vierde geschatte model. De schattingen van de b-coëfficiënten bedragen 0.242 (model 2), 0.238 (model 3) en 0.217 (model 4). Deze b-coëfficiënten zijn allen significant bij $p < 0.05$. De conclusie luidt dat controlerend voor de effecten van de andere predictorvariabelen, de gemiddelde score van medisch specialisten op gelijkgerichtheid in beleid 0.242 (of 0.238 of 0.217) hoger is indien zij door het ziekenhuis kosteloos

worden gefaciliteerd bij het uitvoeren van hun professie. De nulhypothese, die stelt dat er geen sprake is van een effect, mag worden verworpen. De data leveren derhalve ondersteunend bewijs voor hypothese 18a.

Ook de variabele ‘Bestuurlijke positie’ laat statistisch significante resultaten zien. Deze variabelen is alleen in model 3 en 4 meegenomen. In model 3 bedraagt de b-coëfficiënt 0.272 en in model 3 0.295. Deze waarden zijn statistisch significant bij $p < 0.05$. Daarom mag worden geconcludeerd dat medisch specialisten die eveneens een bestuurlijke positie bekleden, controlerend voor de effecten van de andere in de modellen opgenomen predictors, een gemiddelde score op gelijkgerichtheid in beleid heeft die 0.272 (of 0.295) hoger ligt dan de gemiddelde score van medisch specialisten die geen bestuurlijke positie bekleden. De dummyvariabele ‘Bestuurlijke positie’ is echter slechts één van de twee indicatoren die nodig is om hypothese 17a te toetsen. De andere indicator, ‘Consultatie bestuurlijke besluiten’, vertoont geen statistische significantie. De data vertonen derhalve geen eenduidig bewijs voor hypothese 17a. De nulhypothese wordt derhalve niet verworpen; hypothese 17a kan niet worden aangenomen.

Ook de variabele ‘leeftijd’ vertoont op twee categorieën statistisch significante resultaten. Echter, omdat dit een controlevariabele betreft, waar geen theoretische assumpties achter zitten, kunnen deze gegevens niet zinvol worden geïnterpreteerd. Alle andere variabelen die in de vier modellen zijn meegenomen, vertonen geen significante waarden. Dat betekent dat er geen ondersteunend bewijs wordt geleverd voor de overige hypothesen met als afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in beleid die in hoofdstuk 2 zijn aangedragen.

Tabel 8: Lineaire (OLS) regressieschattingen van gelijkgerichtheid productie op economische en non-economische integratie, missings = mean imputation (N=438, na deletion 116 cases)
Nederland, 2019

Model	1	2	3	4
	b	b	b	b
Intercept (constant)	3.062*** (0.067)	2.617*** (0.202)	2.599*** (0.203)	2.542*** (0.229)
Status medisch specialist (dummy)				
Vrijgevestigd	Referentie	Referentie	Referentie	Referentie
Loondienst	0.113 (0.103)	0.038 (0.163)	0.049 (0.162)	0.052 (0.165)
Loondienst MSB	-0.033 (0.177)	0.038 (0.178)	0.089 (0.179)	0.051 (0.182)
Anders	0.195 (0.303)	0.236 (0.299)	0.272 (0.298)	0.283 (0.302)
Hoeveelheid MSB's (dummy)				
Één MSB	Referentie	Referentie	Referentie	Referentie
Meer MSB's	0.053 (0.152)	0.169 (0.150)	0.132 (0.151)	0.152 (0.151)
Geen MSB's	0.055 (0.181)	-0.068 (0.193)	-0.064 (0.192)	-0.089 (0.194)
Joint venture (dummy)				

Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.207 (0.252)	0.175 (0.251)	0.189 (0.258)
Administratieve taken (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	-0.026 (0.090)	-0.092 (0.097)	-0.078 (0.100)
Delen winsten en risico's (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	-0.125 (0.151)	-0.126 (0.151)	-0.111 (0.153)
Pay-for-performance (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.418*** (0.111)	0.426*** (0.111)	0.444*** (0.112)
Tijdelijk in loondienst ziekenhuis (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.003 (0.195)	0.033 (0.194)	0.097 (0.200)
Persoonlijke aansprakelijkheidsverzekering (dummy)			
Wel	Referentie	Referentie	Referentie
Niet	-0.546** (0.184)	-0.546** (0.183)	-0.557** (0.185)
Leertraject aangeboden door ziekenhuis (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.327** (0.093)	0.283** (0.096)	0.272** (0.098)
Druk om toe te treden tot vakgroep (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.031 (0.156)	0.022 (0.155)	0.055 (0.156)
Druk op verwijzers (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.026 (0.111)	0.004 (0.111)	-0.028 (0.112)
Druk op patiënten (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.051 (0.096)	0.020 (0.097)	0.032 (0.100)
Kosteloos faciliteren medisch specialist (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.361*** (0.100)	0.358*** (0.099)	0.347** (0.100)

Bestuurlijke positie (dummy)			
Niet		Referentie	Referentie
Wel		0.232*	0.211
		(0.122)	(0.124)
Consultatie bestuurlijke besluiten (dummy)			
Niet		Referentie	Referentie
Wel		0.092	0.110
		(0.105)	(0.106)
Tijd in dienst ziekenhuis			0.016
			(0.010)
Geslacht (dummy)			
Man			Referentie
Vrouw			-0.005
			(0.097)
Anders			-0.023
			(0.658)
Wil niet zeggen			-0.123
			(0.427)
Leeftijd (dummy)			
<35			0.345
			(0.222)
35--<45			Referentie
45--<55			-0.156
			(0.116)
55--<65			-0.233
			(0.178)
65>			-0.070
			(0.399)
Welk ziekenhuis (dummy)			
Niet anoniem			Referentie
Anoniem			-0.185
			(0.104)
<i>Adjusted R²</i>	0.095	0.102	0.104
<i>F</i>	3.873***	3.760***	2.872***
<i>R² change</i>		0.011	0.020
<i>F change</i>	5.387***	2.624	1.082
<i>N</i>	438	438	438

b ongestandaardiseerde coëfficiënt

Standaardfout tussen haakjes

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; (tweezijdig)

Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.

Goodness of fit

Allereerst wordt stilgestaan bij de vraag of de verschillende modellen meer variantie in de afhankelijke variabele verklaren dan het meest eenvoudige model zonder onafhankelijke variabelen. Dit wordt getoetst via de F-test. De F-waarde is statistisch significant ($p < 0.001$) bij model 2, 3 en 4. Dit betekent dat het tweede, het derde en het vierde model significant meer variantie verklaren in de afhankelijke variabele dan het meest eenvoudige model. De F-waarde bij het eerste model is echter niet statistisch

significant. Het eerste model verklaart in de populatie dus niet meer variantie in de afhankelijke variabele dan het model zonder onafhankelijke variabelen erin.

De adjusted R^2 is bij deze modellen iets hoger dan bij de variabele gelijkgerichtheid beleid, maar blijft nog steeds relatief laag. Het vierde model verklaart 10.4 procent van de variantie in de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in productie, maar is nog steeds vrij laag gelet de grote hoeveelheid onafhankelijke variabelen die zijn opgenomen in deze modellen. De R^2 stijgt weliswaar bij ieder model, wat de R^2_{change} waarde laat zien. Echter, de F_{change} toets toont aan dat deze stijging in de R^2 enkel statistisch significant is bij het tweede model ten opzichte van het eerste model.

Hypothesetoetsen

Ten opzichte van het model dat als afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in beleid had, zijn er in dit model twee additionele predictorvariabelen statistisch significant, namelijk 'Pay-for-performance' en 'persoonlijke aansprakelijkheidsverzekering'. Net zoals bij de vorige tabel worden ook ditmaal alle gevonden effecten uitgelicht en worden conclusies getrokken over de bijbehorende hypothesen.

Allereerst worden de effecten van de predictorvariabele 'Pay-for-performance' besproken. Deze variabele is meegenomen in het tweede, derde en vierde model. De b-waarde bedraagt in model 2 0.418, in model 3 0.426 en in model 4 0.444. In al deze modellen is de p-waarde die bij deze b-coëfficiënten behoort kleiner dan 0.001, wat betekent dat er sprake is van statistische significantie. De nulhypothese, die stelt dat er geen effect van het toepassen van het pay-for-performancemodel is, wordt derhalve verworpen. De b-waarden mogen als volgt worden geïnterpreteerd: controlerende voor de effecten van de andere predictorvariabelen, is de gemiddelde score op de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in productie 0.418 (0.426/0.444) hoger voor medisch specialisten die financieel beloond worden volgens het pay-for-performancemodel dan voor medisch specialisten waarvoor dit niet geldt. De data verlenen derhalve steun voor hypothese 9b.

Ook de effecten van de predictorvariabele 'Persoonlijke aansprakelijkheidsverzekering' zijn statistisch significant. Vanwege de grootte van de verschillende categorieën is ervoor gekozen om de categorie die beschikt over een aansprakelijkheidsverzekering aangeboden door het ziekenhuis als referentiecategorie te nemen, en de categorie die een dergelijke verzekering niet heeft als dummy te coderen. Deze variabele is wederom opgenomen in het tweede, derde en vierde model. In het tweede model bedraagt de b-waarde -0.546, in het derde model ook -0.546 en in het vierde model -0.557. In deze modellen is deze b-waarde steeds statistisch significant bij $p < 0.01$. De nulhypothese, die stelt dat er geen sprake is van een effect van een persoonlijke aansprakelijkheidsverzekering op gelijkgerichtheid in productie, wordt derhalve verworpen. De b-waarden mogen als volgt worden geïnterpreteerd: controlerend voor de effecten van de overige in de modellen opgenomen predictorvariabelen, is de gemiddelde score van medisch specialisten die geen aansprakelijkheidsverzekering aangeboden hebben gekregen van het ziekenhuis 0.546 (0.546/0.557)

lager op de variabele gelijkgerichtheid in productie dan de score van medisch specialisten die een dergelijke aansprakelijkheidsverzekering wel aangeboden hebben gekregen. Hypothese 11b wordt derhalve door deze data ondersteund.

De effecten van de variabele ‘Leertraject aangeboden door ziekenhuis’ zijn ook statistisch significant bij de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in productie. De variabele is meegenomen in model 2, 3 en 4. De geschatte b-coëfficiënten bedragen 0.327 (model 2), 0.283 (model 3) en 0.272 (model 4). Deze geschatte waarden zijn allen steeds significant bij $p < 0.01$. De nulhypothese die niet uitgaat van een effect van het leertraject op gelijkgerichtheid in productie wordt derhalve verworpen. De interpretatie luidt als volgt: controlerende voor de effecten van de overige predictorvariabelen die zijn opgenomen in de modellen, geldt dat de gemiddelde score op gelijkgerichtheid in productie voor medisch specialisten die wel door het ziekenhuis benaderd worden om deel te nemen aan projecten, leergangen, symposia of andere initiatieven om zichzelf verder te ontwikkelen in zijn of haar professie 0.327 (0.283/0.272) hoger ligt dan voor medisch specialisten die een dergelijke uitnodiging door het ziekenhuis niet ontvangen. Er wordt derhalve ondersteuning geleverd voor hypothese 12b.

De variabele ‘Kosteloos faciliteren van medisch specialisten’ vertoont ook significante waarden. De b-coëfficiënt bedraagt in model 2 0.361 ($p < 0.001$), in model 3 0.358 ($p < 0.001$) en in model 4 0.347 ($p < 0.01$). De nulhypothese wordt wederom verworpen. Geconcludeerd kan worden dat medisch specialisten die bij het uitvoeren van hun werkzaamheden kosteloos gefaciliteerd worden door het ziekenhuis gemiddeld 0.361 (0.358/0.347) hoger scoren op de variabele gelijkgerichtheid in productie dan medisch specialisten die niet kosteloos worden gefaciliteerd. Deze data leveren ondersteunend bewijs voor hypothese 18b.

Ten slotte laat de variabele ‘Bestuurlijke positie’ significante resultaten zien in model 3, maar niet in model 4. De b-coëfficiënt in model 3 bedraagt 0.232 en is significant bij $p < 0.05$, terwijl de b-coëfficiënt in model 4 (0.211) niet langer statistisch significant is. Geconcludeerd kan worden dat er geen sprake is van een effect, want het effect dat in model 3 wordt gevonden wordt in het vierde model wegverklaard door de toegevoegde controlevariabelen. De nulhypothese wordt niet verworpen. Er wordt geen steun geleverd voor hypothese 17b.

Alle andere hypothesen worden eveneens niet ondersteund door deze data. Naast de genoemde b-coëfficiënten zijn er geen statistisch significante effecten gevonden op basis van de geschatte modellen. De andere hypothesen worden dus niet door de data ondersteund.

