

Institutionele legitimiteit en vertrouwen: een meta-analyse

Een kwalitatieve meta-analyse
naar regulerende institutionele
veranderingen en de invloe-
den op de rol van veranderaar
binnen het UMC Utrecht



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

26-6-2020



If you want truly to understand something, try to change it – Kurt Lewin



Masterthesis
Amsterdam, 14 juni 2020

Naam: Ruben Pieter Willem Heining (5740584)

Studentnummer: 5740584

Opleiding: Masterprogramma Organisaties, Verandering en Management

Onderwijsinstelling: Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap, Universiteit Utrecht

Onderzoeksorganisatie: UMC Utrecht

Scriptiebegeleider Universiteit Utrecht: Dr. Maikel Waardenburg

Tweede lezer: Ir. Peter Linde







Abstract

Ziekenhuizen in Nederland maken deel uit van een complexe institutionele omgeving waarbinnen institutionele druk uit het veld zorgt voor verandering binnen het veld en doorwerking heeft in ziekenhuizen. Onder andere overheidsorganisaties weten door wet- en regelgeving invloed uit te oefenen op de werkwijze van ziekenhuizen. Deze wet- en regelgeving leiden tot institutionele veranderingen in het veld en krijgen pas echt gestalte binnen ziekenhuizen. Dat vraagt om interne change agents. Organisatieveranderaars die verantwoordelijk zijn voor de goede afloop van een verandering. Binnen institutionele veranderingen bestaan er op drie verschillende niveaus bewegingen die tot uitdagingen leiden voor change agents. Op macroniveau zorgt druk vanuit het veld voor een strijd om legitimiteit. Op mesoniveau zorgen institutionele logica's voor conflicten tussen professionals en managers in ziekenhuizen en leiden deze logica's tot verschillende strategische reacties op veranderingen. Op een microniveau komen deze processen op het bord te liggen van de change agent en de change agent moet leren omgaan met de verschillende belangen en verwachtingen. Concepten als institutioneel werk en sensemaking weten change agents tot op heden te helpen om dergelijke verandertrajecten goed op te lossen. Door middel van een meta-analyse poogt dit onderzoek inzicht te geven in de institutionele processen die zich afspelen op een macro-, meso- en microniveau, de verbinding tussen de drie niveaus en de praktische implicaties die hieruit voortvloeien voor de change agent. Change agents blijken in staat te zijn om een institutionele verandering te leiden door zich te focussen op de kerntaak van ziekenhuizen, een hybride vorm van managen aan te nemen en zich te baseren op vertrouwen en legitimiteit binnen het ziekenhuis. Verder onderzoek moet verricht worden naar de verbinding tussen het macro-, meso- en microniveau en de praktische implicaties voor change agents. Deze meta-analyse doet een eerste poging om dit bij elkaar te brengen en dit vraagt om dieper en meer kwalitatief onderzoek binnen ziekenhuizen.



Inhoudsopgave

ABSTRACT	6
1. INLEIDING	10
1.1. PROBLEEMBESCHRIJVING	11
1.1.1. UMC Utrecht.....	11
1.1.2. Medical Device Regulation	11
1.1.3. Complexiteit van het veld	12
1.1.4. Uniformiteit Bedrijfsvoering.....	12
1.1.5. De veranderaar binnen het UMC Utrecht.....	12
1.2. VRAAGSTUK	13
1.3. LEESWIJZER.....	13
2. DE THEORETISCHE LENS	14
2.1. MACRONIVEAU.....	14
2.1.1. Instituties.....	14
2.1.2. Institutionele theorie	15
2.1.3. Institutionele velden.....	15
2.1.4. Institutioneel isomorfisme.....	16
2.1.5. Veranderingen en instituties	17
2.1.6. Institutionele veranderingen in het veld.....	18
2.2. MESONIVEAU.....	18
2.2.1. Institutionele logica's	18
2.2.2. Strategische reacties op institutionele processen	19
2.3. MICRO.....	20
2.3.1. Change agency	20
2.3.2. Institutioneel werk.....	21
3. METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING.....	23
3.1. META-ANALYSE	23
3.2. ZOEKSTRATEGIE	23
3.3. INCLUSIECRITERIA.....	24
3.3.1. Institutional change.....	24
3.3.2. Coercive isomorphism	24
3.3.3. Hospital	24
3.3.4. Change agent	24
3.4. DATACOLLECTIE	24
3.5. DE META-ANALYSE	26
3.6. CODEREN VAN DATA	30
3.7. BETROUWBAARHEID	30
3.8. VALIDITEIT	31
3.9. POSITIONERING	32
3.9.1. Reflectie op de rol van onderzoeker	33
4. RESULTATENHOOFDSTUK.....	34
4.1. MACRO.....	34
4.1.1. Het speelveld van ziekenhuizen.....	34
4.1.2. Druk vanuit het veld	35
4.1.3. Homogene velden.....	35
4.1.4. Overleven	38
4.2. MESO.....	38
4.2.1. Twee dominante logica's.....	38
4.2.2. Conflicterend of hybride?	40
4.2.3. Strategische reacties op verandering	41
4.2.4. Organisatie, groepen en individu	42
4.3. MICRO.....	42



