

# MANAGERS EN PROFESSIONALS IN DE ZORG

## OVER VERSCHUIVENDE VERANTWOORDELIJKHEDEN EN HYBRIDISERING

De zorg is in beweging. De vele eisen die aan de doelmatigheid, kwaliteit en beschikbaarheid van zorg worden gesteld, zetten de relatie tussen managers en professionals steeds meer onder druk. De publieke en politieke discussie over 'meer handen aan het bed en minder benen onder het bureau' lijkt echter te suggereren dat managers het probleem zijn en ruimte voor professionals de oplossing. In deze bijdrage stellen wij de vraag of dat in de praktijk ook het geval is.

### Inleiding

Professionals moeten steeds meer managementverantwoordelijkheid oppakken en binnen hun dagelijks werk rekening houden met alle registratie-eisen en de beperkt beschikbare tijd om aandacht te schenken aan cliënten. Managers lopen van hun kant steeds meer tegen de grenzen aan van een dergelijke *managerial* benadering, gegeven de zorgspecifieke behoeften van cliënten en professionals in hun instellingen. Centraal in onze bijdrage staat deze vraagstelling: *hoe ontwikkelt zich de relatie tussen managers en professionals in de zorg tegen de achtergrond van verschuivende verantwoordelijkheden en verhoudingen?* We laten ons in

### Eelco van Hout, Wilma van der Scheer en Kim Putters

Dr Eelco van Hout is senior consultant bij Bestuur en Management Consultants en verbonden aan TiasNimbas Business School van de Universiteit van Tilburg.

Drs Wilma van der Scheer is wetenschappelijk onderzoeker en zakelijk directeur van het Erasmus Centrum voor Management Development in de zorg (Erasmus CMDz) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Dr Kim Putters is universitair hoofddocent aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

de beantwoording leiden door inzichten uit recent onderzoek dat we deden in verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen<sup>1</sup>.

In deze bijdrage laten we eerst het meervoudige karakter van de zorg zien en de betekenis voor de relatie tussen professionals en managers (paragraaf 2). Vervolgens verklaren we de

toegenomen rol van het management (paragraaf 3). Daarna nuanceren we de 'clash' tussen professionalisme en *managerism* (paragraaf 4). We eindigen met inzichten uit de praktijk waaruit blijkt hoe met de schuivende verantwoordelijkheden wordt omgegaan (paragraaf 5) en met een samenvatting met conclusies (paragraaf 6).

### Meervoudigheid in en van de zorg

Het Nederlandse zorgstelsel is ontstaan vanuit talloze particuliere initiatieven en gebaseerd op voornamelijk religieuze overwegingen. In de zorgverlening in de negentiende eeuw waren naastenliefde en liefdadigheid de leidende principes (zie De Roo, 1993; Boersma, 2000; Breedveld, 2003; Van Hout, 2007). De besturende zusters, directrices of moeder-oversten zijn de leidende figuren. Met de ontwikkeling van de medische wetenschap in de negentiende en twintigste eeuw breidt het zorgaanbod zich uit. Er ontstaan verschillende typen instellingen gericht op genezing en verzorging van mensen met lichamelijke of psychische klachten waarvan de leiding in handen is van de geneesheer-directeur. De Nederlandse overheid reguleerde de bevoegdheden van artsen, apothekers en verloskundigen en later ook van fysiotherapeuten, psychologen, psychotherapeuten, tandartsen en verpleegkundigen bij wet (via de Wet op de Uitoefening van

## Meervoudige grip op de zorg

de Geneeskunst, later de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) (Van der Mijn, 1989).

Steeds meer medische en medisch-geregelateerde handelingen worden collectief vergoed, zoals in geval van reuma, astma, revalidatie, zorg voor diabetici en preventieve ouderenzorg (Esmeijer en Geerts, 1992). Bovendien wordt zorg gezien als integraal onderdeel van de Nederlandse samenleving. Hieruit vloeit bijvoorbeeld voort dat zorg voor iedereen beschikbaar moet zijn en dat zorgbehandelingen voor iedereen gelijk zouden moeten zijn. In het huidige tijdsgewricht lijkt overeenstemming te bestaan over de volgende opsomming van maatschappelijke en medische waarden in de zorgsector (Brock en Buchanan, 1986; Smith, 1995; Jones 1988; Morreim, 1991; Hermans en Brouwer, 1995; Polder, 1996 en 1998, Van Neste et al., 2001; Putters, 2002; Van Hout en Putters, 2004).