Tabel 9: Lineare (OLS) regressieschattingen van gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid op economische en non-economische integratie, missings = mean imputation (N=438, na deletion 116 cases)
Nederland, 2019

Model	1	2	3	4
-------	---	---	---	---

	b	b	b	b
Intercept (constant)	3.567*** (0.066)	2.991*** (0.204)	2.995*** (0.204)	2.987*** (0.230)
Status medisch specialist (dummy)				
Vrijgevestigd Loondienst	Referentie -0.025 (0.101)	Referentie 0.080 (0.164)	Referentie 0.102 (0.163)	Referentie 0.122 (0.166)
Loondienst MSB	-0.333 (0.173)	-0.255 (0.180)	-0.281 (0.181)	-0.233 (0.183)
Anders	0.247 (0.297)	0.315 (0.301)	0.365 (0.300)	0.433 (0.303)
Hoeveelheid MSB's (dummy)				
Één MSB	Referentie	Referentie	Referentie	Referentie
Meer MSB's	0.001 (0.149)	0.081 (0.151)	0.045 (0.151)	0.052 (0.152)
Geen MSB's	0.142 (0.178)	-0.024 (0.194)	-0.033 (0.193)	-0.048 (0.195)
Joint venture (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		0.193 (0.254)	0.177 (0.253)	0.173 (0.259)
Administratieve taken (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		-0.026 (0.091)	-0.072 (0.098)	-0.060 (0.100)
Delen winsten en risico's (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		0.195 (0.153)	0.207 (0.152)	0.230 (0.153)
Pay-for-performance (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		0.128 (0.112)	0.140 (0.112)	0.154 (0.113)
Tijdelijk in loondienst ziekenhuis (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		0.118 (0.196)	0.148 (0.196)	0.211 (0.200)
Persoonlijke aansprakelijkheidsverzekering (dummy)				
Wel		Referentie	Referentie	Referentie
Niet		-0.119 (0.186)	-0.123 (0.185)	-0.161 (0.176)
Leertraject aangeboden door ziekenhuis (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie
Wel		0.351*** (0.094)	0.323** (0.097)	0.313** (0.098)
Druk om toe te treden tot vakgroep (dummy)				
Niet		Referentie	Referentie	Referentie

Wel	-0.068 (0.157)	-0.080 (0.156)	-0.052 (0.157)
Druk op verwijzers (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	-0.007 (0.112)	-0.030 (0.112)	-0.068 (0.112)
Druk op patiënten (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	-0.016 (0.097)	-0.050 (0.098)	-0.054 (0.100)
Kosteloos faciliteren medisch specialist (dummy)			
Niet	Referentie	Referentie	Referentie
Wel	0.311** (0.100)	0.308** (0.100)	0.293** (0.101)
Bestuurlijke positie (dummy)			
Niet		Referentie	Referentie
Wel		0.311* (0.123)	0.309* (0.125)
Consultatie bestuurlijke besluiten (dummy)			
Niet		Referentie	Referentie
Wel		-0.010 (0.106)	0.005 (0.106)
Tijd in dienst ziekenhuis			0.015 (0.010)
Geslacht (dummy)			
Man			Referentie
Vrouw			-0.089 (0.097)
Anders			-0.323 (0.660)
Wil niet zeggen			0.000 (0.428)
Leeftijd (dummy)			
<35			0.414 (0.223)
35--<45			Referentie
45--<55			-0.214 (0.117)
55--<65			-0.255 (0.179)
65>			0.045 (0.401)
Welk ziekenhuis (dummy)			
Niet anoniem			Referentie
Anoniem			-0.105 (0.105)
<i>Adjusted R²</i>	0.053	0.063	0.069
<i>F</i>	2.521**	2.631***	2.201**
<i>R² change</i>		0.014	0.025
<i>F change</i>	3.103***	3.289*	1.306

<i>N</i>	438	438	438
b ongestandaardiseerde coëfficiënt			
Standaardfout tussen haakjes			
* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; (tweezijdig)			
Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.			

Goodness of fit

Opnieuw wordt allereerst stilgestaan bij de mate waarop het model goed aansluit bij de data. Daarvoor wordt begonnen met de F-test. Zoals in de bovenstaande tabel zichtbaar is, is de F-waarde bij het eerste model niet statistisch significant. Dit betekent dat het eerste model in de populatie niet meer variantie in de afhankelijke variabele verklaart dan het meest eenvoudige model, zonder onafhankelijke variabelen en met enkel het gemiddelde erin. De F-waarde van het tweede model is wel significant, namelijk bij $p < 0.01$. De F-waarde van het derde model is zelfs significant bij $p < 0.001$; de F-waarde van het vierde model is opnieuw significant bij $p < 0.01$. Geconcludeerd kan derhalve worden dat zowel het tweede, het derde als het vierde model betere modellen zijn dan het meest eenvoudige model zonder onafhankelijke variabelen. Deze modellen verklaren significant meer variantie in de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid.

De Adjusted R^2 stijgt per model, zoals kan worden afgelezen in de bovenstaande tabel. Echter, vergeleken met de modellen geschat op de voorgaande twee afhankelijke variabelen wordt relatief weinig variantie in de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid verklaard. In het meest gecompliceerde model, model 4, bedraagt de adjusted R^2 immers slechts 6.9 procent, wat vrij laag is gelet de hoeveelheid onafhankelijke variabelen in dit vierde model.

Zoals uit de R^2_{change} kan worden afgelezen, stijgt de R^2 dus per model. Echter, de waarden van de F_{change} en de bijbehorende p-waarde laten zien dat deze stijging in verklaarde variantie in de afhankelijke variabele enkel significant is bij het tweede model ten opzichte van het eerste model ($p < 0.001$) en het derde model ten opzichte van het tweede model ($p < 0.05$). Het tweede model verklaart dus significant meer variantie dan het eerste model, en het derde model verklaart significant meer variantie dan het tweede model. Het eerste model verklaart in de populatie niet meer variantie dan het meest eenvoudige model zonder onafhankelijke variabelen, en het vierde model verklaart niet meer variantie dan het derde model.

Hypothesetoetsen

Slechts drie variabelen laten statistisch significante resultaten zien. De effecten van deze variabelen worden nu onder de loep genomen, en er wordt aangegeven wat de gevolgen hiervan zijn voor de in hoofdstuk twee opgestelde hypothesen.

De eerste variabele die statistisch significant is, is 'Leertraject aangeboden door ziekenhuis'. Deze variabele is meegenomen in het tweede, derde en vierde model. De geschatte b-coëfficiënt bedraagt in model 2 0.351 ($p < 0.001$), in model 3 0.323 ($p < 0.01$) en in model 4 0.313 ($p < 0.01$). Aangezien deze b-

waarde in ieder model statistisch significant is, wordt de nulhypothese verworpen. De interpretatie luidt derhalve dat voor medisch specialisten die door het ziekenhuis benaderd worden om deel te nemen aan een leertraject om zich verder te ontwikkelen in hun professie een hogere gemiddelde score op de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid hebben dan medisch specialisten die niet door het ziekenhuis met een dergelijke vraag benaderd worden. Er wordt derhalve ondersteunend bewijs geleverd voor hypothese 12c.

De tweede variabele die significantie vertoont, is het 'Kosteloos faciliteren van de medisch specialist'. Ook deze variabele is meegenomen in het tweede, derde en vierde model. De b-coëfficiënt bedraagt in het tweede model 0.311 en is significant bij $p < 0.01$. In het derde model bedraagt de b-coëfficiënt 0.308 en is wederom significant bij $p < 0.01$. De b-coëfficiënt is in het vierde model 0.293 en is opnieuw significant bij $p < 0.01$. Kortom, de nulhypothese wordt verworpen. De interpretatie die mag worden gemaakt, is dat medisch specialisten die door het ziekenhuis kosteloos gefaciliteerd worden bij het uitvoeren van hun werkzaamheden een hogere gemiddelde score hebben op de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid dan medisch specialisten die niet door het ziekenhuis kosteloos gefaciliteerd worden. Er wordt ondersteunend bewijs geleverd voor hypothese 18c.

De laatste onafhankelijke variabele die statistisch significant is, is opnieuw 'Bestuurlijke positie'. Deze variabele is opgenomen in model 3 en 4. De geschatte b-coëfficiënt bedraagt in model 3 0.311 en is statistisch significant bij $p < 0.05$. De b-coëfficiënt bedraagt in model 4 0.309 en is opnieuw statistisch significant bij $p < 0.05$. Geconcludeerd kan worden dat medisch specialisten die een bestuurlijke positie bekleden binnen het ziekenhuis gemiddeld hoger scoren op gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid dan medisch specialisten die geen bestuurlijke positie bekleden. Echter, hypothese 17c wordt getoetst via deze indicator én de indicator 'Consultatie bestuurlijke besluiten.' Deze tweede indicator laat echter geen statistisch significante resultaten zien. Er wordt dus geen eenduidig bewijs geleverd vóór hypothese 17c. De nulhypothese wordt niet verworpen.

4.5 Hypothesetoetsen voor variabelen niet geschikt voor regressieanalyse

Niet alle variabelen konden worden opgenomen in de lineaire regressieanalyse. Dit heeft ermee te maken dat enkele vragen in de survey niet door alle respondenten werden ingevuld, maar slechts door de respondenten die op eerdere vragen bepaalde antwoorden hadden gegeven (dit staat bekend als routing). Van de variabelen die slechts door een subgroep zijn beantwoord, worden in de onderstaande tabellen de point-biserial correlaties met de drie afhankelijke variabelen weergegeven, opdat de in hoofdstuk 2 gepresenteerde hypothesen kunnen worden getoetst.

De point-biserial correlaties die worden weergegeven in tabel 10 en tabel 11 hebben betrekking op hypothese 4, waarmee wordt getoetst of medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen met MSB's

die alle medisch specialisten herbergen een hogere mate van gelijkgerichtheid ervaren dan medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen met MSB's die slechts een beperkte selectie van de medisch specialisten herbergen, bijvoorbeeld enkel vrijgevestigde medisch specialisten. Bij de berekening van de point-biserial correlaties is gekozen voor listwise deletion van de missing values. Zoals uit de onderstaande tabellen valt af te lezen, zijn de correlaties tussen de predictorvariabele en de afhankelijke variabelen zeer laag, en is geen enkele correlatie statistisch significant. De nulhypothese worden derhalve niet verworpen, maar blijven voorlopig behouden. Geconcludeerd kan worden dat er geen aanwijzingen zijn dat medisch specialisten werkzaam in een ziekenhuis met MSB's die alle soorten medisch specialisten herbergen gemiddeld hoger scoren op gelijkgerichtheid.

Tabel 10: Point-biserial correlaties predictorvariabelen niet geschikt voor regressie en gelijkgerichtheid beleid Nederland, 2019

	Gelijkgerichtheid beleid	Gelijkgerichtheid productie	Gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid
Bij één MSB, alle medisch specialisten in MSB (ref enkel vrijgev)	0.090	0.073	-0.092
<i>N</i> = 284 (listwise deletion missings) * <i>p</i> < 0.05; ** <i>p</i> < 0.01; *** <i>p</i> < 0.001; (tweezijdig) Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.			

Tabel 11: Point-biserial correlaties predictorvariabelen niet geschikt voor regressie en gelijkgerichtheid beleid Nederland, 2019

	Gelijkgerichtheid beleid	Gelijkgerichtheid productie	Gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid
Bij meerdere MSB's, alle medisch specialisten in MSB (ref enkel vrijgev)	0.076	0.015	0.071
<i>N</i> = 45 (listwise deletion missings) * <i>p</i> < 0.05; ** <i>p</i> < 0.01; *** <i>p</i> < 0.001; (tweezijdig) Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.			

In tabel 12 worden de point-biserial correlaties aangegeven van de afhankelijke variabelen met de dichotome dummyvariabele die meet dat indien de medisch specialist bestuurlijke administratieve taken vervult, hij of zij daarvoor is aangesteld en wordt bekostigd door het ziekenhuis. Uit de tabel kan worden afgelezen dat de correlatie van de dummyvariabele met de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in beleid statistisch significant is bij $p < 0.01$ en dat de correlatie met de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid statistisch significant is bij $p < 0.05$. Dit betekent dat er in de populatie sprake is van een correlatie tussen deze variabelen. Daarom mag de interpretatie worden gemaakt dat medisch specialisten die bij het vervullen van hun bestuurlijke administratieve taken door het ziekenhuis zijn aangesteld en worden bekostigd, gemiddeld hoger scoren op

gelijkgerichtheid in beleid en kwaliteit en veiligheid. Er wordt derhalve steun geleverd voor hypothese 7a en hypothese 7c.

Tabel 12: Point-biserial correlaties predictorvariabelen niet geschikt voor regressie en gelijkgerichtheid beleid Nederland, 2019

	Gelijkgerichtheid beleid	Gelijkgerichtheid productie	Gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid
Indien bestuurlijke administratieve taken, aangesteld door ziekenhuis (ref niet aangesteld door ziekenhuis)	0.236**	0.126	0.191*

$N = 174$ (listwise deletion missings)

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; (tweezijdig)

Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.

Tabel 13 bevat de point-biserial correlaties tussen de afhankelijke variabelen en de dichotome dummyvariabele dat indien de medisch specialist werkzaam is voor een instituut dat ketenzorg aanbiedt, dit ketenzorginstituut bestuurlijk wordt aangestuurd door het ziekenhuis en het medisch collectief gezamenlijk. Via de data uit deze tabel kan hypothese 13 worden getoetst. De point-biserial correlatie tussen de dummyvariabele en de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in beleid is statistisch significant bij $p < 0.05$, en de correlatie met de afhankelijke variabele gelijkgerichtheid in productie is eveneens statistisch significant bij $p < 0.05$. Er wordt derhalve steun geleverd voor hypothese 13a en hypothese 13b: medisch specialisten die werkzaam zijn voor een ketenzorginstituut dat wordt aangestuurd door het ziekenhuis en het medisch collectief gezamenlijk, ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid in beleid en productie dan medisch specialisten die werkzaam zijn voor een ketenzorginstituut dat niet door het ziekenhuis en het medisch collectief gezamenlijk wordt aangestuurd.