4.3.1.	De veranderaar.....	43
4.3.2.	Veranderen is ondernemen	44
4.3.3.	Sensemaking als middel	47
5.	DISCUSSIE	49
5.1.	FOCUS OP DE KERNTAAK	49
5.2.	DE HYBRIDE MANAGER	50
5.3.	VERTROUWEN EN VERANDEREN	52
6.	CONCLUSIE.....	54
6.1.	MACRO.....	54
6.2.	MESO.....	54
6.3.	MICRO.....	55
6.4.	LEGITIMITEIT	55
6.5.	IMPLICATIES VOOR ONDERZOEK EN PRAKTIJK.....	55
7.	LITERATUURLIJST	56
7.1.	GERAADPLEEGDE INTERNETBRONNEN.....	60
8.	BIJLAGEN	61
8.1.	BIJLAGE 1: DAGBOEK.....	61
8.2.	BIJLAGE 2: CODEBOOM.....	66

Figuurlijst

Figuur 1: PRISMA-model (Libertari et al., 2009).....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Figuur 2: De Meta-Analyse	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Figuur 3: PRISMA-checklist (Moher et al., 2009) (pagina 9 t/m 10).....	31





1. Inleiding

Ziekenhuizen maken deel uit van een veranderlijk, complex institutioneel veld (Scott, 1995). Veranderingen in het institutionele veld hebben doorwerking in ziekenhuizen en veranderaars in deze organisaties komen hierdoor voor veel institutionele uitdagingen te staan. Zo schrijven DiMaggio & Powell (1983) over institutionele velden waarbinnen organisaties door druk uit het veld steeds meer op elkaar gaan lijken. Reay & Hinings (2009) schrijven over verschillende institutionele logica's die binnen ziekenhuizen met elkaar in conflict kunnen raken. Oliver (1991) gebruikt deze logica's om reacties van groepen en individuen op veranderingen in organisaties te kunnen duiden. Deze processen komen op het bord te liggen van de veranderaar. Een veranderaar is verantwoordelijk voor het begeleiden van een goede afloop van de verandering en wordt ook wel *change agent* genoemd. Met alle bewegingen in het institutionele veld en de doorwerking hiervan binnen organisaties, is veranderen moeilijker dan dat het lijkt. Ook binnen het Universitair Medisch Centrum Utrecht (hierna: UMCU) voltrekt zich een institutionele verandering met een change agent die hiervoor verantwoordelijk is. Het is voor deze veranderaar de uitdaging om te midden van deze bewegingen om te gaan met de institutionele verandering en de gevolgen hiervan voor het managen van de verschillende stakeholders in het ziekenhuis.

In mei 2017 werd er namelijk nieuwe Europese wetgeving met betrekking tot medische hulpmiddelen aangekondigd. Door de huidige pandemie is de ingang van de wet met een jaar uitgesteld en treedt de wet in mei 2021 in werking. De wet draagt de naam *Medical Device Regulation* (hierna: MDR) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019). Elk ziekenhuis moet zich conformeren aan deze regelgeving. Het institutionele veld verandert en dat brengt druk met zich mee voor ziekenhuizen. Zo ook voor het grootste ziekenhuis in regio Utrecht. Het UMCU is tevens de grootste werkgever van de regio, 11.384 werknemers werken voor het ziekenhuis (UMC Utrecht, z.d.). Een regulerende verandering is daarom niet gemakkelijk, een veranderaar in het UMCU moet rekening houden met alle werknemers en de daarbij horende belangen.