Met de enorme groei van de sector in de tweede helft van twintigste eeuw, door de vooruitgang in de medische wetenschap en de verbeterde financiering (het Ziekenfondsbesluit van

#### Maatschappelijke zorgwaarden

- Gelijkheid in behandeling.
- Toegankelijkheid van zorg.
- Vrije artskeuze voor patiënt.
- Rechtvaardige verdeling van de middelen.
- Waarborgen kwaliteit van zorg: voorkomen van gezondheidsschade.
- Volume zorg: bindende verdeling van schaarse middelen ten behoeve van zorg.
- Doelmatigheid van zorgvoorzieningen.
- Noodzaak tot kostenbeheersing: vergrijzing.

#### Medische zorgwaarden

- Professionele autonomie (indicatiestellingen en behandelmethoden).
- Professionele inbreng in beleids- en besluitvorming.
- Urgentie op basis van medisch-ethische criteria en bij gelijke urgentie geldt dat de eerst aangeelde patiënt wordt behandeld.
- Waarborg van vrije artskeuze.
- Patiënten hebben recht op zelfbeschikking en het individu is ondeelbaar.

1941), ontstaat er behoefte aan meer grip op de zorginstellingen. De omvang van het management neemt toe, het takenpakket van het management breidt zich uit en er ontstaan nieuwe ondersteunende functies. In 2004 ligt de omvang van het management en de ondersteuning (de niet direct zorggerelateerde functies) in de ziekenhuiszorg op 17% van de totale personeelslasten (Kanters en Ott, 2004).

### Cumulatieve trekkkrachten in de zorg

Om de opkomst van het management te kunnen duiden, is het van belang de hybride context te schetsen waarbinnen de verantwoordelijkheden tussen managers en professionals verschuiven. Met de groei van het management worden nieuwe sets van basiswaarden in de zorgsector geïntroduceerd (Van Hout, 2007). Controle, transparantie en noodzakelijke bureaucratie (regu-

(geaggregeerde) individuele voorkeuren. Recentelijk heeft de invoering van marktwerking met zich meegebracht dat de logica van de markt (concurrerend werken en winstoriëntatie) en de commerciële, zakelijke bedrijfsvoering (efficiency, kostenminimalisatie en effectiviteit) zich hebben ontwikkeld als volwaardig onderdeel van de basiswaarden die in de zorg. Dit alles leidt tot het volgende beeld<sup>3</sup>.



Figuur 1. Trekkkrachten in de zorg (uit: Van Hout, 2007)

Het zijn niet 'de' professionele basiswaarden versus 'de' *managerial* basiswaarden die een rol spelen in de zorgsector. In de zorg kunnen we niet spreken van een dichotome 'clash' tussen 'professionalisme' en 'managerialism'. Er spelen namelijk vele trekkkrachten tegelijk, van marktprikkels, overheidsregulering en professionele zelfregulering tot de (lokale) politieke en publieke opinie. Een meer accurate manier om het verschil in waarden tussen managers en professionals in de zorg te duiden, is daarom te stellen dat artsen, verpleegkundigen en verzorgers deze prikkels anders ervaren dan zorgmanagers.

## De zorg kent geen dichotome 'clash'

lering en precisering) geven invulling aan een (politiek-)bestuurlijke trekkracht<sup>2</sup>. De groeiende individualisering en assertiviteit van patiënten hebben ertoe geleid dat de zorg te maken kreeg met zeer uitgebreide cliënttevredenheidssystemen. Ongeveer 75% van het recent ontwikkelde Toetsingskader in de verpleeg- en verzorgingssector betreft de zorgwaardering van de cliënten. Cliënttevredenheid heeft zich snel ontwikkeld als een zelfstandige trekkracht met eigen basiswaarden zoals de respectabele, liefdevolle of religieuze bejegening van cliënten en de comfortabele behandeling. Het gaat steeds om

## Zorgmanagement steeds meer in scharnierpositie

Er kan steeds meer (bijvoorbeeld medische technologie), en cliënten willen steeds meer (emancipatie patiënt), terwijl de financiële en organisatorische mogelijkheden daartoe niet altijd voorhanden zijn. Dat leidt tot complexe vraagstukken op het snijvlak van kwaliteit, betaalbaarheid, zakelijkheid en ethiek. Het management bevindt zich in de scharnierpositie waar al die zaken samenkomen. Hoe werkt dat uit?

