



PROF. DR. THIJS HOMAN, HOOGLERAAR CHANGE AND IMPLEMENTATION, OPEN UNIVERSITEIT NEDERLAND

DAT DE ADMINISTRATIEVE KANT VAN HET BESTUREN VAN ZORGINSTELLINGEN EEN BELANGRIJK IETS IS, DAT STAAT BIJEN DE ZORGINSTELLINGEN EIGENLIJK NOG WEL ZONDER ADMINISTRATIEVE SYSTEMEN, PROCEDURES, MAATREGELEN EN PLANNINGEN KUNNEN? IK BETWIJFEL HET. TEGELIJKERTIJD ZOU HET WEL EENS ZO KUNNEN ZIJN DAT ER OP DIT MOMENT SPRAKE IS VAN WAT TE VEEL VAN HET GOEDE. ALLEEN AL OP DE WEBSITE VAN DE NVMA STAAN ACHT VERSCHILLENDE AANDACHTSGEBIEDEN VOOR ZORGADMINISTRATIE: ELEKTRONISCHE PATIËNTENDOSIERS (EPD'S); ADMINISTRATIEVE ORGANISATIE; INFORMATIEVOORZIENING EN INFORMATIEBEHEERSING; CLASSIFICATIES, CODERINGEN EN STANDAARDISATIE; DIAGNOSEN- EN VERRICHTINGENREGISTRATIE; DBC REGISTRATIE, VALIDATIE EN FACTURATIE; DOCUMENTAIRE

VERWARMINGS- MANAGEMENT IN DE ZORG

INFORMATIESYSTEMEN EN ARCHIVERING EN DE ADMINISTRATIEVE GEVOLGEN VAN DE VERANDERINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORGWETGEVING. MAAR WAAR ZIJN DE PATIËNTEN EN DE ZORGPROFESSIONALS IN DEZE OPSOMMING GEBLEVEN? OM MAAR EENS EEN VRAAG TE STELLEN. IN DEZE BIJDRAGE EEN KRITISCHE ORGANISATIEKUNDIGE ANALYSE VAN ONTWIKKELINGEN OP ADMINISTRATIEF EN ZORG-MANAGEMENTGEBIED. WAAR STAAN DIE ONTWIKKELINGEN VOOR? EN BEOGEN WE NOU WEL DE JUISTE DINGEN MET AL DEZE BESTUURLIJK ADMINISTRATIEVE INSPANNINGEN?

LIKE AN ENGLISHMAN IN NEWYORK

Dit mooie lied van Sting geeft aan hoe ik me als Organisatiekundige verhoud tot het accountancy- en control-vak en alles dat daarmee samenhangt. Ik kijk er naar; zie de toewijding en passie van de mensen die het vak beoefenen. Ook zie ik de frustraties van de ‘administratievelingen’ die steeds maar weer merken hoe moeizaam ze de zorgprofessionals meekrijgen in de noodzakelijk administratieve veranderingen. Andersom merk ik – ook vanuit eigen ervaring – hoeveel moeite op hun beurt die zorgprofessionals hebben met de ‘formulieren-tsunami’, zoals zij dat ervaren. De beknotting van hun vrijheden; de tijd die ze kwijt zijn aan hun inziens nutteloze administratieve handelingen. Als zowel de ‘zenders’ als de ‘ontvangers’ van al de an sich fraaie en weldoordachte systemen, procedures en administratieve regels er zo’n moeite mee hebben, wat is er dan toch aan de hand? Zijn we dan nog wel goed bezig? Hoe is deze situatie eigenlijk ontstaan? Wat houdt het in stand?

In het hierna volgende een analyse waarbij ik organisatiekundig bestudeer wat er naar mijn idee (en ik sta daar niet alleen in) gaande is in de zorg. Een analyse van een niet-administratie-expert dus, waarbij ik me vooral laat inspireren door de sociologische complexiteitsbenadering in de Managementwetenschappen.¹ Een andere bril dus: en wat valt er dan te zien?

HOE IS HET ZO GEKOMEN?