Het is voor ziekenhuizen van belang om zich aan te passen aan haar omgeving en de veranderingen om te kunnen overleven. Aanpassen is echter niet voldoende. In het geval van het UMCU dient het ziekenhuis rekening te houden met elf duizend medewerkers. Intern krijgen deze veranderingen pas gestalte. Zo maken medisch professionals zich hard voor de traditionele norm op hun werkvloer en zet het management zich in voor kostenbesparing, effectiviteit en efficiëntie.

In dit onderzoek zijn het niet de artsen, niet de Raad van Bestuur of patiënten die de basis van het vraagstuk vormen, maar ligt de basis bij de Europese Unie. Door middel van de MDR poogt de EU het veld verder te reguleren. De wet heeft als beoogd effect om medische hulpmiddelen en technologie in alle zorgorganisaties in Europa inzichtelijker en controleerbaarder te maken en strengere eisen te stellen aan de kwaliteit en veiligheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019). Deze nieuwe regelgeving moet geïmplementeerd worden in het UMCU en moet gedragen worden door alle medewerkers. Dit vraagt om interne change agents: veranderaars die de regelgeving in beleid omzetten. De afdeling Medische Technologie en Klinische Fysica (hierna: afdeling MTKF) is in het UMCU verantwoordelijk voor de goede afloop van deze verandering. Dit is een nieuwe rol voor de afdeling. Het betreft een afdeling met specialisten die verantwoordelijk zijn voor alle medische hulpmiddelen en technologie in het UMCU. Vanuit de Raad van Bestuur is besloten om het mandaat te geven aan de afdeling MTKF om beleid te ontwikkelen voor een goed lopende bedrijfsvoering.

Veel literatuur schrijft over het concept change agency. Caldwell (2003) stelt dat de change agent de belangrijkste schakel is om een verandering te initiëren, te managen en te implementeren. Een belangrijke rol waar veel bij komt kijken. Veranderen in een institutioneel veld gaat niet over een nacht ijs en het kan lastig zijn de bewegingen scherp in beeld te houden. Door middel van concepten als institutioneel werk proberen wetenschappers duiding te geven aan de vormen van werk en de uitdagingen die veranderaars tegenkomen in de institutionele omgeving.

Zo is er literatuur beschikbaar over institutionele veranderingen, waar DiMaggio & Powell (1983) ingaan op institutioneel isomorfisme en Oliver (1992) ingaat op het delegitimeren van institutionele velden. Deze bewegingen leiden tot veranderingen in het veld en werken door in organisaties en beïnvloeden daarmee concepten van institutionele logica's (Thornton & Ocasio, 2008) en strategische reacties op veranderingen (Oliver, 1991). De change agent wordt in de literatuur bestempeld als manager van de verandering (Caldwell, 2003; Micelotta et al., 2017). Lawrence et al. (2011) gaan in op de acties die uitgevoerd kunnen worden in een



institutionele verandering door middel van institutioneel werk. De koppeling tussen institutionele veranderingen, change agents en institutioneel werk is beperkt. Met name de praktische implicaties die voor change agents hieruit voortvloeien zijn zeer onderbelicht. Dit onderzoek draagt bij aan de connectie tussen institutionele verandering, change agency en institutioneel werk. Door een meta-analyse wordt de verbinding tussen deze concepten opgezocht en bepaald welke praktische implicaties hieraan zijn verbonden voor de change agent. In dit onderzoek worden de concepten van institutionele veranderingen, change agency en institutioneel werk op drie niveaus onderzocht. Op het veldniveau (macro), op organisatieniveau (meso) en op het niveau van de veranderaar (micro). Door het verbinden van deze verschillende niveaus en concepten worden veranderaars in staat gesteld om de verandering die zij ondergaan beter te leren begrijpen. Het begrijpen van de context van een verandering, de gevolgen daarvan binnen organisaties en de invloed op veranderaars draagt bij aan het structureren en implementeren van een verandering en uiteindelijk een beter resultaat. De onderzoeksvraag van dit onderzoek is de volgende:

Op welke wijze manifesteren institutionele veranderingen in ziekenhuizen zich op een macro-, meso-, en microniveau en wat betekent dat voor de rol van change agent?

1.1. Probleembeschrijving

1.1.1. UMC Utrecht

Het UMC Utrecht is het academische ziekenhuis van Utrecht. In Nederland zijn er acht academische ziekenhuizen (Universitair Medisch Centra). Er valt in Nederland onderscheid te maken tussen drie soorten verschillende ziekenhuizen: algemene, specialistische en academische ziekenhuizen. Een academisch ziekenhuis is een publiek ziekenhuis dat wordt bekostigd vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: Ministerie van VWS). Specialistische en algemene ziekenhuizen zijn ook gericht op het maken van winst, dat is bij een academisch ziekenhuis niet het geval. Zo legt het bestuur van een academisch ziekenhuis verantwoording af aan de minister.