Tabel 13: Point-biserial correlaties predictorvariabelen niet geschikt voor regressie en gelijkgerichtheid beleid Nederland, 2019

	Gelijkgerichtheid beleid	Gelijkgerichtheid productie	Gelijkgerichtheid kwaliteit en veiligheid
Ketenzorginstituut aangestuurd door ziekenhuis en medisch collectief gezamenlijk	0.170*	0.208*	0.109

$N = 144$ (listwise deletion missings)

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; (tweezijdig)

Bron: 2019 Survey Medisch Specialisten.

4.6 Samenvatting

Alle resultaten uit de statistische analyse in ogenschouw nemend, kan worden gesteld dat de geschatte modellen niet veel variantie verklaren in de verschillende dimensies van gelijkgerichtheid. De fit van het uit de theorie gededuceerde model met de data is niet goed. De meeste integratieve strategieën hebben in de populatie geen effect op de door medisch specialisten gepercipieerde mate van gelijkgerichtheid. De meest interessante conclusie van de analyse is dat medisch specialisten in loondienst niet significant hoger scoren op gelijkgerichtheid dan vrijgevestigde specialisten. Daarnaast is er een positieve samenhang gevonden tussen het Pay-for-Performance-model en gelijkgerichtheid in productie. Verder leidt het aanbieden van een aansprakelijkheidsverzekering door het ziekenhuis aan medisch specialisten ook tot een hogere mate van gelijkgerichtheid in productie. Ook geven de data weer dat medisch specialisten die door het ziekenhuis benaderd worden om deel te nemen aan symposia of leergangen hoger scoren op gelijkgerichtheid. Medisch specialisten die bestuurlijke posities bekleden, hebben verder op alle vlakken van gelijkgerichtheid een significant hogere score op gelijkgerichtheid dan medisch specialisten waarvoor dit niet geldt. Bovendien blijkt uit de surveydata dat medisch specialisten die bestuurlijke administratieve taken vervullen zelf niet hoger scoren op gelijkgerichtheid, maar dat dit wel het geval is indien zij hiervoor zijn aangesteld door het ziekenhuis: er is dan sprake van significantie op het gebied van gelijkgerichtheid op strategisch niveau en gelijkgerichtheid in kwaliteit en veiligheid. Verder laten de surveydata zien dat er sprake is van een positieve correlatie tussen het gezamenlijk aansturen van een ketenzorginstituut door het ziekenhuis en het medisch collectief met gelijkgerichtheid op strategisch niveau en gelijkgerichtheid in productie. Ten slotte blijkt uit de data dat medisch specialisten aan wie het ziekenhuis ondersteunend personeel of hulpgoederen kosteloos aanbiedt, een hogere mate van gelijkgerichtheid ervaren dan medisch specialisten voor wie dat niet geldt. Voor alle andere hypothesen wordt op basis van de surveydata geen ondersteunend bewijs geleverd.

In het volgende hoofdstuk worden enkele hypothesen nader beschouwd aan de hand van expertinterviews. Ter afbakening van dit onderzoek, is ervoor gekozen een selectie van de integratieve strategieën voor te leggen aan de respondenten. Aangezien het in loondienst nemen van medisch specialisten door het ziekenhuis in de literatuur vaak wordt verondersteld als de ultieme interventie om gelijkgerichtheid te creëren, wordt hypothese 1, het loondienstmodel, voorgelegd aan medisch specialisten. Uit de surveydata blijkt dat noch loondienstspecialisten, noch vrijgevestigde specialisten hoger scoren op gelijkgerichtheid. Hoe kan deze discrepantie tussen literatuur en praktijk worden verklaard? Ook hypothese 5, die inzoomde op het eigenaarschap van het ziekenhuis door medisch specialisten, wordt aan de respondenten voorgelegd. Tegenover loondienst vormt deze zogenaamde participatie vaak een ander uiterste middel om gelijkgerichtheid in belangen en wensen te creëren. Verwachten medisch specialisten evenwel dat het participatiemodel zal bijdragen aan meer gelijkgerichtheid? Vervolgens worden antwoorden van respondenten vergeleken met de theoretische

aannames van twee hypothesen die wél door de data worden ondersteund, namelijk het delen van winsten en risico's in het Pay-For-Performance model (hypothese 9b) en het verlenen van bestuurlijke posities aan medisch specialisten (hypothese 17).

Hoofdstuk 5: empirische analyse interviews

Voortbouwend op de resultaten van het surveyonderzoek, worden interviews afgenomen met medisch specialisten die een bestuurlijke functie bekleden. De surveydata geeft inzicht in de uit de literatuur gededuceerde hypothesen. Het doel van deze interviews is om de gevonden effecten van enkele integratieve strategieën op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie nader te kunnen duiden. Hierbij is gekozen voor de hypothesen ‘loondienst’, ‘eigenaarschap ziekenhuis’, ‘Pay-for-Performance’ en ‘bestuurlijke posities’. Indien een hypothese door de surveydata wordt ondersteund, verliep het effect dan wel zoals theoretisch verwacht? En indien een gehypothetiseerd effect uitblijft of anders verloopt dan verwacht, hoe kan dat dan worden verklaard? In deze exploratieve interviewanalyse wordt op deze vragen antwoord gegeven.

5.1 Loondienstmodel

Allereerst worden de resultaten van hypothese 1, het loondienstmodel, in kaart gebracht aan de hand van de CMO-configuratie. Op basis van de literatuur wordt verondersteld dat als gevolg van de interventie, “het in loondienst nemen van medisch specialisten door het ziekenhuis”, als mechanisme optreedt dat het ziekenhuis hiërarchische controle verkrijgt over haar medisch specialisten, waardoor medisch specialisten top-down kunnen worden gedwongen om in één lijn te handelen met het ziekenhuis. Dit werkt gelijkgerichtheid in de hand. Immers, als gedragsverandering geldt nu dat het medisch collectief voortaan hetzelfde belang nastreeft als het ziekenhuis. In de literatuur wordt aangeduid dat voor het optreden van dit mechanisme de volgende omstandigheid nodig is. Het moet voor het ziekenhuismanagement mogelijk zijn om besluiten op een gecentraliseerde wijze te nemen. Deze omstandigheid gaan volgens de literatuur vooraf aan het optreden van het mechanisme. Het bovenstaande is samengevat in de onderstaande tabel:

Tabel 14: CMO-configuratie loondienstmodel

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Medisch specialisten door het ziekenhuis in loondienst worden genomen	Krijgt het ziekenhuis hiërarchische controle over de medisch specialisten, waardoor medisch specialisten gedwongen worden om in een lijn met het ziekenhuis te handelen	Twee partijen (medisch collectief en ziekenhuis) die voortaan hetzelfde belang nastreven, meer gelijkgerichtheid	Besluiten kunnen op gecentraliseerde wijze worden genomen, waarbij het ziekenhuis het medisch collectief <i>de facto</i> kan aansturen

Uit de statistische analyse bleek dat de interventie, het in loondienst nemen van medisch specialisten door het ziekenhuis, niet leidt tot meer gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. Om te

achterhalen waarom deze interventie niet heeft geleid tot meer gelijkgerichtheid, zijn interviews afgenomen.

Op basis van de interviews blijkt dat de noodzakelijke omstandigheden voor de werking van het mechanisme waardoor de interventie leidt tot meer gelijkgerichtheid in de praktijk vaak niet optreden, wat ervoor zorgt dat het mechanisme niet wordt geactiveerd. In de literatuur wordt ervan uitgegaan dat bij een loondienstmodel besluiten op gecentraliseerde wijze door het ziekenhuis tot stand kunnen worden gebracht, waarbij het medisch collectief feitelijk kan worden aangestuurd door het ziekenhuis. Dit is echter niet per definitie het geval. Medisch specialisten beschikken ook bij een loondienstmodel over een grote professionele autonomie en vakinhoudelijke kennis om eenvoudigweg top-down bevelen te willen navolgen (R2, persoonlijke communicatie, 2019). In de woorden van een respondent: “ondanks het feit dat iemand in loondienst door hun werkgever aangestuurd kunnen [sic] worden, toch op basis van hun professionele autonomie en hun verbondenheid in de medische staf, een hele andere koers kunnen varen, een andere richting aan het geheel kunnen geven.” (R2, persoonlijke communicatie, 2019). Specialisten wiens professionele autonomie wordt geschonden, wat in hypothese gebeurt onder de hiërarchische aansturing volgens het loondienstmodel, zullen juist sneller minder betrokkenheid bij het ziekenhuis tonen en een andere koers dan het ziekenhuis willen volgen, dan dat zij zullen accepteren om in één lijn met het ziekenhuis te handelen (R2, R3, R4, R8, R10, R14, persoonlijke communicatie, 2019). Het mechanisme treedt volgens verschillende respondenten niet op, omdat de interventie de conditie van professionele autonomie schaadt. Volgens een respondent geldt: “hiërarchie, daarmee dein je mee, maar het kan ook zo zijn dat het tegendraads werkt, omdat je het gevoel van autonomie mist” (R3, persoonlijke communicatie, 2019). Medici zitten niet te wachten op managers die hen van bovenaf willen aansturen: “dokters [...] willen natuurlijk niet te veel top-down gevoel krijgen, want daar voelen ze zich, daar zijn wij te eigenwijs voor.” (R8, persoonlijke communicatie, 2019). Uit de interviews blijkt dat hiërarchisch, centralistisch aansturen van dokters slecht samengaat met een van hun meest fundamentele beroepskenmerken: hun professionele autonomie.

Een tweede omstandigheid die waarschijnlijk interfereert met het gehypothetiseerde causale mechanisme, is dat medisch specialisten hedendaags beschikken over dusdanig veel verplichtingen (gezin, sociale activiteiten), waardoor zij relatief sneller andere belangen vertonen dan het ziekenhuis (R9, persoonlijke communicatie, 2019). Hedendaags is er een sterke roep om een balans tussen werk en privé, en dat zorgt ervoor dat medisch specialisten minder snel gelijkgericht met het ziekenhuis zullen zijn: “gelijkgerichtheid ja, zolang het de koers is van het ziekenhuis, en nee, zodra het ook hun eigen interesses, ambities gaat kruisen [...] tegenwoordig de meeste medisch specialisten hebben kinderen, hebben een werkende partner, werken maar parttime, hebben allerlei zichzelf thuis opgelegde verplichtingen, en dat gaat schuren.” (R9, persoonlijke communicatie, 2019). Deze

voortschrijdend veranderende cultuurfactoren zorgen ervoor dat medisch specialisten zich minder snel laten sturen door het ziekenhuis.

De activering van het mechanisme is daarnaast ook afhankelijk van de krapte of ruimte op de arbeidsmarkt voor het specialisme van de medisch specialist (R12). Indien deze markt krap is, dat wil zeggen dat er veel vraag en weinig aanbod is van medisch specialisten in het betreffende vakgebied, is het ‘stemmen met de voeten’ door medisch specialisten eenvoudig. Indien het ziekenhuis geen ruimte biedt voor hun opvattingen, kunnen deze medisch specialisten (als dreigement) vertrekken naar een ander ziekenhuis dat wél naar hun luistert (R12). Omgekeerd geldt dat als het ziekenhuis de facto hiërarchische controle wil kunnen uitoefenen over haar medisch specialisten, als omstandigheid geldt dat de markt voor medisch specialisten ruim moet zijn. Specialisten kunnen dan niet dreigen te vertrekken, maar bezitten een precare positie en worden gedwongen gelijkgericht met het ziekenhuis op te trekken (R12). Een en ander is samengevat in de onderstaande tabel.

Tabel 15: CMO-configuratie loondienstmodel

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Medisch specialisten door het ziekenhuis in loondienst worden genomen	Krijgt het ziekenhuis hiërarchische controle over de medisch specialisten, waardoor medisch specialisten gedwongen worden om in een lijn met het ziekenhuis te handelen	Twee partijen (medisch collectief en ziekenhuis) die voortaan hetzelfde belang nastreven, meer gelijkgerichtheid	Medisch specialist <u>niet</u> beschikt over (te) grote professionele autonomie (R2, R3, R4, (R8), R10, R14) Privé cultuurfactoren medisch specialisten (gezin, sociale verplichtingen) zijn niet aanwezig (R9) Krapte of ruimte op de markt van medisch vakgebied (R12)

Daarnaast blijkt uit de interviews dat als gevolg van het invoeren van het loondienstmodel in ziekenhuizen ook andere mechanismen geactiveerd kunnen worden. De mechanismen resulteren in een dalende betrokkenheid bij de ziekenhuisorganisatie, het vermogen om tegen de lijn van het ziekenhuis in te handelen en meer helderheid op het gebied van de betaling van medisch specialisten. Deze mechanismen zijn in de onderstaande tabel opgenomen.