De laatste dertig-veertig jaar lijkt er sprake te zijn van een diepgaande omslag in het denken over zorgmanagement, en meer algemeen het management in de publieke sector. Het ‘zorglandschap’ van pakweg veertig jaar geleden kenmerkte zich door een forse mate van decentralisatie. Op lokaal niveau bestonden er tal van zorginstellingen en -organisaties die min of meer zelfstandig functioneerden. Ze legden verantwoording af aan de lokale autoriteiten. Het dominante gedragsreguleringsmechanisme was de professionele institutionalisering. Voor de verschillende typen zorgprofessionals bestonden (en bestaan) er van oudsher (statige) instituten die professionele standaarden ontwikkelen en onderwijs organiseren om zo de kwaliteit van de uitoefening van het zorgvak hoog te houden. De gedragsregulering van zorgprofessionals was dus vooral een ‘interne’ kwestie: zelfregulering. Waarbij de professionals dus als vakgenoten onderling normen en standaarden ontwikkelen voor het eigen werk. Binnen de klassieke Organiseatiekunde waarin ik vroeger ben opgeleid, werden zorginstellingen dan ook afgeschilderd als notoir ‘lastig aanstuurbare’ organisaties. De macht lag immers bij de zorgprofessionals en niet per sé bij het management. Voor managers in de zorg was het daardoor vaak uitermate lastig om gedetailleerde control op de zorgprofessionals uit te oefenen. Vertaald in een theoretisch concept hield deze situatie in dat de machtsfiguratie zodanig was dat de zorgprofessionals zelf in hoge mate konden bepalen wat ze deden, wanneer ze dat deden en hoe ze dat deden.

Uiteraard had dit zo zijn eigen gevolgen. Er bestond soms een variatie in de manier waarop zorginstellingen, en de zorgprofessionals daar-

binnen, functioneerden. Verder maakten de ideologie van de professionele ‘roeping’ in combinatie met relatief veel vrijheidsgraden het lastig om collega-professionals die niet goed functioneerden aan te spreken. Medische missers verdwenen soms onder het tapijt en als patiënten al protesteerden dan verzandden hun protesten vaak in lange beroepsprocedures bij commissies en arbitrageorganen die primair bestonden uit de zorgprofessionals zelf. Het was dan ook geen echte verrassing dat zo’n dertig jaar geleden dit model fors ter discussie gesteld werd. Dit ging hand in hand met het opkomen van het neoliberalisme (Thatcher in de UK en Reagan in de U.S.) en – in het verlengde daarvan – de ontwikkeling van New Public Governance als nieuwe managementdoctrine voor overheidsorganisaties.²

In dit denken kwam eigenlijk de hele publieke sector, inclusief de zorgsector in het verdachtenbankje te zitten: inefficiënt, niet klantgericht, intransparant, niet innovatief. Plotsklaps bleek er van alles mis te zijn bij de overheid, het onderwijs, de zorg etcetera. De oplossing voor al deze problemen werd gezocht in het marktdenken. Daarbij was de aanname dat datgene dat in de private sector goed functioneerde, ook goed zou zijn voor publieke organisaties en dus ook voor zorginstellingen. De private sector werd het ijkpunt voor het functioneren en managen van de zorg. Zodoende ging het bij ‘managen’ op den duur primair om het maken en uitrollen van beleidsplannen, om doelstellingen, kpi’s, het monitoren van prestaties en het ‘aanspreken’ van mensen op hun prestaties. En om het managen van ‘resources’, waarbij de zorgprofessionals, net zoals geld, technologie en gebouwen beschouwd werden al ‘resources’. Human resources... dat dan weer wel. Parallel hieraan deed de markt- en marketingretoriek zijn intrede. Patiënten werden klanten en zorgconsumenten. Diezelfde klanten moesten meer keuzemogelijkheden hebben dan dat ze nu hadden. De allocatie van budgetten en investeringen moest worden gebaseerd op de marktvrage. Hierbij zijn het in Nederland de zorgverzekeraars die de marktwerking moesten simuleren.

MANAGEMENTTRANSPLANTATIE

In hoeverre zijn managementtechnieken en –modellen uit de private sector eigenlijk wel ‘overplantbaar’ in de publieke sector? Uitgangspunten bij de private sector zijn dat de markten en daarbinnen de klanten bepalend zijn voor wat organisaties moeten doen. Het management heeft de macht om de organisatie aan te sturen en steeds af te stemmen op de marktontwikkelingen. Kenmerkend voor zorginstellingen is echter dat hun autonomie en hun mogelijkheid om zelfstandig het strategische beleid te bepalen (bijvoorbeeld zelfstandig te beslissen welke markten wel of juist niet te betreden) in feite beperkt is. De doelstellingen waaraan zorgorganisaties moeten voldoen zijn diffuus en multipel, gegeven de brede waaier aan institutionele krachten (van organisaties, regelgevingen,