### *Medische progressie: coördinatie van zorg*

De progressie in de medische wetenschap leidt tot een ingewikkelde medische en inhoudelijke afstemmingsproblematiek en regels omtrent inkoop, administratie en logistiek. De behoefte aan coördinatie van de verschillende zorgfuncties neemt toe (Boersma, 2000). Aan de organisatiestructuur van ziekenhuizen worden in de loop der tijd tal van vormen van managementparticipatie en 'medische staf'-varianten toegevoegd. Deze zijn zowel bedoeld voor de zakelijk-medische afstemming in ziekenhuizen als voor de verbinding van de vele medische specialisaties (Stoopendaal 2004; Scholten en Van der Grinten, 2003). De medische ontwikkelingen nopen bovendien tot het steeds meer en beter uitwisselen en delen van kennis tussen professionals en tussen professionals en managers (denk aan projecten als Sneller Beter). De groeiende coördinatiebehoefte leidt tevens tot de introductie van tal van andersoortige functies zoals technisch personeel, opleidingsfunctionarissen, kwaliteitsfunctionarissen, arbomedewerkers, ICT-medewerkers en receptiemedewerkers.

### *Collectieve financiering: controle en verantwoording in de zorg*

Inherent aan de collectieve financiering van het zorgstelsel is een zekere bureaucratische last. Zorginstellingen worden namelijk verplicht tot een gedetailleerde planning en uitgebreide registratie van de zorgverlening. Zowel

## Zorg in een spagaat?

op financieel gebied als zorginhoudelijk dienen zorginstellingen verantwoording af te leggen. Zo bestaat vanaf 1865 het Geneeskundig Staatstoezicht dat in 1995 is doorontwikkeld tot de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Meurs en Van der Grinten, 2005). De ontwikkeling van een collectief zorgsysteem vertaalt zich in de opkomst van nieuwe managementfuncties en besturingsvormen. Economische en 'algemene' directeuren komen op en directies ontwikkelen zich tot Raden van Bestuur die *besturen*, terwijl de eigenlijke *aansturing* aan het Managementteam wordt gedelegeerd (Scholten en Van der Grinten, 2003). Om de controle en administratie te kunnen opvangen, zijn in lijn hiervan tal van ondersteunende functies ontstaan zoals boekhouders, planners, controllers en zelfs treasury-functionarissen.

### *Marktwerking: winst en ondernemerschap*

In de loop van de twintigste eeuw wordt het steeds duidelijker dat het collectieve open-einde-financieringssysteem van het Nederlandse zorgstelsel op termijn onbetaalbaar wordt. Gekoppeld aan groeiende individualisering en extramuralisering laat de overheid

daarom meer marktwerking toe. Zorginstellingen moeten een directe relatie leren leggen tussen hun inkomsten en uitgaven (Putters, 2001). Immers, winst is noodzakelijk om blijvend te kunnen investeren in medische ontwikkeling, opleidingen, noodzakelijke ondersteunende faciliteiten en (weer opnieuw) in zorgaspecten die de cliënten/patiënten waarden, zoals individuele aandacht, leefomgeving en persoonlijk comfort. Doordat de financiering van de zorg variabel wordt, is de continuïteit van de zorgorganisaties steeds meer afhankelijk van de mate waarin de instellingen concurrerend presteren. Het ontwikkelen van een winstoriëntatie en ondernemerschap leidt tot een sterkere roep om anders, meer bedrijfskundig, opgeleide bestuurders (Meurs, Schraven en Ngo, 2005).