Tabel 16: CMO-configuratie loondienstmodel

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
-----------------------------	----------------------------	---	---------------------------------

Medisch specialisten door het ziekenhuis in loondienst worden genomen	Verdwijnt de prikkel voor medisch specialist om zich ondernemend op te stellen, met oog voor financiën en bedrijfsvoering (R12)	Een dalende betrokkenheid bij de gezondheid van de ziekenhuisorganisatie, ontstaan houding 'het zal mijn tijd wel dienen' (R12)	Medisch specialist krijgt arbeidstechnisch (contractueel) sterkere positie t.o.v. ziekenhuis (R12)
	Heeft de medisch specialist geen financieel belang meer (wegvallen prikkel) bij een toename van de productie (R1)	Medisch specialisten delen voortaan dezelfde overige belangen (R1) Medisch specialisten gaan minder hard werken, dragen minder bij aan het financieel gezond houden van het ziekenhuis (R3, R18)	Het Pay-for-Performance model geldt niet voor medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis
	Blijft medisch specialist in loondienst desondanks verenigd in medische staf (het collectief aan specialisten binnen een ziekenhuis) en vormen zij op basis hiervan en hun professionele autonomie een natuurlijke 'counterbalance' tegen ziekenhuis bij uitzetten van strategisch beleid (R2)	Vermogen medische staf, door natuurlijke machtspositie (counterbalance), om een andere koers te varen dan ziekenhuis (R2)	Professionele autonomie medisch collectief blijft gewaarborgd (R2)
	Kan er geen discussie meer ontstaan tussen ziekenhuis en medisch collectief omtrent financiën, omdat deze helder zijn geregeld in CAO en AMS (R5, R6)	Medisch specialisten en ziekenhuis weten waar ze aan toe zijn op financieel vlak (R5, R6)	CAO en AMS geven duidelijke voorwaarden omtrent arbeidsvoorwaarden medisch specialisten in loondienst (R5, R6)

5.2 Eigenaarschap ziekenhuis

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij de tweede integratieve strategie die in de interviews is onderzocht. Op basis van de wetenschappelijke literatuur wordt verwacht dat als gevolg van de interventie, "het verlenen van eigendomsrechten in de vorm van aandelen over het ziekenhuis aan medisch specialisten", het mechanisme optreedt dat het medisch collectief en het ziekenhuis voortaan dezelfde financiële risico's en prikkels delen op het gebied van productie en kostenbeheersing. Dit mechanisme leidt volgens de literatuur tot de gedragsverandering dat het medisch collectief voortaan gaat denken en handelen vanuit dezelfde uitgangspunten als het ziekenhuismanagement, wat zou moeten leiden tot meer gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. Voordat het mechanisme tot stand komt, is het belangrijk dat aan een omstandigheid wordt voldaan. De medisch specialisten

moeten vatbaar zijn voor de (financiële) prikkels die op hen worden uitgeoefend, voortvloeiend uit het delen van dezelfde financiële risico's.

Tabel 17: CMO-configuratie eigenaarschap ziekenhuis

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Eigendomsrechten (aandelen) over het ziekenhuis worden verleend aan medisch specialisten	Zal het medisch collectief en ziekenhuis dezelfde financiële risico's delen	Het medisch collectief denkt en handelt vanuit dezelfde uitgangspunten op het gebied van productie en kostenbeheersing als het ziekenhuismanagement → meer gelijkgerichtheid	Medisch specialisten laten zich leiden door financieel gewin

Vanwege een gebrek aan voldoende respondenten die in de survey aangegeven hebben te worden blootgesteld aan deze interventie, was het niet mogelijk om het effect van deze integratieve strategie statistisch te toetsen. Om te achterhalen of het verwachte mechanisme desondanks optreedt of kan optreden, zijn er interviews gehouden onder medisch specialisten.

Uit verschillende interviews blijkt dat het mechanisme inderdaad kan optreden in Nederlandse algemene ziekenhuizen. Verschillende respondenten geven aan dat in een dergelijke situatie de financiële prikkels door het medisch collectief worden ervaren en er daadwerkelijk een gedragsverandering door het verwachte mechanisme optreedt (R1, R6, R8, persoonlijke communicatie, 2019). Het participatiemodel zorgt voor een bredere, vakoverstijgende blik van medisch specialisten op het geheel van het ziekenhuis. Specialisten worden zich veel meer bewust van het belang van kostenbeheersing en productie van de ziekenhuisorganisatie als geheel, in plaats van dat zij enkel vanuit hun eigen vakgebied redeneren. Zo geeft een respondent als voorbeeld dat bij een participatiemodel, “dan heb je als cardioloog wel zin dat de kaakchirurg wat doet, want die kaakchirurg levert verdomd veel geld op! Dus ben je misschien ook bereid om te zeggen, doe mij die echo niet, laat maar naar de kaakchirurg gaan, want dan krijgen wé en ik meer winst.” (R6, persoonlijke communicatie, 2019). Medisch specialisten zullen over de grenzen van hun vakgebied heen kijken en onderzoeken wat in het belang van het ziekenhuis als geheel is.

Echter, uit de interviews blijkt eveneens dat er aanvullende omstandigheden noodzakelijk zijn om het gehypothetiseerde mechanisme in werking te zetten. Of medisch specialisten vatbaar zijn voor de op hen uitgeoefende prikkels, is afhankelijk van hun kennis van de organisatie en governancestructuren (R18, persoonlijke communicatie, 2019). Indien deze kennis ontbreekt, treedt het mechanisme in mindere mate op en daalt hun vermogen om te handelen vanuit het ziekenhuisoogpunt. Daarnaast wordt gesuggereerd dat de sterkte van het mechanisme afhankelijk is van de mate waarin specialisten

zich openstellen voor een transformatie in hun denken en doen: de specialisten dienen een ondernemersgeest te hebben of te ontwikkelen, en het is cruciaal dat zij de tijd en energie kunnen opbrengen om daadwerkelijk het heft in eigen hand te nemen en zelf strategische keuzes te maken (R8, persoonlijke communicatie, 2019). Hier waarschuwen verschillende respondenten dat de aanwezigheid van deze conditie precair is. Medisch specialisten beschikken immers van nature niet over een sterke ondernemersgeest, aangezien zij anders hoogstwaarschijnlijk doelbewust zouden hebben gekozen voor een ander beroep (R9, R11, R14). Zo stelt een respondent: “Als jij in een bedrijf gaat meedoen waar je inkomen afhankelijk is van de winst die je bedrijf maakt, en hoe dat bedrijf bestuurd wordt, en daarin een actieve rol gaat spelen, dan ga je veel meer een bedrijfskundige instelling verwachten van mensen. Terwijl die mensen die voor dit beroep kiezen juist niet voor die instelling kiezen, want dan gingen ze deze studie niet volgen, dan gingen ze iets anders doen.” (R14, persoonlijke communicatie, 2019). Respondent 9 vult aan: “ik denk dat het overgrote deel van de medisch specialisten niet van huis uit ondernemer is. Als het in je zit, was je op de middelbare school al een soort ritselaar, en dan had je eerder voor bedrijfseconomie gekozen, of bedrijfskunde, bestuurskunde. Dan had je iets anders gekozen.” (R9, persoonlijke communicatie, 2019). Het dokterschap en ondernemerschap lijken dus van nature niet goed met elkaar samen te gaan. Deze omstandigheden zijn samengevat in de onderstaande tabel.

Tabel 18: CMO-configuratie eigenaarschap ziekenhuis

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Eigendomsrechten (aandelen) over het ziekenhuis worden verleend aan medisch specialisten	Zal het medisch collectief en ziekenhuis dezelfde financiële risico's delen	Het medisch collectief denkt en handelt vanuit dezelfde uitgangspunten op het gebied van productie en kostenbeheersing als het ziekenhuismanagement → meer gelijkgerichtheid	Medisch specialisten moeten voldoende kennis hebben van de organisatie en organisatiestructuren (R18) Ontstaan van echt ondernemerschap bij de medisch specialist en het kunnen opbrengen van de energie en tijd die nodig is om 'in the lead' te zijn (R1, R8, R9, R11, R14)

Daarnaast blijkt uit de interviews dat het zogenaamde participatiemodel onder bepaalde omstandigheden ook andere mechanismen kan activeren en, naast meer gelijkgerichtheid, ook andere (ongewenste) neveneffecten kan hebben. Deze neveneffecten hebben betrekking op het uit het oog verliezen van andere belangen naast productie en kostenbesparing, zoals de belangen van patiënten, kwaliteit en veiligheid. Deze factoren zijn samengevat in de onderstaande tabel.

Tabel 19: CMO-configuratie eigenaarschap ziekenhuis

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Eigendomsrechten (aandelen) over het ziekenhuis worden verleend aan medisch specialisten		Gelijke belangen op het gebied van winst, maar het uit het oog verliezen van andere ondersteunende aspecten binnen de ziekenhuisorganisatie (neveneffect) (R10)	Als winst de enige factor is waarop medisch specialisten worden afgerekend (R10)
	Investeren medisch specialisten in 'gebouw' ziekenhuis i.p.v. in de optimale patiëntenzorg (R12)	Medisch specialisten zien hun patiëntenbelangen minder behartigd worden (neveneffect) (R12)	Transitie in ziekenhuislandschap: groei aandeel medisch collectief gaat gepaard met afname aandeel ziekenhuis, doordat meer zorg buiten het ziekenhuis wordt geleverd (R12)

5.3 Pay-for-Performance

In deze paragraaf wordt hypothese 9 besproken, het zogenaamde 'Pay-for-Performance'-model. Op basis van de literatuur wordt verwacht dat als gevolg van deze interventie, "het laten stijgen van het inkomen van de medisch specialist indien hij goed presteert op het gebied van kostenbesparing en kwaliteit", als mechanisme optreedt dat er wederzijdse afhankelijkheid ontstaat tussen het ziekenhuis en het medisch collectief: er wordt een financiële prikkel gegeven aan de medisch specialisten om de productie- en kwaliteitsbelangen van het ziekenhuis na te streven. Dit mechanisme zou vervolgens moeten leiden tot een gedragsverandering bij medisch specialisten, namelijk dat zij hun uiterste best zullen doen om deze prestatiedoelen te behalen, opdat zij een financiële beloning tegemoet kunnen zien. Uit de literatuur wordt eveneens afgeleid dat het noodzakelijk is dat medisch specialisten dan wel rationeel reageren op deze prikkel, door inderdaad te trachten zo optimaal mogelijk te presteren op het gebied van productie en kwaliteit. Kortom, als omstandigheid geldt dat medisch specialisten vatbaar moeten zijn voor financiële prikkels en zich door financieel gewin moeten laten leiden. Een en ander is samengevat in de onderstaande tabel.

Tabel 20: CMO-configuratie Pay-for-Performance

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Pay-for-Performance: inkomen medisch specialist stijgt indien hij goed presteert op het	Ontstaat wederzijdse afhankelijkheid tussen ziekenhuis en medisch collectief: specialisten	Medisch specialisten trachten de prestatiedoelen op het gebied van productie en	Medisch specialisten laten zich leiden door financieel gewin

gebied van kostenbesparing en kwaliteit.	ontvangen financiële prikkel om de belangen van het ziekenhuis na te streven	kwaliteit te behalen, opdat zij financieel beloond worden → meer gelijkgerichtheid	
--	--	--	--

Uit de statistische analyse bleek dat de interventie, het Pay-for-Performance model, inderdaad samenhangt met meer gelijkgerichtheid op het gebied van productie. Om te achterhalen *waarom* deze interventie op deze wijze leidt tot meer gelijkgerichtheid in productie, zijn interviews afgenomen.

Uit de interviews blijkt dat medisch specialisten het mechanisme en de noodzakelijke conditie herkennen en dat deze omstandigheid ruimschoots aanwezig is in Nederlandse algemene ziekenhuizen. Veel respondenten onderschrijven dat het ontvangen van de financiële prikkel werkt. Medisch specialisten zijn bereid om de belangen van het ziekenhuis na te streven indien zij daar financieel voor worden beloond, onder de logica van ‘voor wat, hoort wat’ (R3, R5, R8, R9, R14, R18, persoonlijke communicatie, 2019). Respondent 3 vat deze logica kernachtig samen: “[d]aar moet je voor betaald worden. Liefde gaat door de maag, draagvlak door de portomonnee. Al dit soort bewegingen, daar moet een bepaalde vergoeding tegenover staan. Een ziekenhuis is geen filantropische instelling, daar heb je incentives voor nodig.” (R3, persoonlijke communicatie, 2019). Geld wordt immers inderdaad beschouwd als de belangrijkste drijfveer voor medisch specialisten: “aan het einde van de dag is wat mij betreft geld toch de belangrijkste drijfveer voor alles en iedereen” (R14, persoonlijke communicatie, 2019). Dat leidt ertoe dat het mechanisme inderdaad optreedt, en het Pay-for-Performance-model leidt tot meer gelijkgerichtheid. Een en ander is samengevat in de volgende tabel.

Tabel 21: CMO-configuratie Pay-for-Performance

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Pay-for-Performance: inkomen medisch specialist stijgt indien hij goed presteert op het gebied van kostenbesparing en kwaliteit.	Ontstaat wederzijdse afhankelijkheid tussen ziekenhuis en medisch collectief: specialisten ontvangen financiële prikkel om de belangen van het ziekenhuis na te streven	Medisch specialisten trachten de prestatiedoelen op het gebied van productie en kwaliteit te behalen, opdat zij financieel beloond worden → meer gelijkgerichtheid	Medisch specialisten laten zich leiden door financieel gewin (R3, R5, R8, R9, R14, R18) Geld als belangrijkste drijfveer voor handelen medisch specialist (R14)

Daarnaast blijkt uit de interviews dat de interventie ook ertoe zou kunnen leiden dat er de facto geen mechanisme wordt geactiveerd door de interventie, omdat de salariëring voor medisch specialisten van ondergeschikt belang is aan prioriteiten als een goede patiëntenzorg. De uitkomst is in dat geval juist dat de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie niet significant beïnvloed wordt door

invoering van het Pay-for-Performance-model. Dit argument wordt uiteengezet in de onderstaande tabel.