financieringsbronnen) waaraan ze bloot staan. Ook het uitgangspunt dat klanten (patiënten, cliënten) een driving force zijn waar de zorginstellingen rekening mee moeten houden in hun beleid, lijkt eerder wens dan werkelijkheid. Immers die klanten hebben te weinig kennis en inzicht om de kwaliteit van de (complexe) zorg te kunnen beoordelen. En ook bevinden ze zich in een kwetsbare afhankelijkheidsrelatie tot diegenen die hen zorg moeten verlenen. Voorts is de aanname dat het management voldoende macht heeft om de organisatie doelgericht te sturen voor zorgorganisaties nogal optimistisch. Op uitvoerend niveau hebben zorgprofessionals immers toch nog steeds veel invloed op de feitelijk en concreet aangeboden zorg. Hun geaccumuleerde zorgbeslissingen zijn dan ook van grote invloed op het activiteitsprofiel van de zorginstelling. In de praktijk is de macht van het zorgmanagement dus veel minder groot dan de macht van hun 'evenknieën' in de private sector.³

Binnen zorginstellingen ging het meer en meer om het optimaliseren van patiëntenflows⁴; het werken met resultaatverantwoordelijke eenheden en het continu laten auditen van de eigen werkprocessen om de efficiency en procesverbetering steeds verder te bevorderen en om aan externe instanties te legitimeren dat men goed bezig was. Maar al snel bleek echter dat dit model toch niet goed werkte. De kosten van de zorg stegen snel. En allengs werd de conclusie getrokken dat de zorg niet beheersbaar genoeg was. Er moest nodig ingegrepen en dus gemanaged worden om de zorg weer 'in de klauw' te krijgen. Zelf kon de zorg dat kennelijk niet. En dus was het gevolg een steeds verder toenemende regulering door de overheid. Inmiddels zijn het nu bij wijze van spreken de ministers en hun ambtenaren geworden die, hand in hand met de zorgverzekeraars, de doelen van de zorginstellingen bepalen en tal van regelingen uitvaardigen die tot op detailniveau ingrijpen op de werkzaamheden van de zorgprofessionals. In samenhang met deze ontwikkeling schoten allerlei beleids-, controle-, toezichts- en auditsinstituten als paddenstoelen uit de grond.⁵ Dit om de 'performance' van de zorgorganisaties te monitoren, de zorg te standaardiseren en meetbaar te maken, zodat zorginstellingen onderling vergeleken konden worden en in het hele land een optimale 'zorgkwaliteit' gewaarborgd kon worden. De eerste league-lijsten kwamen op en tegenwoordig zijn zorginstellingen op tal van score-lijsten met elkaar in een soort virtuele concurrentieslag verwickeld.

Er ontwikkelde zich een cultuur van shaming and blaming. Heeft een zorginstelling zijn zaken niet op orde (waarbij de criteria voor die 'orde' dus buiten die organisatie worden opgesteld) dan volgt al snel een verscherpt toezicht en dus meer externe controle. En helpt dat dan nog steeds niet, dan moet het management het veld ruimen.

Uiteraard realiseer ik me terdege dat het bovenstaande een karikaturale omschrijving van de ontwikkelingen is. Maar de trend die zich er in aftekent is denk ik herkenbaar.

DE SPAGAAT

De hierboven geschetste ontwikkelingen hebben naar mijn idee vooral zo'n impact omdat veel van de veranderingen als het ware worden afgedwongen middels een – wat ik zou willen noemen – 'management by wallet-managementstijl'. Heel simpel: 'als jij niet doet wat ik wil, dan betaal / financier ik jou niet meer en dan zoek je het verder zelf maar uit'. Juist dit leidt er naar mijn idee toe dat de machtsfiguratie binnen zorgorganisaties steeds meer richting het centrale hiërarchische management verschuift; - wèg dus van de professionals. Dat centrale management wordt immers door tal van externe organisaties (lokale, regionale en rijksoverheidsorganisaties, audit en controle-instituten, financiers, verzekeraars etcetera) aangesproken op tal van normen en eisen die elk van die organisaties aan de zorginstellingen oplegt. Scoor je ergens te laag, dan verlies je al snel je externe legitimiteit en dus je financiering. Willen de zorgorganisaties blijven voortbestaan dan moeten zorgmanagers wel mee in deze beweging. Intern zien we deze verschuiving terug in de getalsmatige verdeling van type medewerkers in zorginstellingen.⁶ Zo blijkt dat de ontwikkeling van het aantal zorgprofessionals achterblijft bij die van het aantal managers en staf- en beleidsmedewerkers. Meer managen, meer sturen, meer control, meer plannen en meer doelstellingen, contracten, kpi's etc.