1.1.2. Medical Device Regulation

In mei 2017 werd er nieuwe Europese wetgeving bekendgemaakt met betrekking tot medische hulpmiddelen, de Medical Device Regulation. Op 26 mei 2020 gaat de MDR in werking treden. Deze regels hebben gevolgen voor alle fabrikanten, importeurs, distributeurs, zorginstellingen, zorgverleners en (indirect) voor patiënten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019). De Verordening is een wijziging van Richtlijn 2001/83/EG, Verordening (EG) nr. 178/2002 en Verordening (EG) nr. 1223/2009, en leidt tot intrekking van Richtlijnen 90/385/EEG en 93/42/EEG van de Raad. De nieuwe verordening stelt de volgende doelen:

‘Om een robuust, transparant, voorspelbaar en duurzaam regelgevingskader te kunnen vaststellen voor medische hulpmiddelen, dat een hoog niveau van veiligheid en gezondheid waarborgt en tegelijkertijd innovatie ondersteunt’ (Verordening EU 2017/745, p. 1)

‘Deze verordening heeft tot doel het soepel functioneren van de interne markt voor medische hulpmiddelen te garanderen, uitgaande van een hoog beschermingsniveau voor de gezondheid van patiënten en gebruikers ... Tegelijkertijd stelt deze verordening hoge kwaliteits- en veiligheidseisen aan medische hulpmiddelen ... Op grond van artikel 114 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) harmoniseert deze verordening de voorschriften voor het in de handel brengen en de ingebruikneming op de markt van de Unie van medische hulpmiddelen en hun toebehoren’ (Verordening EU 2017/745, p. 1 – p. 2).

Een fabrikant kan door de verordening minder snel een hulpmiddel op de markt brengen omdat het moet voldoen aan meer en strengere eisen. Een hulpmiddel kan tevens in een hogere risicoklasse vallen, waarna het dient te worden aangepast (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019). Importeurs, distributeurs en gemachtigden moeten door de verordening strenger controleren of de hulpmiddelen voldoen aan de eisen van de MDR (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019). Zorginstellingen die hulpmiddelen maken moeten dit doen aan de hand van de eisen die in de MDR worden gesteld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019). Daarnaast moeten zorginstellingen alle implantaten in het Landelijk Implantatenregister registreren, waardoor er meer en betere gegevens beschikbaar zijn (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019).



Zo valt ook het UMCU onder een aantal van de hierboven genoemde groepen. Naast dat het UMCU een zorginstelling is en zorg verleent, maakt zij ook zelf medische hulpmiddelen en is daarmee fabrikant. Zo moet het UMCU alle intern gemaakte hulpmiddelen opnieuw herzien en alle toekomstige producten op een eenduidige wijze fabriceren. De MDR heeft op veel verschillende manieren invloed binnen het UMCU. Het is voor de afdeling MTKF, de opdrachtgever voor dit onderzoek, nog onduidelijk op wie de wetgeving precies invloed heeft binnen het UMCU. Er moet echter wel nieuw beleid geschreven worden dat de volledige lading van de MDR dekt.

1.1.3. Complexiteit van het veld

Het institutionele veld van het UMCU is complex. Het betreft een veld waarin zorginstellingen, professionele hulpverleners, zorgverzekeraars, burgers, patiënten en overheidsorganisaties allemaal een rol spelen en invloed willen uitoefenen op de processen die er binnen het veld bestaan (van der Veen, 2005). Daarnaast is het UMCU een publiek ziekenhuis, waarover Mur-Veeman et al. (2003) stellen dat regulerende institutionele veranderingen daar extremer worden ervaren dan bij private ziekenhuizen. Door de verscheidenheid aan actoren in het institutionele veld en hun belangen ontstaat er institutionele druk binnen/op ziekenhuizen en neemt deze gelaagde institutionele complexiteit door de jaren heen toe (Felder et al., 2018). Niet alleen wetenschappers schrijven over de complexiteit van het institutionele veld. Zo schrijft de Rijke (2018) over de complexere vraag van de patiënt, waardoor er meer kennis en specialisme is vereist. Bovendien krijgen midden managers in de zorg er steeds meer rollen bij en moeten zij opereren in een dynamische en complexe omgeving (Okkerman & Dankbaar, 2019). Ook rijst de vraag naar efficiëntie binnen de zorg, terwijl efficiëntie in de zorg moeilijk meetbaar is (Ahli, 2020).