Tabel 22: CMO-configuratie Pay-for-Performance

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Pay-for-Performance: inkomen medisch specialist stijgt indien hij goed presteert op het gebied van kostenbesparing en kwaliteit.	Vormt dat geen directe aanleiding om significant beter te gaan presteren op het gebied van productie en kwaliteit, omdat zijn eerste en meest directe drive de patiëntenzorg en niet zijn salaris is. De facto treedt geen mechanisme op (R8, R15)	Geen effect op gelijkgerichtheid (R8, R15)	Medisch specialisten zijn niet sterk vatbaar voor financiële prikkels; zij hebben andere prioriteiten boven hun salariering (R8, R15)

5.4 Bestuurlijke posities

In deze paragraaf wordt hypothese 17 besproken, die de integratieve strategie ‘bestuurlijke posities’ behandelt. Op basis van de literatuur wordt verwacht dat als gevolg van de interventie, “het laten bekleden van bestuurlijke- of managementposities door een medisch specialist”, als mechanisme optreedt dat er bewustwording bij medisch specialisten ontstaat omtrent de grote verantwoordelijkheden en de ingewikkelde belangenafwegingen waar het ziekenhuis mee te maken heeft. Dit mechanisme zou moeten leiden tot meer wederzijdse betrokkenheid tussen het medisch collectief en het ziekenhuis. Immers, als gedragsverandering zouden medisch specialisten zich meer gaan verplaatsen in het perspectief van het ziekenhuis (waardoor specialisten meer naar deze ideeën gaan denken en handelen), wat meer gelijkgerichtheid teweegbrengt. Dit mechanisme treedt echter pas op onder de omstandigheid dat de medisch specialist in kwestie inderdaad voldoende inzicht ontwikkelt in deze grote verantwoordelijkheden en belangenafwegingen. Deze zaken worden samengevat in de onderstaande tabel.

Tabel 23: CMO-configuratie bestuurlijke posities

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Medisch specialisten bestuurlijke- of managementposities laten bekleden (bijv. lid Raad van Bestuur, Bestuur MSB, manager Resultaatverantwoordelijke eenheid)	Ontstaat bewustwording bij medisch specialisten omtrent de grote verantwoordelijkheden en de ingewikkelde belangenafwegingen en besluiten waar het ziekenhuis mee te maken	Medisch specialisten verplaatsen zich meer in het perspectief van het ziekenhuis → meer gelijkgerichtheid	Medisch specialist met bestuurlijke positie ontwikkelt voldoende inzicht in verantwoordelijkheden en belangenafwegingen

	heeft		
--	-------	--	--

Uit de statistische analyse blijkt dat het verlenen van bestuurlijke posities aan medisch specialisten op alle niveaus samenhangt met meer gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. Om te kunnen achterhalen waarom deze interventie meer gelijkgerichtheid tot stand brengt, zijn interviews afgenomen.

Op basis van de interviews blijkt dat de medisch specialist met een bestuurlijke positie inderdaad voldoende inzicht ontwikkelt in de lastige verantwoordelijkheden en belangenafwegingen waar het ziekenhuis mee te maken heeft: bij de medisch specialist met een bestuurlijke functie ontstaat inzicht in zowel de positie van het medisch collectief als de positie van het ziekenhuis (R5, R7, R10, R13, R14, R17, R18, persoonlijke communicatie, 2019). Volgens respondent 10 geldt dat medisch specialisten met een bestuurlijke positie “weten hoe de vork in de steel zit, die weten hoe het werkt aan de ziekenhuiskant, en die zien ook de belangen daarvan.” (R10, persoonlijke communicatie, 2019). Respondent 7 spreekt in het bijzonder van een psychologisch effect, waarbij inderdaad de medisch bestuurder zowel empathie krijgt met de belangen en visies van beide partijen: “je moet met allebei de partijen samenwerken en je leert de andere kant van het verhaal zeg maar kennen. Je leert, als je bestuurlijk bezig bent, dat het ziekenhuis ook maar z’n best doet om zo goed mogelijk hun belangen te behartigen. Als er een ruzie is, en iemand leert je de andere kant van het verhaal zien, dan ben je ook geneigd om minder ruzie te ervaren zal ik maar zeggen. Volgens mij is dat gewoon een vrij eenvoudig psychologisch effect.” In het bijzonder vindt er hierbij volgens enkele respondenten een verschuiving plaats van het persoonlijke financiële belang en het kwaliteitsbelang naar het bredere belang van het ziekenhuis, waarbij de medisch specialist zicht krijgt op een breed spectrum aan beslissingen die in de ziekenhuisorganisatie genomen moeten worden (R1, R2, R5, R7, R12, persoonlijke communicatie, 2019). Het bovenstaande is samengevat in de volgende tabel.

Tabel 24: CMO-configuratie bestuurlijke posities

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Medisch specialisten bestuurlijke- of managementposities laten bekleden (bijv. lid Raad van Bestuur, Bestuur MSB, manager Resultaatverantwoordelijke eenheid)	Ontstaat bewustwording bij medisch specialisten omtrent de grote verantwoordelijkheden en de ingewikkelde belangenafwegingen en besluiten waar het ziekenhuis mee te maken heeft	Medisch specialisten verplaatsen zich meer in het perspectief van het ziekenhuis → meer gelijkgerichtheid	Medisch specialist met bestuurlijke positie ontwikkelt daadwerkelijk voldoende inzicht in verantwoordelijkheden en belangenafwegingen; er ontstaat zowel bewustwording van perspectief ziekenhuis als van perspectief medisch collectief (R5, R7, R10, R13, R14, R17, R18)

			Verplaatsing van eigen, persoonlijke financiële belangen en kwaliteitsbelangen naar ziekenhuisbreed belang. Inzicht in breed palet aan beslissingen (R1, R2, R5, R7, R12)
--	--	--	---

Naast deze bevindingen, blijkt uit de interviews dat het verlenen van bestuurlijke posities aan medisch specialisten ook andere mechanismen kan activeren. Het eerste mechanisme vertelt dat het laten toetreden van medisch specialisten in bestuurlijke posities leidt tot een proces van zelfselectie, waarbij reeds geëngageerde dokters dit werk zullen gaan verrichten. Het tweede mechanisme laat zien dat de machtspositie van medisch specialisten stijgt als zij een bestuurlijke positie gaan bekleden. Deze mechanismen, gedragsveranderingen en omstandigheden zijn samengevat in de onderstaande tabel.

Tabel 25: CMO-configuratie bestuurlijke posities

Als... (interventie)	Dan... (mechanisme)	En dit leidt tot... (gedragsverandering)	Wanneer (omstandigheden)
Medisch specialisten bestuurlijke- of managementposities laten bekleden (bijv. lid Raad van Bestuur, Bestuur MSB, manager Resultaatverantwoordelijke eenheid)	Vindt zelfselectie aan de poort plaats. De specialisten die een bestuurlijke positie gaan bekleden, zullen dit doen omdat zij vanuit hun eigen overtuiging reeds sterk geïnteresseerd zijn in het ziekenhuis (R1, R9)	Geen grotere gelijkgerichtheid, omdat deze specialisten vanuit eigen overtuiging reeds denken en handelen vanuit het oogpunt van het ziekenhuis (R1, R9)	Medisch specialist is geïnteresseerd in bestuurswerk (R1, R9)
	Is er sprake van een betere informatiestroom naar deze medisch specialist en is er voor hem meer ruimte om ideeën bij ziekenhuis teponeren (R6, R9, R10, R18)	Meer ruimte voor de medisch specialist om belangen te verduidelijken en te bepalen wat het ziekenhuis beslist (R6, R9)	Medisch specialist is geïnteresseerd in het reilen en zeilen van de ziekenhuisorganisatie

5.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de interviewresultaten voor vier hypothesen, te weten het loondienstmodel, eigenaarschap van het ziekenhuis, Pay-for-Performance en bestuurlijke posities geanalyseerd en samengevat aan de hand van het CMO-model. Bij het loondienstmodel werd zichtbaar dat de mate van professionele autonomie van medisch specialisten dusdanig groot is, dat het theoretische mechanisme in de praktijk van het Nederlandse ziekenhuislandschap niet optreedt. Daardoor leidt het

loondienstmodel in de praktijk niet tot meer gelijkgerichtheid. Zowel bij eigenaarschap van het ziekenhuis en het Pay-for-Performance-model viel op dat de conditie om het causale mechanisme in werking te kunnen laten treden - dat medisch specialisten zich laten leiden door financieel gewin - aanwezig is, waardoor het mechanisme kan optreden en meer gelijkgerichtheid kan ontstaan. Deze condities waren ook aanwezig bij de hypothese rondom bestuurlijke posities, waarbij medisch specialisten zich inderdaad kunnen inleven in het perspectief en de belangen van zowel het ziekenhuis als het medisch collectief. Doordat aan deze conditie wordt voldaan, kan het causale mechanisme geactiveerd worden en wordt gelijkgerichtheid in de hand gewerkt. Al met al kan worden geconcludeerd dat het loondienstmodel in het Nederlandse ziekenhuislandschap niet bijdraagt aan meer gelijkgerichtheid, terwijl dit wel het geval is voor het eigenaarschap van het ziekenhuis, het Pay-for-Performance-model en bestuurlijke posities.

Hoofdstuk 6: conclusie

6.1 Conclusies

De spanning tussen management en professionalisme komt bij uitstek naar voren in ziekenhuisorganisaties. In ziekenhuizen zijn zorgprofessionals en managers, twee partijen die ieder een heel ander perspectief op de realiteit erop nahouden, op elkaar aangewezen om samen de organisatie goed te laten functioneren. Indien zorgprofessionals en het ziekenhuismanagement dezelfde belangen en doelstellingen delen, wordt er gesproken van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. In de literatuur wordt verondersteld dat door middel van integratie tussen ziekenhuis en zorgprofessionals - het nader tot elkaar brengen van beide partijen op structureel niveau - deze gelijkgerichtheid tot stand gebracht kan worden. In dit paper is empirisch onderzocht wat in het Nederlandse ziekenhuislandschap de effecten zijn van de verschillende vormen van integratie tussen het medisch collectief en het ziekenhuis op de mate van gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie.

Uit de verschillende vormen van integratie tussen beide partijen die in de literatuur worden genoemd, zijn hypothesen gededuceerd die concreet toepasbaar waren op het Nederlandse ziekenhuislandschap. Om de hoofdvraag uit dit onderzoek te beantwoorden, werden deze hypothesen vervolgens empirisch getoetst aan de hand van survey- en interviewdata. Allereerst werden via surveyonderzoek de verbanden tussen de uit de theorie gededuceerde integratieve strategieën en de mate van gelijkgerichtheid empirisch onderzocht. Daarbij werd gelijkgerichtheid zowel op strategisch als op operationeel niveau in de ziekenhuisorganisatie gemeten. Op basis van de uitkomsten van deze statistische analyse, werden enkele hypothesen via expertinterviews nader uitgediept, opdat inzicht werd verworven in de vraag welke mechanismen de interventies koppelen aan de uitkomsten, en onder welke omstandigheden deze mechanismen optraden.

Uit de statistische analyse bleek dat de verschillende integratieve strategieën slechts weinig variantie verklaren op de verschillende dimensies van gelijkgerichtheid. De analyse toont aan dat de meeste vormen van integratie niet leiden tot significant meer gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie. Dit geldt opvallend genoeg ook voor de loondiensthypothese: medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis ervaren in het Nederlandse ziekenhuislandschap geen hogere mate van gelijkgerichtheid dan vrijgevestigde medisch specialisten. Verder laten de surveydata zien dat medisch specialisten die bestuurlijke posities bekleden, significant hoger scoren op gelijkgerichtheid dan medisch specialisten die dit niet doen. Ook heeft het Pay-for-Performance-model een positief effect op de mate van gelijkgerichtheid in productie (operationeel niveau): Medisch specialisten die financieel beloond worden voor het leveren van zorg die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet, of die een kostenbesparing teweeg brengt, ervaren een hogere mate van gelijkgerichtheid dan medisch specialisten waarvoor dit

niet geldt. Verder blijkt uit de surveydata dat medisch specialisten die bestuurlijke administratieve taken vervullen én hiervoor bekostigd worden door het ziekenhuis, hoger scoren op gelijkgerichtheid. Ook laat de surveydata zien dat medisch specialisten die door het ziekenhuis benaderd worden om deel te nemen aan symposia of leergangen, met als doel zichzelf verder te ontwikkelen, hoger scoren op gelijkgerichtheid. Het aanbieden van een aansprakelijkheidsverzekering door het ziekenhuis aan medisch specialisten leidt ook tot een hogere mate van gelijkgerichtheid in productie. Verder geldt dat medisch specialisten aan wie het ziekenhuis ondersteunend personeel en/of hulpgoederen kosteloos aanbiedt, een hogere mate van gelijkgerichtheid (op alle niveaus) ervaren dan medisch specialisten voor wie dit niet geldt. Ten slotte leidt het gezamenlijk besturen van een ketenzorginstituut ook tot significant hogere waarden op gelijkgerichtheid.