Deze verschuivingen in de machtsverhoudingen houden mede in dat de beleidsmatige invloed steeds verder verwijderd raakt van de zorgprofessionals die de feitelijke zorgtaken uitvoeren. In een aanzienlijk aantal zorgorganisaties zijn de laatste jaren weliswaar 'verplattings-' en 'centralisatietrajecten' gaande. Maar omdat deze trajecten worden geflankeerd door uitgebreide stelsels van 'kaders waar men binnen moet blijven', kpi's en SMART-gemaakte outputdoelstellingen en tevens door een verintensivering van de control⁷ blijft het feitelijke beleidszwaartepunt desonanks onveranderd. De collegiale supervisie en het onderling vinden en ontwikkelen van professionele zorgnormen en standaarden staat nauwelijks meer op de voorgrond. De professionele interactie en ontwikkeling vindt plaats in de schaduw van de disciplinaire managementtechnieken en de financiële en logistieke en verantwoordingsprocedures. De nieuwe, hiermee samenhangende ideologie is niet meer de ideologie van de professionele roeping, maar de ideologie van efficiency, standaardisatie, meetbaarheid, kwantiteit. Een verschuiving van een 'cult of purpose' naar een 'cult of performance'. Met een sterk accent op conformiteit (iedereen voldoet aan dezelfde kwaliteitsnormen) en compliance (meedoen of je hebt een probleem). Het gedrag van de professionals wordt niet meer primair door henzelf bepaald; van binnenuit in hun onderlinge interactie. Maar meer en meer van buitenaf; door elders bepaalde normen, regels en standaarden.

ALLES ONDER CONTROLE?

Met de invoering van al deze systemische veranderingen zou je verwachten dat de zorginstellingen nu allemaal stukken beter functioneren. Als je kijkt naar de gepubliceerde resultaten dan lijkt dat op het eerste gezicht ook wel het geval te zijn. Maar tegelijkertijd komt er uit onderzoek ook steeds meer informatie op tafel dat al de administratieve en toezichthoudende systemen juist leiden tot het manipuleren van informatie en het oppoetsen van zorgstatistieken. Om naar buiten toe maar een goed beeld te geven. Om maar te vermijden dat we publiekelijk geslacht-offerd worden. De metingen en audits zelf leiden tot allerlei last minute verbeter-crash-acties om maar zo positief mogelijk voor de dag te komen. Patiënten worden geweigerd omdat ze te weinig geld op lijken te leveren; of juist omdat ze zo ernstig ziek zijn dat ze een risico gaan worden voor de 'sterfte-statistieken'. Wachttijden worden kunstmatig laag gehouden door patiënten steeds heen en weer te schuiven op verschillende wachtlijsten. Een en ander heeft dan vaak weer tot gevolg dat de controle- en registratiemaatregelen juist aangescherpt worden om zo de 'sjoemelende' zorgprofessionals de wind uit de zeilen te nemen.⁸

Die zorgprofessionals zelf snappen natuurlijk best wel waarom al de administratieve verplichtingen nodig zijn. Maar tegelijkertijd ervaren ze een incompatibiliteit tussen al de regels, procedures en formulieren en de door hen ervaren dagelijkse werkelijkheid. Nieuwe administratieve regels en procedures leiden dan ook niet meteen tot een verbetering. Maar eerder juist tot een volgende ronde aan politieke manoeuvres en geharrewar, waarbij de zorgprofessionals steeds verder tegenover de managers en stafleden komen te staan.⁹ Om, als ze de strijd dan toch verloren hebben, zich uiteindelijk in arren moede gewonnen te geven: 'als het moet, dan moet het maar'. En zuchtend begint men (in veel gevallen na diensttijd) aan het invullen van de zoveelste rapportage. Het cynisme neemt toe, je 'roeping' realiseer je door naast je zorgwerk vrijwilligerswerk te gaan doen. Of door na je pensioen je vaardigheden ten dienst te stellen van ontwikkelingslanden en mensen in nood.