Het managen en leiden in de zorg is complex. De belangen zijn groot en zorgmanagers ervaren druk van verschillende kanten. De MDR is een voorbeeld van regulerende druk op het veld van ziekenhuizen. Door een veelheid aan actoren en de variëteit van logica's is de MDR een complex verandertraject. Deze variabelen zorgen ervoor dat het managen van de verandering moeilijk en uitdagend is. Dit onderzoek moet bijdragen aan het begrip van institutionele processen op veld-, organisatie en individueel niveau. Op die manier wordt de complexiteit opgedeeld in stukken om het stap voor stap beter te leren begrijpen en de verandering goed te kunnen managen.

1.1.4. Uniformiteit Bedrijfsvoering

Het UMCU heeft in 2019 een adviesbureau ingehuurd om een uniformere bedrijfsvoering te realiseren. Dit kantoor heeft een model geïmplementeerd dat de volgende naam draagt: het *Three Lines of Defence model* (Luburic et al., 2015). Het model kent drie 'lijnen'. De *first line of defence* is eindverantwoordelijk voor de bedrijfsvoering (Luburic et al., 2015). De *second line of defence* ontwikkelt het beleid voor de bedrijfsvoering (Luburic et al., 2015). De *third line of defence* toetst het beleid (Luburic et al., 2015). Zo zijn alle drie de lijnen aan elkaar verbonden en hebben ze ieder hun eigen rol en taak in het proces (Luburic et al., 2015).

De afdeling MTKF is benoemd tot de *second line of defence*. De afdeling heeft zodoende het mandaat gekregen (vanuit de Raad van Bestuur) over het ontwikkelen van beleid voor de bedrijfsvoering.

1.1.5. De veranderaar binnen het UMC Utrecht

Naar aanleiding van deze ontwikkelingen wordt de afdeling MTKF verantwoordelijk gehouden voor een goed verloop van deze verandering en kan zodoende organisatieveranderaar, veranderaar of change agent genoemd worden (Caldwell, 2003). Caldwell (2003) geeft aan in zijn artikel dat het vaak het middenmanagement is die de rol van change agent op zich moet nemen. In het geval van het UMCU is dat niet anders. Volgens Caldwell (2003) maken midden managers een dubbele verandering door zowel 'object' als agent te zijn van de verandering. Door deze positie wordt de midden manager in staat gebracht de verandering van te analyseren vanuit het management (Caldwell, 2003). Daarnaast zit een midden manager ook dicht op de plek waar de verandering gestalte krijgt (Caldwell, 2003). Binnen het UMCU is het de afdeling MTKF die deze rol toegeschreven heeft gekregen. De verandering heeft invloed op een groot aantal medewerkers en het is daarom belangrijk om een stakeholder gedragen beleid uit te voeren. Het begrijpen van de complexe omgeving en het bewust omgaan met de rol van veranderaar kunnen bijdragen aan een stakeholder gedragen beleid.



1.2. Vraagstuk

Het vraagstuk kent verschillende uitdagingen. De publieke rol van het UMCU brengt met zich mee dat de institutionele druk die wordt ervaren intenser is. De verantwoordelijkheid die het ziekenhuis moet afleggen aan het Ministerie van VWS geeft weinig speelruimte en de belangen zijn groot. De MDR is daarnaast een wetgeving die specialistisch van aard is, maar doorwerking kent in de gehele organisatie. Deze combinatie brengt met zich mee dat het voor de afdeling MTKF onduidelijk is wie erbij betrokken moeten worden en hoe er met de verschillende groepen in het ziekenhuis omgegaan moet worden. Deze groepen hebben verschillende logica's en dragen bij aan de complexiteit van het veld. De veranderaar in het UMCU staat voor veel uitdagingen en het is moeilijk in te zien wat de gevolgen exact gaan zijn en op wie deze effect hebben. Dit onderzoek probeert inzicht te geven in de verschillende institutionele bewegingen die zich binnen een dergelijke verandering afspelen. Institutionele bewegingen op een macro-, meso- en microniveau en de praktische implicaties voor de afdeling MTKF. Wanneer die opdeling duidelijk is en de veranderaar bewust bezig kan zijn met de verschillende niveaus, hoopt dit onderzoek handvatten te bieden voor een goede afloop van de institutionele verandering.