Op basis van deze surveydata zijn er interviews afgenomen, opdat nader inzicht verkregen kan worden inzake de causale mechanismen die de integratieve strategieën koppelen aan een bepaalde score op gelijkgerichtheid, evenals de omstandigheden (condities) waaronder deze mechanismen empirisch optreden. Deze analyse is gemaakt voor vier hypothesen, namelijk het loondienstmodel, eigenaarschap van het ziekenhuis, Pay-for-Performance en bestuurlijke posities. Uit de interviews bleek dat het niet optreden van een positief verband tussen het loondienstmodel en gelijkgerichtheid voornamelijk verklaard kan worden door de grote mate van professionele autonomie van medisch specialisten. Deze autonomie zorgt ervoor dat het causale mechanisme, dat de interventie aan de gedragsverandering moet koppelen, in het Nederlandse ziekenhuislandschap niet optreedt. Medisch specialisten beschikken over een te grote professionele autonomie, om *de facto* hiërarchisch te worden aangestuurd door het ziekenhuis. In tegenstelling tot het loondienstmodel zijn de omstandigheden bij het eigenaarschap van het ziekenhuis door medisch specialisten én het Pay-for-Performance-model van dusdanige aard, dat het bijbehorende causale mechanisme juist wél wordt geactiveerd. Uit de interviews blijkt immers dat medisch specialisten vatbaar zijn voor financiële prikkels en zich door financieel gewin laten leiden, waardoor beide interventies kunnen leiden tot meer gelijkgerichtheid. Hetzelfde geldt voor het verlenen van bestuurlijke posities aan medisch specialisten: medisch specialisten zijn er voldoende toe in staat om zich in te leven in zowel het perspectief van het ziekenhuis als het oogpunt van de zorgprofessionals. Ook deze integratieve strategie kan in het Nederlandse ziekenhuislandschap derhalve bijdragen aan meer gelijkgerichtheid.

Deze data leveren al met al interessante antwoorden op ten aanzien van de hoofdvraag van dit onderzoek. Waar het in de literatuur alom geprezen loondienstmodel in de praktijk niet leidt tot meer gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie, doet het participatiemodel dit wel. Medisch specialisten laten zich immers leiden door financieel gewin en zijn bereid om anders te werken als daar een financiële beloning tegenover staat. Dokters zijn een professionele beroepsgroep die zoals verwacht veel waarde hechten aan hun professionele autonomie, maar die eveneens vatbaar zijn voor financiële

prikkels. Integratieve strategieën die een duidelijk positief effect op gelijkgerichtheid willen sorteren, moeten derhalve de discretionaire autonomie van de zorgprofessionals niet inperken, en tegelijkertijd deze professionals financieel prikkelen om zich op een bepaalde manier te gedragen.

6.2 Reflectie

Voorgaand wetenschappelijk onderzoek inzake gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie heeft veel theoretische kennis gegenereerd over verschillende vormen van integratie tussen het ziekenhuis en het medisch collectief. Dit is een rijk theoretisch model, bestaande uit verschillende vormen van economische en non-economische integratie. Echter, een toetsing op de werking van deze integratieve strategieën in de praktijk vond slechts sporadisch plaats. Daarbij waren deze strategieën nog nooit toegepast op de Nederlandse context. Dit onderzoek heeft voor het eerst de effecten van verschillende vormen van integratie op de mate van gelijkgerichtheid empirisch in het Nederlandse ziekenhuislandschap getoetst. Het onderzoek levert daarmee een theoretische bijdrage aan de kennis over de werking van de verschillende vormen van integratie in de praktijk, en laat zien welke integratieve strategieën werken in de Nederlandse context. Het theoretische model kan in het bijzonder worden aangescherpt aan de hand van de uitkomsten van de kwalitatieve interviewanalyse, waar voor enkele hypothesen de causale mechanismen en de hiervoor noodzakelijke contextfactoren zijn blootgelegd.

De hoofdvraag uit dit onderzoek is beantwoord middels survey- en interviewdata. Dit betekent dat in dit mixed-method design aan medisch specialisten is gevraagd in hoeverre zij gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie ervaren. Ander onderzoek maakte voorheen veelal gebruik van proxy-variabelen om de mate van gelijkgerichtheid te kunnen vaststellen. In dit onderzoek is bewust gekozen voor zelfrapportage van de respondenten in plaats van proxy-variabelen, omdat bij de bevindingen van proxy-variabelen kan worden afgevraagd hoe hoog het validiteitsgehalte is. Dat maakt zelfrapportage echter nog steeds een methode waar kritiek op geleverd kan worden. Geeft de respondent wel eerlijk antwoord? Of zijn antwoorden gebaseerd op sociale wenselijkheid? Vervolgonderzoek kan ingaan op de vraag hoe gelijkgerichtheid met een nóg hogere mate van validiteit gemeten kan worden. Hetzelfde geldt voor de onafhankelijke variabelen, namelijk de verschillende integratieve strategieën. Weten respondenten wel aan welke integratieve strategieën zij worden blootgesteld in de dagelijkse praktijk, en kunnen ze de vragen daardoor correct beantwoorden? De reden dat in dit onderzoek hiervoor is gekozen, is dat de onderzoeker niet over deze kennis beschikt, en uitgebreid onderzoek nodig is om deze kenmerken te achterhalen. In dit onderzoek zijn vragen zo eenduidig mogelijk aan respondenten voorgelegd, waardoor het foutief beantwoorden van de vragen zo sterk mogelijk werd uitgesloten. Desondanks kunnen in vervolgonderzoek deze kenmerken van de respondent reeds door de onderzoeker worden toegeschreven aan de individuele respondent, waardoor de kans op meetfouten wordt verkleind.

Enkele hypothesen, die in de kwantitatieve analyse opmerkelijke resultaten vertoonden, zijn in het kwalitatieve gedeelte nader uitgediept aan de hand van het CMO-model. Vanwege tijd- en ruimtegebrek is het niet mogelijk om een dergelijke analyse uit te voeren voor iedere in het theoretisch kader genoemde vorm van integratie. Vervolgonderzoek dient deze opdracht aan te gaan, door eveneens de andere integratieve strategieën te analyseren aan de hand van de CMO-heuristiek.

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek berust op het feit dat het Nederlandse ziekenhuislandschap in transitie is. Algemene ziekenhuizen dienen keuzes te maken voor een specifiek organisatiemodel en kunnen in de praktijk tussen drie modellen kiezen (zie Van Dijl et al., 2014). Kiezen zij voor het loondienstmodel, door alle medisch specialisten in dienst van het ziekenhuis te nemen? Kiezen zij voor het samenwerkingsmodel, door naast loondienst ook de structuur met vrijgevestigde medisch specialisten te laten bestaan? Of wordt voor het participatiemodel gekozen, de meest radicale variant, waarbij medisch specialisten eigenaar worden van het ziekenhuis? Keuzes tussen deze modellen kunnen op allerlei gronden worden genomen. Op basis van dit onderzoek kan echter worden geconcludeerd dat het loondienstmodel in de Nederlandse context niet gepaard gaat met een hogere mate van gelijkgerichtheid dan het samenwerkingsmodel. Dit is opvallend, aangezien juist het samenwerkingsmodel aanvankelijk door kabinet Rutte-II werd beschouwd als een tussenvorm, om uiteindelijk te bewegen richting volledig loondienst- of participatiemodel. Dit onderzoek toont echter aan dat er in Nederland geen sprake is van de juiste condities om onder het loondienstmodel een hoge mate van gelijkgerichtheid te ontwikkelen. Daarvoor is in de Nederlandse context de professionele autonomie van dokters te groot, en dit schuurt met het mechanisme van hiërarchische sturing. Het loondienstmodel functioneert niet in een context van een grote professionele autonomie onder medisch specialisten. Het succes van het loondienstmodel hangt derhalve sterk af van de grootte van de professionele autonomie onder het medisch collectief in een specifieke context.

Er lijkt daarentegen in Nederland juist wel sprake van een vruchtbare bodem voor het participatiemodel, aangezien dit onderzoek aantoont dat het Nederlandse ziekenhuislandschap beschikt over de juiste condities om onder dit model een hoge mate van gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en het medisch collectief tot stand te brengen. Dit onderzoek laat zien dat in de Nederlandse context medisch specialisten zich laten leiden door financieel gewin. In de gezondheidssystemen waar financieel gewin inderdaad een belangrijk motief is voor dokters, is de slagingskans van het participatiemodel groot. Voor Nederland geldt dat de bal nu spreekwoordelijk bij de regering ligt, aangezien de wetgeving moet worden veranderd om het participatiemodel in haar volledigheid te kunnen toepassen in het Nederlandse ziekenhuislandschap. Want als het aankomt op gelijkgerichtheid, lijkt dit een ideaal model.

Referenties

- Alexander, J.A., Waters, T.M., Burns, L.R., Shortell, S.M., Gillies, R.R., Budetti, P.P., & Zuckerman, H.S. (2001). The Ties That Bind: Interorganizational Linkages And Physician-System Alignment. *Medical Care*, 39(7), I30-I45.
- Beach, D., & Pedersen, R.B. (2013). *Process-Tracing Methods: Foundations And Guidelines*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Bruijn, H. de. (2011). *Managing Professionals*. Abingdon: Routledge.
- Budetti, P.P., Shortell, S.M., Waters, T.M., Alexander, J.A., Burns, L.R., Gillies, R.R., & Zuckerman, H. (2002). Physician And Health System Integration. *Health Affairs*, 21(1), 203-210.
- Burns, L.R., & Muller, R.W. (2008). Hospital-Physician Collaboration: Landscape Of Economic Integration And Impact On Clinical Integration. *The Milbank Quarterly*, 86(3), 375-434.
- Eijkenaar, F. (2014). *Verwacht Niet Teveel Van 'Pay-For-Performance' In De Zorg*. Geraadpleegd 25 maart 2020, op <https://www.socialevraagstukken.nl/verwacht-niet-teveel-van-pay-for-performance-in-de-zorg/>.
- Gerring, J. (2007). *Case Study Research: Principles And Practices*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goes, J.B., & Zhan, C. (1995). The Effects Of Hospital-Physician Integration Strategies On Hospital Financial Performance. *HSR: Health Services Research*, 30(4), 507-530.
- Ketcham, J.D., & Furukawa, M.F. (2008). Hospital-Physician Gainsharing In Cardiology. *Health Affairs*, 27(3), 803-812.
- Mintzberg, H. (1992). *Organisatiestructuren*. Schoonhoven: Academic Service Economie en Bedrijfskunde.
- Morrisey, M.A., Alexander, J.A., & Ohsfeldt, R.L. (1990). Physician Integration Strategies And Hospital Output: A Comparison Of Rural And Urban Institutions. *Medical Care*, 28(7), 586-603.
- Page, A.E., Butler, C.A., & Bozic, K.J. (2013). Factors Driving Physician-Hospital Alignment In Orthopaedic Surgery. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2013(471), 1809-1817.
- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). *Realist Evaluation*. Geraadpleegd 25 maart 2020, op http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf.
- Salas-Lopez, D., Jarva-Weiss, S., Nestor, B.A., & Whalen, T.V. (2014). Physician Clinical Alignment And Integration: A Community Academic Hospital Approach. *Journal of Healthcare Management*, 59(3), 195-208.
- Satiani, B., & Vaccaro, P. (2010). A Critical Appraisal Of Physician-Hospital Integration Models. *Journal of Vascular Surgery*, 51(4), 1046-1053.

- 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*. Assen: Van Gorcum.
- Smith, H.L., Reid, R.A., & Piland, N.F. (1990). Managing Hospital-Physician Relations: A Strategy Scorecard. *Health Care Management Review*, 15(4), 23-33.
- Sowers, K.W., Newman, P.R., & Langdon, J.C. (2013). Evolution Of Physician-Hospital Alignment Models: A Case Study Of Comanagement. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2013(471), 1818-1823.
- The Governance Institute. (2008). *Aligning Hospitals And Physicians: Formulating Strategy In A Changing Environment*. Geraadpleegd 13 mei 2019, op <https://static1.squarespace.com/static/5487509fe4b0672ae6c16f81/t/54a42772e4b03ccd29fba007/1420044146764/Aligning-Hospitals-and-Physicians-Formulating-Strategy-in-a-Changing-Environment-White-Paper.pdf>.
- Trybou, J., Gemmel, P., & Annemans, L. (2011). The Ties That Bind: An Integrative Framework Of Physician-Hospital Alignment. *BMC Health Services Research*, 11(36), 1-5.
- Trybou, J., Gemmel, P., Vaerenbergh, Y. van., & Annemans, L. (2014). Hospital-Physician Relations: The Relative Importance Of Economic, Relational And Professional Attributes To Organizational Attractiveness. *BMC Health Services Research*, 14(232), 1-9.
- Van Dijl, M., Schraeverus, J., Linders, H., Hullenaar, J. van 't., Bochove, K., Moors, M., & Crijns, R. (2014). *Een Verdieping Van Besturingsmodellen Voor Een Duurzame Relatie Tussen Ziekenhuis En Specialist*. Geraadpleegd 26 april 2020, op <https://docplayer.nl/3863402-Auteurs-marc-van-dijl-jeltje-schraeverus-hans-linders-jasja-van-t-hullenaar-klaas-bochove-marlijn-moors-en-ruud-crijns.html>.
- Vennix, J. (2011). *Theorie En Praktijk Van Empirisch Onderzoek*. Londen: Pearson Custom Publishing.

Appendix 1: Survey Medisch Specialisten

Survey Medisch Specialisten

Start of Block: Block 6

Q38 Beste medisch specialist,

Veel dank voor uw bereidheid om deze enquête in te vullen.

Dit onderzoek tracht te achterhalen welke factoren de gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en het medisch collectief beïnvloeden. Daartoe wordt in dit eerste stadium van het onderzoek deze survey uitgezet onder medisch specialisten van Nederlandse algemene ziekenhuizen.