Het kernpunt is dat de zorgprofessionals zich door al het management- en controlgeweld steeds meer 'disempowered' voelen. Ook de angst om geblamed en publiekelijk aan de schandpaal genageld te worden maakt het er niet relaxter op. 'Dan me maar strikt aan al de regels en procedures houden... dan kunnen 'ze' me tenminste niks maken'. Ook vermoed ik dat er zich op dit moment een nieuwe generatie zorgprofessionals aan het ontwikkelen is die juist dat gestructureerde en regelgedreven werken omarmt; die zich daarmee eerder de identiteit van een 'gewone werknemer' aanmeten dan van een 'zorgprofessional'. Hetgeen an sich al de nodige onderlinge spanningen, onbegrip en conflicten kan oproepen.

Hierboven sprak ik al over de spagaat van het zorgmanagement: je moet je aan zo veel verschillende instanties verantwoorden en legitimeren dat je alle kanten op wordt geduwd. Op hun

beurt zitten de zorgprofessionals waarschijnlijk ook in een spagaat: hoe kan ik nog zo goed mogelijke zorg verlenen ondanks al de regels, doelen, kpi's, procedures en rapportages die ik allemaal aan mijn fiets heb hangen?

VERWARMINGSMANAGEMENT

Dit artikel is niet bedoeld als kritiek op het hele zorgstelsel noch op het beleid dat hier mee samengaat. Wel wil ik vraagtekens plaatsen bij de aannames die er nu alsmaar weer opnieuw gemaakt lijken te worden over het managen en aansturen van zorgorganisaties. In het neoliberale denken en – daarvan afgeleid – de dominante managementdiscours wordt naar mijn mening namelijk steeds maar weer de aanname gemaakt dat organisaties een soort coherente gehelen zijn, die je met een cybernetisch sturingsmodel vanaf één centraal punt aan kan sturen. Dit cybernetische model houdt in dat je organisaties beschouwt als een soort coherente verwarmingsinstallaties die je kunt controleren door aan een centrale thermostaat te draaien. Daarbij is degene die aan de knoppen zit de hoogste in rang: het bestuur, het top-management, de regering, etcetera. Dit gremium heeft tot taak het temperatuurverloop te monitoren, waarbij de meetresultaten worden afgezet tegen van te voren ingegeven normen (lees: plannen, strategieën, het beleid, de doelstellingen, targets, kpi's, s.l.a.'s etcetera). Bij het registreren van die temperatuur staan het management inmiddels steeds gesofisticeerder administratieve informatiesystemen ten dienste; zie de publicaties hierover in dit tijdschrift. Steeds 'even-wichtiger' monitoringsystemen ook, waarbij men aan de hand van balanced scorecards kan sturen op getallen of kleurcodes (rood: in actie komen; oranje: het nog even aanzien; groen: niets doen). Wijk de zo geregistreerde temperatuur af van de norm – met andere woorden doen de zorgorganisaties en de mensen die daarin werkzaam zijn niet wat we (lees: het management) vooraf hebben bepaald – dan grijpt de thermostaat in: het verwarmingssysteem wordt dan bijgestuurd: extra controls ingebouwd, het toezicht wordt verscherpt, verandertrajecten ondernomen om er zo voor te zorgen dat de zaak uiteindelijk weer 'op temperatuur' komt.

De sociologische complexiteitsbenadering voor organisaties is een specifieke theoretische lens waarmee er op een radicaal andere manier naar organisaties wordt gekeken. Hierbij worden organisaties expliciet niet beschouwd als zijnde het systemische product van management-plannen en-bijsturingen. Maak je de blackbox 'organisatie' namelijk open dan kom je in contact met de 'binnenkant van organisatieverandering'.¹⁰ Organisaties worden daarbij juist beschouwd als een losvaste verzameling van allerlei informele groepen, coalities, stromingen en partijen. Waarbij er binnen elk van die groepen en coalities ('petrischaaltjes') heel eigen betekeniswerelden ('betekeniswolken'), verlangens, ambities, normen en prioriteiten leven. En waarbij er continu sprake is van lokale interacties; lokale conversaties waarin zich lokale normen en waarden ontwikkelen. Het complexiteitsbeeld is vooral een symmetrisch