1.3. Leeswijzer

Hoofdstuk twee gaat in op de theorie die als basis geldt voor het verrichte onderzoek. Het derde hoofdstuk gaat in op de methode die is gebruikt om het onderzoek op te zetten en uit te voeren, de methodologische verantwoording. Het vierde hoofdstuk betreft het resultatenhoofdstuk met de resultaten die zijn voortgekomen uit de meta-analyse. Hoofdstuk vijf is de discussie waar de literatuur gecombineerd wordt met de resultaten van de meta-analyse en tevens gezocht wordt naar praktische implicaties voor de afdeling MTKF. Het vijfde hoofdstuk is de conclusie waarin het onderzoek en belangrijkste uitkomsten worden samengevat en de implicaties voor verder onderzoek en praktijk worden aangegeven. In de bijlagen is een dagboek ingevoegd voor de methodologische keuzes die door het proces heen zijn gemaakt en is een codeboom toegevoegd die als basis gold voor het resultatenhoofdstuk.



2. De theoretische lens

De theoretische lens die ik gebruik heb voor het uitvoeren van mijn meta-analyse is de institutionele leer. Al tientallen jaren wordt deze leer gebruikt om sociale mechanismen in organisaties te duiden. Zo schreven Phillip Selznick (1948), Talcott Parsons (1956) en Herbert Simon (1945) al over institutionalisme en gebruikten zij de leer om irrationele bewegingen en processen binnen organisaties te begrijpen, dit was het 'oude' institutionalisme. Zij zagen dat er keuzes werden gemaakt die niet terug te herleiden waren tot economische argumenten en poogde deze ogenschijnlijke 'irrationele' keuzeprocessen een plek te geven. Het plaatsen van organisaties in een omgeving waar sociale mechanismen invloed uit oefenen op organisatie en individu bracht veel nieuwe inzichten met zich mee.

Jaren later stonden er wetenschappers op die nu als grondleggers van het 'nieuwe' institutionalisme worden beschouwd. Met name de werken van Meyer & Rowan uit 1977 en van DiMaggio & Powell uit 1983 hebben veel invloed gehad op de ontwikkeling van de institutionele leer. Het zijn de werken die veelal als basis worden gehouden voor de geanalyseerde artikelen uit deze meta-analyse. In deze theoretische lens ga ik dieper in op deze basisconcepten. Om mijn conclusies meer fundering mee te geven pas ik de concepten in dit theoretisch kader toe binnen de omgeving van een ziekenhuis. En dat zijn de concepten die uiteindelijk de fundering leggen voor dit onderzoek. Omdat mijn onderzoek een opdeling kent van drie verschillende niveaus zal ook mijn theoretische lens hierop gebaseerd zijn. In paragraaf 2.1 komt het macroniveau aan bod, in paragraaf 2.2 komt het mesoniveau en daarna paragraaf 2.3: het microniveau.

2.1. Macroniveau

2.1.1. Instituties

De institutionele leer gebruikt sociale mechanismen om processen binnen organisaties te kunnen duiden. Het gaat om sociale structuren van normen, waarden, regels en praktijken die bepalen op welke wijze organisaties zich gedragen, de mensen in de organisaties zich gedragen en op welke manier dit op elkaar is afgestemd. Binnen de institutionele leer spelen instituties een belangrijke rol. March & Olsen (2008, p. 691) omschrijven instituties als volgt:

'A relatively stable collection of rules and practices, embedded in structures of resources that make action possible (...) and structures of meaning that explain and justify behavior-roles, identities and belongings, common purposes, and causal and normative beliefs'

Het gaat om een 'collectie van regels en praktijken' die zijn vastgelegd in een sociale structuren (March & Olsen, 2008). De institutie is zodoende geen tastbaar voorwerp. Het is een abstracte definitie waarin acties worden uitgevoerd op basis van regels die gelden in die betreffende structuur (March & Olsen, 2008). De regels bepalen het gedrag van mensen (Hodgson, 2006). Instituties hebben zodoende een activerend component, maar het kunnen ook regels zijn die bepaald gedrag verbieden (Hodgson, 2006). Ziekenhuizen maken ook deel uit van een institutie en moeten omgaan met regels en praktijken en zo wordt het gedrag voor hen bepaald (Scott, 2005; Carvalho & Santiago, 2016; Cloutier et al., 2016). Het tweede deel van de definitie gaat in op het andere effect van de instituties, namelijk dat deze instituties bepalen welk gedrag ziekenhuizen moet vertonen (Scott, 2005). In andere woorden kan men stellen dat de institutie een ziekenhuis legitimeert welk gedrag zij kan vertonen als organisatie (Scott, 2005; Hodgson, 2006). Ook hier gaat het opnieuw niet om een tastbaar principe, maar is het vastgelegd in organisatie overstijgende structuren.