De geaggregeerde resultaten van dit onderzoek zullen worden gepubliceerd in een masterthesis. Deze masterthesis zal worden verspreid over de ziekenhuizen die deelnamen aan het onderzoek.

De data worden uitsluitend gebruikt voor wetenschappelijke doeleinden. Alle antwoorden worden anoniem en vertrouwelijk behandeld. U kunt wel aan het einde van deze vragenlijst uw e-mailadres achterlaten, indien u bereid bent om eventueel deel te nemen aan de vervolgstadia van dit onderzoek.

Het invullen van de enquête duurt ongeveer 10 minuten.

Bij vragen omtrent de enquête kunt u altijd contact opnemen met de onderzoeker. De contactgegevens luiden als volgt:

Casper Kikken

Stagiair Medisch Specialistisch Bedrijf Zuyderland | Masterstudent Bestuurskunde, Radboud Universiteit Nijmegen

T: 088-4598065 / 0642668773

E: c.kikken@zuyderland.nl

Voorafgaand aan de enquête kunt u hieronder invullen aan welk ziekenhuis u verbonden bent.

End of Block: Block 6

Start of Block: Block 9

Q60 De eerste zes vragen gaan over de door u gepercipieerde mate van gelijkgerichtheid.

End of Block: Block 9

Start of Block: Gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie

Q2 1. Ik kan mij, als medisch specialist, vinden in het beleid dat het ziekenhuis voert.

- Zeer mee eens (1)
- Mee eens (2)
- Mee eens noch mee oneens (3)
- Mee oneens (4)
- Zeer mee oneens (5)

- Weet niet (6)

Q37 2. De wensen en belangen die ik als medisch specialist heb op het gebied van productie sluiten aan bij de wensen en belangen van het bestuur van mijn ziekenhuis.

- Zeer mee eens (1)
- Mee eens (2)
- Mee eens noch mee oneens (3)
- Mee oneens (4)
- Zeer mee oneens (5)
- Weet niet (6)

Q53 3. De wensen en belangen die ik als medisch specialist heb op het gebied van kwaliteit en veiligheid sluiten aan bij de wensen en belangen van het bestuur van mijn ziekenhuis.

- Zeer mee eens (1)
- Mee eens (2)
- Mee eens noch mee oneens (3)
- Mee oneens (4)
- Zeer mee oneens (5)
- Weet niet (6)

Q56 4. Ik ben, als medisch specialist, ertoe bereid om het beleid van het ziekenhuis uit te voeren.

- Zeer mee eens (1)
- Mee eens (2)
- Mee eens noch mee oneens (3)
- Mee oneens (4)
- Zeer mee oneens (5)
- Weet niet (6)

Q55 5. Het ziekenhuis is welwillend om met ons, als medisch collectief, samen te werken om onze wensen en belangen na te streven.

- Zeer mee eens (1)
- Mee eens (2)
- Mee eens noch mee oneens (3)
- Mee oneens (4)
- Zeer mee oneens (5)
- Weet niet (6)

Q6 6. Ik acht het reëel dat de samenwerking tussen het ziekenhuis en het medisch collectief (verder) verbeterd kan worden.

- Zeer mee eens (1)
- Mee eens (2)
- Mee eens noch mee oneens (3)
- Mee oneens (4)
- Zeer mee oneens (5)
- Weet niet (6)

End of Block: Gelijkgerichtheid in de ziekenhuisorganisatie

Start of Block: Block 7

Q39 De volgende vragen gaan over verschillende vormen van integratie tussen het medisch collectief en het ziekenhuis en hebben concreet betrekking op de positie van u als medisch specialist.

End of Block: Block 7

Start of Block: Block 1

Q40 7. Wat is uw status als medisch specialist?

- In loondienst bij het ziekenhuis (1)
- Vrijgevestigd (2)
- In loondienst bij een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) (3)
- Anders, namelijk... (4) _____
- Weet niet (5)

Q41 8. Ik ben, als medisch specialist, lid van een... (meerdere antwoorden mogelijk)

- Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) (1)
- Vereniging Medisch Specialististen in Dienstverband (VMSD) (2)
- Vereniging Medische Staf (VMS) (3)
- Geen van deze organisaties (5)
- Anders, namelijk... (6) _____
- Weet niet (7)

Q43 9. Mijn ziekenhuis heeft...

- Één MSB (1)
- Meerdere MSB's (2)
- Geen MSB's (3)
- Weet niet (4)

Display This Question:

If 9. Mijn ziekenhuis heeft... = Één MSB

Q42 9a. Het MSB in ons ziekenhuis omvat...

- Alle vrijgevestigde medisch specialisten (1)
- Alle vrijgevestigde medisch specialisten én alle medisch specialisten in loondienst (2)
- Anders, namelijk... (4) _____
- Weet niet (5)

Display This Question:

If 9. Mijn ziekenhuis heeft... = Meerdere MSB's

Q44 9b. De MSB's in ons ziekenhuis omvatten...

- Enkel vrijgevestigde medisch specialisten (1)
- Zowel vrijgevestigde medisch specialisten als medisch specialisten in loondienst (2)
- Anders, namelijk... (3) _____
- Weet niet (4)

Q45 10. Ik bezit over aandelen, en daarmee over eigendomsrechten, van... (meerdere antwoorden mogelijk)

- Het ziekenhuis (1)
- Een joint venture van het ziekenhuis (2)
- Een instituut van het ziekenhuis dat ketenzorg aanbiedt (3)
- Een andere, aan het ziekenhuis gelieerde instelling, namelijk... (4)

- Geen van allen (5)
- Weet niet (6)

Q22 11. Ik verricht werkzaamheden voor een joint venture.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

End of Block: Block 1

Start of Block: Block 8

Q30 12. Ik bekleed een bestuurlijke positie binnen het ziekenhuis (bijv. lid Raad van Bestuur, lid Bestuur MSB, lid Bestuur VMS)

- Juist, ik ben aangesteld als... (1) _____
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Q31 13. Ik word, als medisch specialist, door het ziekenhuis soms geconsulteerd bij het maken van bestuurlijke besluiten (bijv. in adviserende rol, als gesprekspartner, als gemandateerde namens een vakgroep)

- Juist (1)

- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Q12 14. Ik ben aangesteld (in het heden of verleden) als afdelingshoofd, medisch manager of projectleider.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Display This Question:

If 14. Ik ben aangesteld (in het heden of verleden) als afdelingshoofd, medisch manager of projectle... =
Juist

Q48 14a. Ik ben in deze positie (als afdelingshoofd, medisch manager of projectleider) aangesteld door...

- Het ziekenhuis (1)
- Het MSB (2)
- De VMS (3)
- Anders, namelijk... (4) _____

End of Block: Block 8

Start of Block: Block 2

Q17 15. Mijn inkomen als medisch specialist is gedeeltelijk afhankelijk van het financiële succes van het ziekenhuis of het MSB.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Q51 16. Ik word financieel beloond als de door mij geleverde zorg aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet, of een kostenbesparing teweeg brengt (Pay-for-Performance, P4P).

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Q49 17. Het ziekenhuis assisteert mij bij mijn persoonlijke aansprakelijkheid (via een verzekering) in het geval van medische fouten.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Q9 18. Toen ik nieuw in dienst kwam bij dit ziekenhuis, werden mijn salaris- en opleidingskosten (tijdelijk) door het ziekenhuis vergoed, opdat de vakgroep of het Medisch Specialistisch Bedrijf waartoe ik behoor financieel werd ontzien.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

End of Block: Block 2

Start of Block: Block 3

Q11 19. Als medisch specialist word ik geregeld door het ziekenhuis benaderd om deel te nemen aan projecten, leergangen, symposia of andere initiatieven die als doel hebben om mijzelf verder te ontwikkelen in mijn professie.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Q19 20. Het ziekenhuis faciliteert mij als medisch specialist door ondersteunend medisch personeel en/of hulpgoederen (apparatuur, uitrusting, toebehoren) *kosteloos* aan mij ter beschikking te stellen.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Q20 21. Als medisch specialist ben ik werkzaam voor een instituut binnen het ziekenhuis dat ketenzorg aanbiedt.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Display This Question:

If 21. Als medisch specialist ben ik werkzaam voor een instituut binnen het ziekenhuis dat ketenzorg... = Juist

Q50 21a. Het ketenzorginstituut waarvoor ik werkzaamheden verricht, wordt bestuurlijk aangestuurd door...

- Het ziekenhuis (1)
- Het medisch collectief (2)
- Het ziekenhuis en het medisch collectief gezamenlijk (3)
- Anders, namelijk... (4) _____

End of Block: Block 3

Start of Block: Block 4

Q23 22. Het ziekenhuis heeft in het verleden pogingen ondernomen of druk op mij uitgeoefend om mij lid te laten worden van een vakgroep.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Q25 23. Mijn ziekenhuis onderneemt pogingen om verwijzers ertoe te bewegen patiënten voornamelijk naar mijn ziekenhuis te sturen.

- Juist (1)
- Onjuist (2)
- Weet niet (3)

Q26 24. Ik onderneem actieve pogingen om ervoor te zorgen dat patiënten kiezen voor mijn ziekenhuis.

- Juist (4)
- Onjuist (5)
- Weet niet (6)

End of Block: Block 4

Start of Block: Block 5

Q57 26. Hoe lang bent u reeds werkzaam in uw ziekenhuis?

Q33 27. Wat is uw leeftijd?

- <35 (1)
- 35-- (2)
- 45-- (3)
- 55-- (4)
- 65> (5)
- Wil niet zeggen (6)

Q34 28. Wat is uw geslacht?

- Vrouw (1)
- Man (2)
- Anders (3)
- Wil niet zeggen (4)

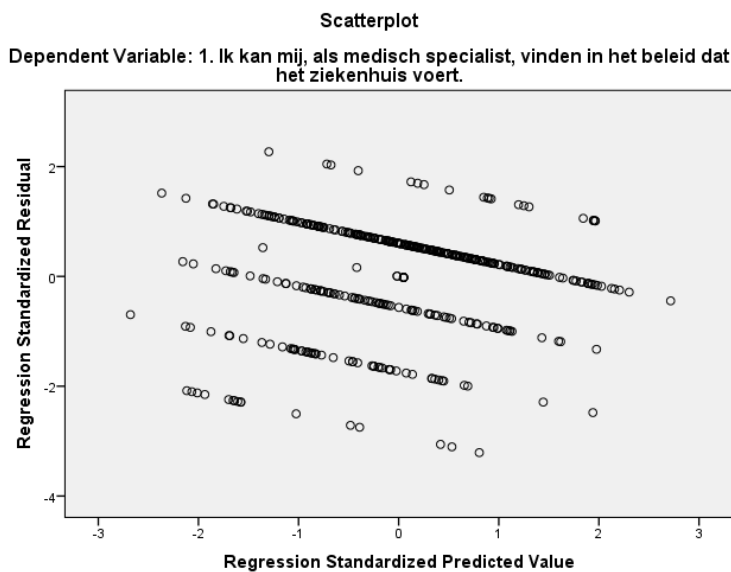
Q36 29. Bent u ertoe bereid om in een vervolgstadium van het onderzoek opnieuw benaderd te worden om enkele vragen te beantwoorden voor dit onderzoek? Zo ja, laat dan hieronder uw mailadres achter.

End of Block: Block 5

Appendix 2: assumptietoetsen

Assumpties

Ten slotte worden kort de assumpties van lineaire OLS regressie besproken en getoetst op deze modellen. De eerste assumptie die wordt getoetst is die van lineariteit en additiviteit. Om deze assumptie te toetsen, wordt gekeken naar het scatterplot waarin de gestandaardiseerde voorspelde waarden op de x-as en de gestandaardiseerde residuen op de y-as uiteen zijn gezet. Dit scatterplot wordt hieronder weergegeven.

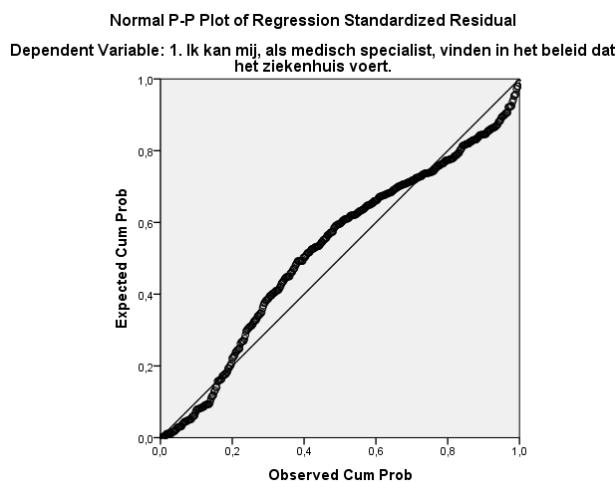
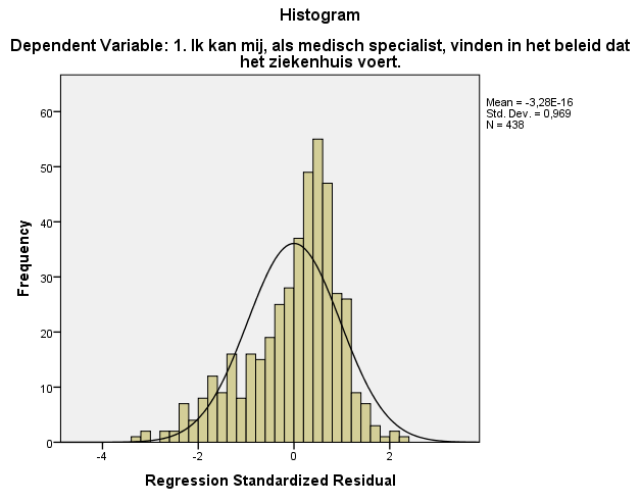


Uit dit scatterplot kan worden opgemaakt dat de assumptie van lineariteit wordt behaald. Het is immers mogelijk om door het scatterplot een rechte, dalende lijn te trekken. Het model is goed gespecificeerd: het is niet vereist om bepaalde onafhankelijke variabelen te vermenigvuldigen tot een bepaalde macht.