beeld. Dit houdt in dat er van wordt uitgegaan dat de werkelijke machtsverhoudingen in zorgorganisaties niet op papier staan, noch in het organogram. Maar dat ze juist ontstaan in de continue mêlée van dagelijkse interacties, waarbij dan weer eens de ene groepering, dan weer eens de andere coalitie een slag wint, de hand overspeelt of juist buiten spel wordt gezet. Macht dus als stroomgrootheid; als iets dat steeds opnieuw gerealiseerd moet worden. In plaats van macht als voorraadgrootheid, waarbij Pietje nou eenmaal macht heeft omdat dat in zijn functieomschrijving staat. Zo beschouwd wordt het opeens inzichtelijk waarom al de regels, procedures en administratieve systemen niet opleveren wat men vooraf ervan dacht. In het complexiteitsperspectief reageren mensen namelijk niet zo zeer op regels, standaarden en procedures, maar vooral op de betékenis die men daar in onderlinge interactie aan geeft. Waarbij de feitelijke machtsontwikkeling leidend is voor de uitkomsten van de gesprekken en dus ook wat men concreet met de regels en administratieve systemen doet. Hierbij zijn het management en al de stafdiensten niet De Baas, maar veeleer Een baas. Waarbij hun stemmen ook nog eens klinken te midden van vele andere stemmen met heel andere belangen en concreet voelbare machts- en afhankelijkheidsrelaties. Leiderschap is dan niet zo zeer een plan ontwikkelen, doelen stellen en die 'inmasseren' bij de medewerkers. Ook is leiderschap niet per sé een vooraf benoemd poppetje noch een specifieke positie in het organogram. Leiderschap is juist de persoon of groep personen die de guts hebben om de bestaande voor waar aangenomen routines en aannames ter discussie te stellen. En dan in staat zijn om het uit te houden met de onzekerheden die dat tot gevolg heeft. Je kunt het gedrag van anderen immers niet direct

beheersen, zodat je van te voren ook niet kan weten hoe anderen gaan reageren: leiderschap als acting into the unknown en durven leven met de onvoorspelbaarheid die dat oplevert.

DUS: HET ROER MOET OM?

De laatste paar jaar verschijnen er allerlei populaire publicaties waarin gepleit wordt voor een heel andere manier van organiseren: unmanaging, nieuw organiseren, organisatie 3.0, netwerkorganisaties, het kan niet op. Tegelijkertijd houden zowel managers, zorgprofessionals als beleidsmakers elkaar vast in een specifiek web van aannames, zoals ik dat hierboven heb beschreven. Paradoxaal genoeg is het 'roer helemaal omgooien' nou precies het laatste waar men behoefte aan heeft: wéer een verandering; wéer nieuwe spelregels inclusief bijbehorende administratieve systemen. Het sociologische complexiteitdenken is dan ook niet bedoeld als de Nieuwe Oplossing voor al uw problemen. Eerder is het een nieuwe lens; een nieuw perspectief dat datgene waar we zo aan gewend zijn in een ander daglicht kan plaatsen. Waardoor we nieuwe actie- en interactiemogelijkheden kunnen ontwaren en reflectief kunnen worden op datgene wat we echt aan het doen zijn. En mogelijk dus 'leiderschap' kunnen vertonen.

VOETNOTEN

- 1 Stacey, 2010, pp. 20-22 en 207-213
- 2 Aardema, 2005.
- 3 Lozeau, et al., 2002.
- 4 Zie ook Homan, 2013, pp. 230-234.
- 5 Zie ook CBS, 2012.
- 6 Onderzoek in UK, Stacey, 2010, 229. Zie ook Van Hout et al., 2007 en CBS, 2012.
- 7 Homan, 2013.
- 8 Börner, 2012.
- 9 In sommige zorgorganisaties wordt geprobeerd dergelijke conflicten te vermijden (te onderdrukken?) door managers en professionals met elkaar te laten integreren. Van Hout et al., 2007.
- 10 Homan, 2006.

LITERATUUR

- Aardema, H., *Stille waarden, een reflectie op overnormering in publiek management*, Oratie Open Universiteit Nederland, 2005.
- Börner, T., *How do DTC's affect the behavior of medical specialists, closing the gap between academic research and practice*, Proefschrift Open Universiteit, 2012.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *Gezondheid en zorg in cijfers*, 2012.
- Homan, Th. H., *Het Et-ceteraprincipe, een nieuw perspectief op organisatieontwikkeling*, Den Haag: Academic Service, 2013.
- Homan, Th.H., *Organisatiedynamica, theorie en praktijk van organisatieverandering*, Den Haag: Academic Service, 2006.
- Hout, E. van, Scheer, W. van der en Putters, K., 'Managers en professionals in de zorg', *Bestuurskunde*, 2007, 4, pp. 16-24.
- Lozeau, D., Langley, A., Denis, J-L., 'The corruption of managerial techniques by organizations', *Human Relations*, Vol. 55 (5), 2002, pp. 537-564.
- Stacey, R.D., *Complexity and organizational reality*, London: Routledge, 2010.