#### *Vermaatschappelijking*

Onder druk van marktwerking en wettelijke veranderingen, waaronder de Wet maatschappelijke ondersteuning, werken zorginstellingen steeds vaker samen met andere maatschappelijke organisaties zoals woningcorporaties, welzijnsorganisaties en vrijwilligersorganisaties. De filosofie hierachter is dat 'zorg' niet buiten, maar in de maatschappij moet worden geplaatst, gebruikmakend van de *civil society*. De vermaatschappelijking van de zorg heeft als gevolg dat het bestuur van zorginstellingen zich veel meer naar buiten moet richten. Zorgmanagement heeft zo steeds vaker het karakter van comanagement (met andere instellingen), cogovernance (met overheden) en coproductie (met burgers) (Brandesen en Pestoff, 2007).

Leidt dit alles nu tot een toenemende spanning tussen managers en professionals?

## **'Clash' tussen professionals en managers**

### *Botsende percepties*

De beheersingsoriëntatie van managers (let wel: ingegeven door medische coördinatie, collectieve verantwoording, marktwerking en vermaatschappelijking!) botst maar al te vaak met de behoefte van zorgprofessionals tot het autonoom uitoefenen van hun zorgtaak (Raelin, 1985; Freidson, 2001; Gastelaars 2006; Van der Scheer, 2007). Managers ervaren dat professionals zich regelmatig terugtrekken in een 'professioneel bastion', waarin medisch weinig verantwoordelijkheid wordt genomen voor problemen en doelstellingen van organisatorische of maatschappelijke aard (Groenewegen et al., 2007). Professionals ervaren op hun beurt de toename van registratie-eisen, een andere wijze van honorering en de gedwongen inzichtelijkheid in tarieven als hinderlijk. In de institutionele aspecten van professionaliteit zien we dus aanwijzingen voor een verklaring van een verschil in perceptie inzake de organisatie van zorg (Noordegraaf en Meurs, 2002). Medische opleidingen hadden decennialang niet of nauwelijks gestructureerd aandacht voor dwarsverbanden tussen *care* en *cure* of andere ontwikkelingen die op de sector af kwamen (Van Hout, 2007). Managers in opleiding werden daartegenover opgeleid met klassieke organisatiekundige sturingsconcepten, met weinig aandacht voor de complexe meervoudige realiteit.

### **Verschuivende verantwoordelijkheden**

Ondanks verschillende oriëntaties van managers en professionals, wil dit niet zeggen dat managers en professionals zich in hun feitelijke gedrag voort-

durend laten leiden door medisch-bedrijfseconomische tegenstellingen. Integendeel: zij stappen voortdurend uit de hun toegedichte 'rol'. Ziekenhuisdirecteuren nemen financiële risico's in de aanschaf van medisch verbeterde apparatuur. Verplegers in zorginstellingen besteden meer aandacht en tijd aan hun cliënt dan economisch verantwoord is. Zorginstellingsdirecteuren zetten tegen betaling zorgactiviteiten op en verkennen de grens van maatschappelijke basiswaarden als gelijke toegang tot zorg (Van Hout, 2007). Artsen denken en werken mee aan een meer rendabele ziekenhuisbedrijfsvoering (Putters, 2001). Ze ontwikkelen mede het DBC-systeem (Diagnose-Behandel-Combinaties). Beter dan te spreken van een clash is te stellen dat de verantwoordelijkheden over en weer verschuiven (Grit en Meurs, 2006). Dit stelt ook de KNMG in haar waarneming dat in de ziekenhuisbranche artsen ook economische en managers mede medische verantwoordelijkheid dragen (KNMG, 2007).

### **De relatie tussen managers en professionals in de praktijk**

Het voorgaande roept de vraag op hoe met de verschuivende verantwoordelijkheden wordt omgegaan, bijvoorbeeld met de soms conflicterende eisen die worden gesteld aan zowel de arts als de manager.