Burton-Jones et al. (2020) voegen hieraan toe dat het niet gaat om economisch gewin, maar om het verkrijgen van legitimiteit in de sociale context. Max Weber onderstreepte in 1968 al hoe belangrijk legitimiteit is in de sociale context. Ook Ruef & Scott (1998, p. 877) halen de interpretatie van Weber aan om sociale legitimiteit te duiden en zeggen daar het volgende over:

'In his definitional foundations of the types of social action, he gave particular attention to those forms of action that were guided by a belief in the existence of a legitimate order: a set of "determinable maxims," a model regarded by the actor as "in some way obligatory or exemplary for him" (Weber, 1968, p. 31)'

Legitimiteit gaat om geloven in een model wat voorschrijft welk gedrag vertoond kan worden (Ruef & Scott, 1998). Dat model waar men in gelooft, is een sociale structuur opgebouwd uit regels, waarden en



praktijken, en dat model komt voort uit de institutie (Ruef & Scott, 1998). Zo is er niet één soort model dat door de maatschappij heen wordt gehanteerd met betrekking tot het gedrag wat je kan vertonen, maar kennen alle instituties haar eigen model waarin gelegitimeerd wordt welk gedrag je kan vertonen (Ruef & Scott, 1998). Ziekenhuizen hebben ook voorschriften voor gedrag die bepalen op welke manier mensen zich moeten gedragen. Dat is de manier hoe legitimiteit een rol speelt binnen het instituut ziekenhuis.

Scott (1995) schrijft meer over instituties en structuren en onderscheid hierin drie verschillende vormen van structuren: cognitieve, regulatieve en normatieve structuren. Deze structuren bepalen de legitimiteit van individueel gedrag en acties (Scott, 1995). Waar Scott (1995) ingaat op het individuele perspectief van instituties, stellen Handayani et al. (2016) dat dit individuele perspectief ten grondslag ligt voor ontwikkelingen binnen organisaties. Een voorbeeld hiervan is de wijze waarop er gereageerd wordt op externe invloeden of interne organisatorische besluitvorming (Handayani et al., 2016). De reden waarom organisaties dit individuele perspectief, bewust of onbewust, meenemen in besluitvorming ligt ingebed in de concepten van bijvoorbeeld legitimiteit en institutioneel isomorfisme (Meyer & Rowan, 1977).

2.1.2. Institutionele theorie

De institutionele theorie heeft zich bewezen binnen de zorgsector (Burton-Jones et al., 2020; Alyhya et al., 2018; Carpenter and Feroz, 2001; Dacin et al., 2002; Nasra and Dacin, 2010; Townley, 2002; D'Andreamatteo et al., 2019). De lens die de institutionele theorie ons biedt, maakt het mogelijk om vast te stellen welke rol context speelt in de ontwikkeling van individueel gedrag binnen organisaties, hoe en waarom organisaties zich ontwikkelen en op welke manier dat gebeurt (Burton-Jones et al., 2020; Micelotta et al., 2017; Alyhya et al., 2018). Daarnaast biedt het ook een holistische kijk op de context (Burton-Jones et al., 2020; Micelotta et al., 2017). Deze holistische kijk op de context vanuit de institutionele theorie omvat bijvoorbeeld het argument dat organisaties zich moeten conformeren aan de eisen van hun context om te kunnen overleven in hun institutionele veld (DiMaggio & Powell, 1983; Tursunbayeva et al., 2016).