De volgende assumptie is de assumptie van onafhankelijke errors. Deze wordt getoetst via hetzelfde scatterplot, evenals de Durbin-Watson test statistic van het model. Uit het scatterplot is af te lezen dat de errors willekeurig zijn verdeeld, er is geen patroon tussen opeenvolgende waarden af te lezen. Ook de Durbin-Watson statistic ziet er goed uit: deze bedraagt 1,919 en ligt daarmee zeer dicht bij de veilige waarde van 2 (zie Field, 2013, p.311).

De derde assumptie is de assumptie van homoscedasticiteit. Ook deze assumptie wordt gehaald. Voor iedere waarde op de x-as geldt dat de spreiding ongeveer even wijd van de regressielijn is; de spreiding is niet voor verschillende waarden opvallend kleiner dan voor andere.

De assumptie van normaal verdeelde errors is de vierde assumptie. Om deze assumptie te toetsen, wordt het histogram en het normaal-waarschijnlijkheidsplot van de gestandaardiseerde residuen geraadpleegd.

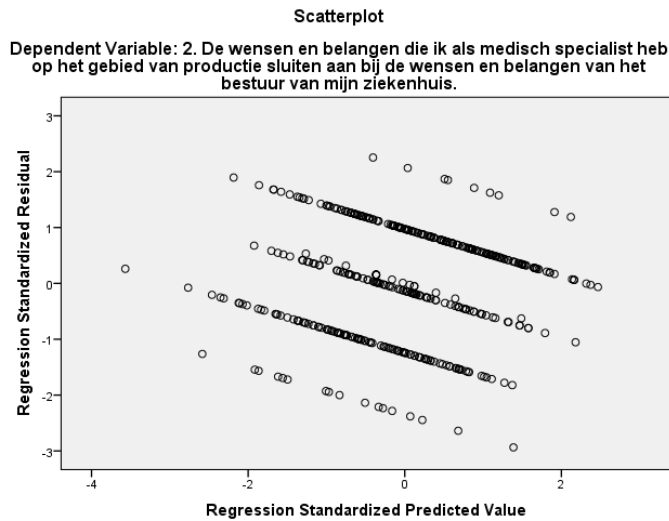


Het histogram benadert de normale verdeling vrij goed, het is een beetje linksscheef. Ook het normaal-waarschijnlijkheidsplot laat zien dat er ongeveer sprake is van een normale verdeling, doordat de puntenlijn zeer dichtbij de diagonaal ligt. Ook deze assumptie wordt derhalve behaald.

De laatste assumptie die wordt getoetst is multicollineariteit. Waarden zijn problematisch als de Tolerance-waarde kleiner is dan 0,2 of als de VIF-waarde groter is dan 10. Dat is bij geen enkele onafhankelijke variabele het geval. De dummyvariabele omtrent de status van de medisch specialist is nog het meest problematisch. Deze variabele heeft in model 2 een Tolerance van 0,300 en een VIF van 3,336, in model 3 een Tolerance van 0,299 en een VIF van 3,349 en in model 4 een Tolerance van 0,288 en een VIF van 3,468. Deze waarden zitten echter nog steeds binnen de veilige marge. Ook de dummyvariabele ‘delen van winsten en risico’s’ heeft iets hogere waarden dan andere variabelen, maar blijft nog steeds binnen de veilige marge.

Assumpties

Met betrekking tot de assumptietoetsen wordt allereerst weer gekeken naar het scatterplot van de gestandaardiseerde voorspelde waarden uitgezet tegen de gestandaardiseerde residuen:



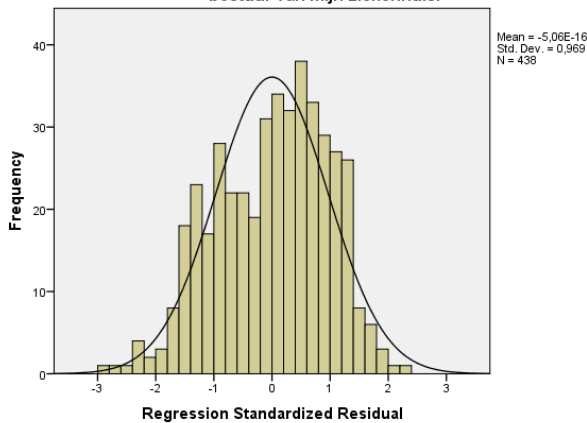
Uit dit scatterplot blijkt wederom dat de assumptie van lineariteit en additiviteit wordt behaald. Het is wederom mogelijk om door de puntenwolk een rechte, dalende lijn te trekken, duidend op een lineair negatief verband. Het is niet nodig om de onafhankelijke variabelen te transformeren, bijvoorbeeld door deze met een macht te vermenigvuldigen.

Ook de assumptie van onafhankelijke errors wordt wederom behaald. Opeenvolgende waarden op de x-as vertonen geen duidelijk patroon, wat erop duidt dat deze waarden niet met elkaar correleren maar onafhankelijk van elkaar zijn. Ook de Durbin-Watson statistic duidt erop dat er van onafhankelijke errors sprake is: deze waarde bedraagt immers 1.780. Daarmee is deze waarde iets verder verwijderd van de 'veilige' waarde vergeleken met het vorige model, maar ziet deze waarde er nog steeds prima uit.

Er is ook geen sprake van heteroscedasticiteit; de assumptie van homoscedasticiteit wordt behaald. Voor iedere waarde op de x-as is de spreiding van de waarden ten opzichte van de denkbeeldige regressielijn ongeveer even groot. Het is niet het geval dat de spreiding voor bepaalde waarden op de x-as aanmerkelijk groter is dan voor andere waarden.

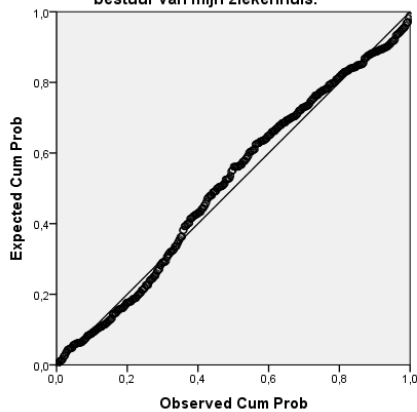
Verder wordt ook de assumptie van normaal verdeelde errors gehaald. In het onderstaande histogram is een klokvormige verdeling van de gestandaardiseerde residuen zichtbaar. De verdeling is noch link- noch rechtsscheef, maar benadert de normale verdeling nagenoeg perfect. Dit wordt bevestigd door het normaal-waarschijnlijkheidsplot, aangezien hierin ook kan worden afgelezen dat de puntenlijn nagenoeg volledig op de diagonale lijn ligt, en niet als een kronkelende slang eromheen beweegt.

Histogram
 Dependent Variable: 2. De wensen en belangen die ik als medisch specialist heb op het gebied van productie sluiten aan bij de wensen en belangen van het bestuur van mijn ziekenhuis.



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

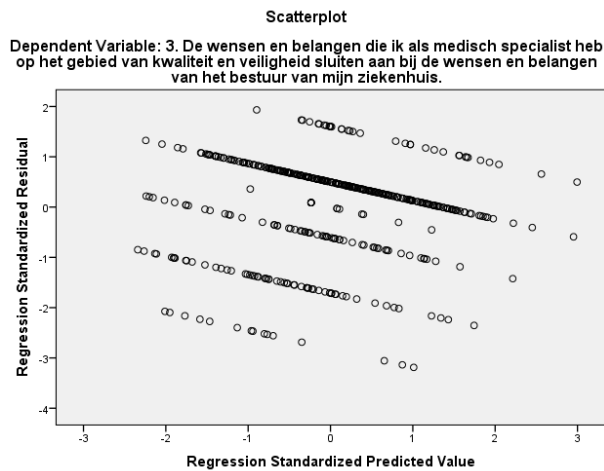
Dependent Variable: 2. De wensen en belangen die ik als medisch specialist heb op het gebied van productie sluiten aan bij de wensen en belangen van het bestuur van mijn ziekenhuis.



Wat betreft de assumptie van de afwezigheid multicollineariteit tussen de onafhankelijke variabelen vallen nagenoeg dezelfde variabelen op als bij de vorige regressietabellen. De dummyvariabele voor medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis vertoont opnieuw relatief lage Tolerancewaarden, namelijk 0.300 in model 2, 0.299 in model 3 en 0.288 in model 4. De VIF-waarden bedragen in model 2 3,336, in model 3 3,349 en in model 4 3,468. Echter, wederom blijven de waarden binnen de veilige marge. Ook vertoont de variabele voor het delen van winsten en risico's tussen het medisch collectief en het ziekenhuis wederom hogere waarden, maar bevinden ook deze waarden zich opnieuw binnen de veilige marge.

Assumpties

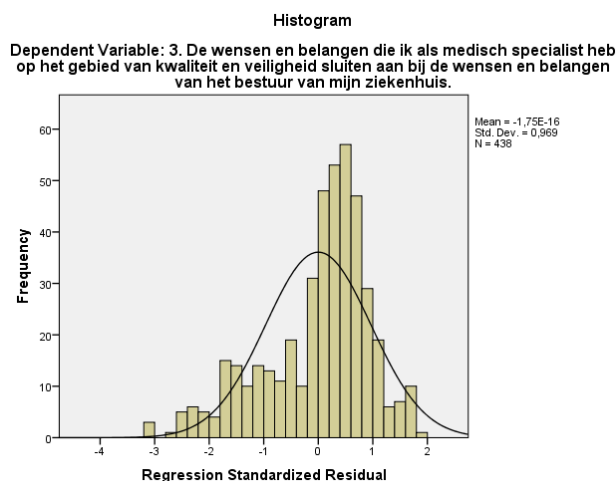
De assumptie van lineariteit en additiviteit worden ook bij deze modellen behaald. Het onderstaande scatterplot laat duidelijk zien dat er sprake is van een negatief lineair verband tussen de gestandaardiseerde voorspelde waarden en de gestandaardiseerde residuen. Het is mogelijk om een rechte, dalende lijn te trekken door de puntenwolk, wat duidt op lineariteit en additiviteit.



Ook de assumptie van onafhankelijke errors wordt gehaald. Voor opeenvolgende waarden op de x-as is geen duidelijk patroon zichtbaar tussen de verschillende punten in het scatterplot. Dit duidt erop dat er geen correlatie plaatsvindt tussen opeenvolgende waarden en dat er sprake is van onafhankelijke errors. De Durbin-Watson statistic bedraagt 1,861 en zit daarmee dicht bij de waarde van 2, duidend op onafhankelijke errors.

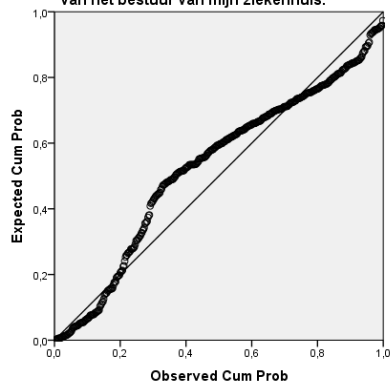
De assumptie van homoscedasticiteit wordt eveneens gehaald. De spreiding van de punten ten opzichte van de denkbeeldige regressielijn is voor verschillende waarden op de x-as nagenoeg gelijk. Het is niet het geval dat deze spreiding voor bepaalde waarden op de x-as significant kleiner of groter is dan voor andere waarden op de x-as, duidend op homoscedasticiteit.

Ook wordt de assumptie van normaal verdeelde errors opnieuw gehaald, al duiden de diagrammen op iets meer schending van deze assumptie dan dat bij de vorige modellen het geval was. Het onderstaande histogram laat zien dat de verdeling enigszins linksscheef is. Ook in het onderstaande normaal-waarschijnlijkheidsdiagram is zichtbaar dat de punten iets meer kronkelen rondom de diagonale lijn. Echter, deze mate van linksscheefheid en kronkeling valt in absolute termen nog relatief mee, de assumpties worden niet per definitie geschonden.



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: 3. De wensen en belangen die ik als medisch specialist heb op het gebied van kwaliteit en veiligheid sluiten aan bij de wensen en belangen van het bestuur van mijn ziekenhuis.



Ook is er geen sprake van een grove schending van de assumptie van afwezigheid van multicollineariteit. Wederom vertoont de dummyvariabele van medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis opvallend lagere Tolerancewaarden en hogere VIF-waarden dan de andere variabelen, maar deze waarden zijn nog steeds niet problematisch. In model 2 is de Tolerancewaarde van deze variabele 0,300, in model 3 0,299 en in model 4 0,288. De VIF-waarden bedragen in model 2 3,336, in model 3 3,349 en in model 4 3,468. Daarmee vallen deze waarden op ten opzichte van de waarden van de overige variabelen, maar passeren zij nimmer de problematische grens.