#### *Kiezen voor verzakelijking*

We zien een beweging waarin de instellingen opnieuw en op nieuwe leest worden geschoeid (Van Hout, 2007). Bedrijfseconomische en zakelijke overwegingen hebben daarin een prioriteit. Dit is duidelijk te zien in het toelaten van het risico om ziekenhuizen en zorginstellingen failliet te kunnen laten gaan. In de verpleging en verzorging

heeft enorme schaalvergroting plaatsgevonden om dit risico te beperken. De organisatiestructuren worden platter. Managementlagen worden eruit geschrapt. Hiervoor in de plaats zien we multifunctionele managers die zowel verantwoordelijk zijn voor het zorgproces als de bedrijfsvoering van afdelingen. Raden van Bestuur reguleren in toenemende mate het werk van professionals. Professionals worden gedwongen tot prioritering van doelmatig en transparant werken, tot het afleggen van verantwoording en het boeken van kwalitatief 'goede' resultaten (Van der Scheer en Putters, 2007). Ziekenhuisartsen bieden vanuit een sterk medische basis meer weerstand dan in de sectoren waar de uitvoerend professionals minder sterk georgani-

## **Zorg op bedrijfs-economische basis**

seerd en gereguleerd zijn, zoals in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Met name in die sectoren zien we dat sommige organisaties toenemend worden gerund als een 'gewoon' bedrijf. In deze tactiek wordt de meervoudigheid van trekkrachten in de zorg genegeerd en 'gekozen' voor een economische gedragsrationaliteit die door alle aspecten van de zorginstellingen wordt doorgevoerd. Van verschuivende verantwoordelijkheden is in deze tactiek geen sprake.

#### *Professionals en managers integreren*

Een tweede tactiek betreft die waarin professionals en managers hun functioneren op elkaar afstemmen. We zien dit bijvoorbeeld in de opkomst van zorgteams in de verpleeg- en verzor-

gingssector: een systeem waarin artsen, teammanagers, verzorgers, verplegers, familie en cliënten gezamenlijk en integraal het individuele behandelplan en de voortgang daarin bepalen (Van Hout, 2007). In de ziekenhuissector blijkt dat specialisten grote behoefte hebben aan representatie op het niveau van het ziekenhuisbestuur (Versluis en Hesselink, 1993). De gewenste integratie van professionals en management krijgt voornamelijk vorm via het stafbestuur die namens de medisch specialisten een rechtstreekse relatie onderhoudt met het ziekenhuisbestuur, via vormen van dual management,

## Identiteit van de zorg herontdekt

managementcontracten, en – meer recentelijk – ook door medisch specialisten ‘vrij’ te maken voor (bij)scholing in management (Van der Scheer en Putters, 2007). Wellicht de ultieme vorm van integratie van professionals en managers vinden we terug in het ontstaan van zogenaamde ‘nieuwe’ functies. Door verplating van veel zorginstellingen ontstaan hybride mengvormen van functies waarin zowel professionele als *managerial* bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn opgenomen. Procesmanagers, clustercoördinatoren of divisie managers moeten dit beheersbaar houden. Dezelfde totaalbenadering van het individuele zorgproces van cliënten zien we ook terug in nieuwe functies als accountmanagers (aan de voorkant van het zorgproces) en casemanagers of *clinical leaders* (gedurende de behandeling of het verblijf). In deze tactiek zien we duidelijk dat verantwoordelijkheden

niet alleen *verschuiven*, maar vooral ook *ineenschuiven*.

### *Heroriëntatie: naar managende professionals en professionele managers*

Waar management oorspronkelijk ontstond vanuit een behoefte aan coördinatie van zorg, is de focus door de jaren heen verlegd van coördinatie naar controle, naar continuïteit, efficiency, effectiviteit, en ‘outcome’. Van een management ten dienste van het primaire professionele proces is dit door de jaren heen toenemend dienstbaar geworden aan belangen van organisatorische en maatschappelijke aard. Het afweging van zorginhoudelijke, organisatorische en maatschappelijke belangen speelt een centrale rol in het leidinggeven aan zorginstellingen, zo blijkt uit de gedragscode voor goede bestuurders (NVZD, 2005). Bij professionals speelt een vergelijkbaar proces. Zij moeten hun zorg niet alleen inhoudelijk verantwoord, maar toenemend ook in financiële en maatschappelijke zin. In het Manifest ‘Medische Professionaliteit’ van de KNMG (2007) staat onomwonden dat de zorg transparant gemaakt moet worden, want ‘de samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde collectieve middelen is gebeurd’. De arts legt hiertoe verantwoording af aan de patiënt over zijn medisch handelen en binnen de beroepsgroep over het medisch functioneren. Artsen leggen verantwoording af aan het management over hun medisch handelen in relatie tot het instellingsbeleid en aan maatschappelijke groepen zoals zorg- en inkomensverzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit over medisch beleid en prijs-kwaliteitverhoudingen. De artseneed, die bij toetreding tot de beroepsgroep wordt afgelegd, weer-

spiegelt dezelfde ontwikkeling. In 2003 besloten de Nederlandse faculteiten geneeskunde en de KNMG de Nederlandse eed aan te passen aan de veranderingen in de uitoefening van het beroep en in de maatschappij. Naast dienstbaarheid en geheimhouding gaat de eed ook in op een open en toetsbare opstelling en de verantwoordelijkheid van artsen voor de samenleving (VSNU, 2003). In deze tactiek zien we dat zowel professionals als managers de breedte van de zorg herontdekken en tot het besef komen dat zij niet zonder elkaar kunnen bestaan (Van Hout, 2007).

### Samenvatting en conclusie

In deze bijdrage hebben we laten zien dat professionals en managers vaak met elkaar botsen maar zich niet tegen elkaar laten uitspelen. Een echte 'clash' blijft hierdoor uit, ook al wordt in het maatschappelijke en politieke debat hun verhouding gereduceerd tot een tegenstelling tussen medische en economische basiswaarden. Zorg laat zich niet beperken tot medische of economische waarden of tot professionalisme en *managerism*, maar moet worden gezien als een meervoudig spanningsveld van verschillende trekkrachten. Door de zorg te benaderen vanuit het zorgproduct, dat alleen tot stand komt vanuit een integrale benadering, schuiven de verantwoordelijkheden van professionals en managers in de praktijk van de zorg in elkaar. Professionals en managers moeten in dat licht hun werkzaamheden op elkaar afstemmen, waarmee zijzelf hybridiseren tot managende zorg-professionals en professionele zorgmanagers.

### Noten

- 1 Het onderzoek betrof interviews met managers op verschillende organisatieniveaus van acht verpleeg-

en verzorgingshuizen in de periode 2004-2006. Het onderzoek in de ziekenhuizen vond plaats in 2007 en was deels kwantitatief, deels kwalitatief van aard. Daarbij werden interviews gehouden met bestuurders, toezichhouders en voorzitters van medische staven.

- 2 Trekkrachten zijn gedefinieerd als de basiswaarden of gedragsrationaliteiten die vanuit de logica van een enkelvoudig handelingsperspectief het gedrag van managers en professionals sturen (Hilhorst, 2004; Van Hout en Putters, 2004).
- 3 Gebaseerd op empirisch onderzoek naar ontwikkelingen in zorgorganisaties van Van Hout, (2006 en 2007). Zie ook Jones, 1988; Morreim, 1991; Hermans en Brouwer, 1995; Polder et al., 1996; Putters, Van Hout en Cardoso Ribeiro, 2007.

### Literatuur

- Boersma, F., *De patiënt heft altijd gelijk*, Europese Bibliotheek, Zaltbommel, 2000.
- Branden, T. en V. Pestoff, Co-production, the third sector and the delivery of public services: an introduction, in: *Public Management Review*, Jrg 8, 2006, nr. 4, pp. 493-501.
- Breedveld, E. J., *Thuiszorg in bedrijf: herstructurering van de thuiszorgbranche tussen 1987 en 1997*, 2003
- Esmeijer, A. en V. Geerts, *Kruislings door de tijd*. Gianotten, Tilburg, 1992.
- Freidson, E., *Professionalism: the third logic*, in association with Blackwell, Cambridge, 2001.
- Gastelaars, M., *Excuses voor het ongemak. De vele gevolgen van klantgericht organiseren*. Uitgeverij SWP, Amsterdam, 2006
- Grit, K. & P. Meurs, *Verschuivende Verantwoordelijkheden. Dilemma's van Zorgbestuurders*. Koninklijke Van Gorcum, Assen, 2005
- Groenewegen, P.P., J. Hansen en S. ter Bekke, *Professies en de toekomst*. Vereniging VVAA, Utrecht, 2007
- Hermans, B. en W. Brouwer, Bedrijvenpoli's leiden tot tweedeling: mythe of realiteit? In: *NJB*, Jrg. 73, nr. 25 pp. 1095-1101
- Hilhorst, M.T., *Economisering van zorg en beroepsethiek*, Centrum voor ethiek en gezondheidszorg (CEG), Zoetermeer, 2004
- Hout, E.J.Th. van, *Zorg in spagaat. Management van hybride, maatschappelijke organisaties*, Boom uitgever, Den Haag, 2007
- Hout, E.J.Th. van, en K. Putters., *De waarde van de norm*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, 2004
- Jones, R., *The super meds*, Charles Scribner's Sons, New York, 1988
- Kanters, H. en M. Ott, <http://www.nieuwsbank.nl/inp/2004/01/06/R051.htm>
- Manifest Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), *Medische professionaliteit*, KNMG, Utrecht, 2007



- Meurs, P. en T.E.D. van der Grinten., *Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*. Academic Service, 2005.
- Meurs, P.L., T. Schraven en T.M.D. Ngo, Druk met zichzelf. Functioneren raden van toezicht, in: *Zorgvisie* 2005, nr. 10 pp. 35-40
- Mijn, W.B. van der, *Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg*. Kluwer: Deventer: 1989.
- Morreim, E., *Balancing act*, Kluwer; Dordrecht, 1991
- Nederlandse Vereniging Voor Ziekenhuisdirecteuren (NVZD), *Gedragscode voor de goede bestuurder*. NVZD, Utrecht, 2005
- Neste, F. van, J.Taels en A. Cools, *Van klinische ethiek tot Biorecht*, Peeters, Leuven, 2001
- Noordegraaf, M. en P.L. Meurs, Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg, in: *M&O* 2002 nr. 3 pp. 22-39
- Polder, J.J., J. Hoogland en H. Jochemsen, *Professie of profieit?* Buijten en Schipperheijn, Amsterdam, 1996
- Polder, J.J. et al., *Tussen beginsel en belang*. Den Hertog, Houten, 1998
- Putters, K., *Geboeid ondernemen*. Koninklijke Van Gorcum, Assen, 2001
- Putters, K., *Professie, profijt en solidariteit*. RVZ, Zoetermeer; 2002
- Putters, K., E.J.Th. van Hout en T. Cardoso Ribeiro, *De zorg van het lokaal bestuur: consequenties van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning*. Van Gorcum, Assen, 2007
- Raelin, J.A., *The clash of cultures: managers and professionals*. Harvard Business School Press, Harvard, 1986
- Roo, A.A. de, *Gezondheidszorg. De gezondheidszorg als bedrijfstak in wording* (Rede), Tilburg University Press, Tilburg, 1993
- Scheer, W. K. van der, Is the new health-care executive an entrepreneur? In: *Public Management Review*, 2007a
- Scheer, W. van der, *Bestuurders in Beweging: ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties*, Erasmus CMDz, Rotterdam, 2007b
- Scheer, W. van der en K. Putters, *Besturen tussen kunst en kunde: over bestuurlijke professionals en professionele bestuurders in ziekenhuizen*, NVZD, Utrecht, nog te verschijnen (najaar 2007)
- Scholten, G.R.M. en T.E.D. van der Grinten, Medische staf op weg naar partnership? De deelname van medisch specialisten in de besturing van Nederlandse ziekenhuizen, in: *Acta Hospitalia*, Jrg. 43, nr. 2
- Smith, S.R., The role of institutions and ideas in health care policy. in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1995, jrg. 20, nr. 2 pp. 385-389
- Stoopendaal, A., Maatschappelijk besturen. Een profiel van vrouwelijke zorgdirecteuren, in: *ZM Magazine*, 2004, nr. 4 pp. 18-22
- Versluis, J.M.W. en M.C. Hesselink, *Managementparticipatie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen*. Uitgeverij Nzi. Utrecht. 1993
- Vereniging van Universiteiten (VSNU), *Nederlandse artseneed*, VSNU, Utrecht 2003