De institutionele theorie heeft zich door de jaren heen constant aangepast (Burton-Jones et al., 2020). Deze aanpassingen voltrekken zich ten aanzien van oude theoretische concepten binnen de institutionele theorie. Zo schrijven Alyhya et al. (2018, p. 104) over *'the old and new institutional theories'*. Ook Carvalho & Santiago (2016) benoemen het onderscheid tussen de twee vormen van institutionele theorie. De 'oude' institutionele theorieën gaan in op de basisprincipes voorafgaand aan een gedetailleerde analyse van een specifieke context. Sinds het ontstaan van de 'oude' institutionele theorie zijn er veel concepten toegevoegd aan de theorie die hebben bijgedragen aan het onderzoeken van de werkelijkheid. Concepten die ontwikkeld zijn vanuit de nieuwe institutionele theorie en later in dit hoofdstuk aan bod komen zijn: institutionele verandering, institutioneel isomorfisme, institutionele legitimiteit, institutionele logica's, institutionele strategische reacties, change agency, institutioneel werk en sensemaking.

2.1.3. Institutionele velden

Volgens Zietsma et al. (2017) is de institutionele omgeving een van de belangrijkste concepten binnen de institutionele theorie en daarover wordt het volgende gezegd:

'The concept of an institutional field is one of the cornerstones of institutional theory, an 'increasingly useful level of analysis' (Reay & Hinings, 2005, p. 351) and 'the level of most significance to institutional theory' (Scott, 2001, p. 83)' (p. 3).

Het concept van institutionele velden biedt mogelijkheden om de bredere concepten uit de sociale organisatietheorie te kunnen koppelen aan gedrag binnen organisaties (Zietsma, et al., 2017). Ook Reay & Hinings (2005) gebruiken de concepten van het institutionele veld om een institutionele analyse uit te voeren en geven aan dat de theorie omtrent het institutionele veld steeds bruikbaar wordt. Het concept van institutionele velden kan volgens Reay & Hinings (2005) met name gebruikt worden om institutionele veranderingen en de bewegingen uit het veld te analyseren. Scott (1995) schrijft over deze institutionele velden en gebruikt de volgende definitie:

'A community of organizations that partakes of a common meaning system and whose participants interact more frequently and fatefully with one another than with actors outside the field' (p. 56).



Volgens Scott (1995) is een institutioneel veld een gemeenschap van organisaties die eenzelfde waardesysteem hanteren. Het institutionele veld van ziekenhuizen in Nederland bestaat volgens van der Veen (2005) uit de volgende actoren: zorgverzekeraars, de zorgaanbieders (ziekenhuizen), de professionele hulpverleners en de burger/patiënt. Dit veld is algemeen gereguleerd door de overheid en concurrentie kan alleen plaatsvinden binnen de kaders van deze algemene eisen (van der Veen, 2005). Zo bestaat de gemeenschap van zorgorganisaties die eenzelfde waardesysteem hanteren aan een verscheidenheid van organisaties en daar maken ziekenhuizen deel van uit.

Klecun et al. (2019) stellen dat institutionele analyses voornamelijk uitgevoerd worden binnen private ondernemingen, maar onderzoek laat zien dat dit ook goed mogelijk is binnen publieke organisaties (Bromley & Suárez, 2014; Luna-Reyes & Gil-García, 2011). Ook publieke organisaties maken deel uit van een institutioneel veld en ervaren dezelfde institutionele invloeden als dat private organisaties en soms zelfs meer (Klecun et al., 2019). De institutionele theorie is zodoende geschikt om institutionele processen binnen publieke organisaties te bestuderen.

Publiek-privaat onderscheid

Publieke en private ziekenhuizen ervaren de institutionele invloeden vanuit het veld op een andere manier (Handayani et al., 2016). In Nederland bestaan er volgens Mur-Veeman et al. (2003) verschillen tussen publieke en private ziekenhuizen op het gebied van fondsenwerving, regulerende raamwerken, houdingen en cultuur. De inmenging van overheidsinstanties binnen het institutionele veld is in Nederland traditioneel hoog, maar publieke Nederlandse ziekenhuizen ervaren deze inmenging extra intens omdat zij verantwoording moeten afleggen aan overheidsinstanties (Mur-Veeman et al., 2003). Private ziekenhuizen kennen een winst oogmerk en leggen daarmee verantwoording af aan hun aandeelhouders (Mur-Veeman et al., 2003).

De invloeden van het publieke-private onderscheid bepalen volgens Mur-Veeman et al. (2003) voor een deel ook het gedrag en cultuur in de ziekenhuizen. Zo hebben professionals in private ziekenhuizen meer een gevoel van effectiviteit en efficiency, omdat zij werken met een winst oogmerk (Mur-Veeman et al., 2003). Dit heeft als gevolg dat private ziekenhuizen minder moeite hebben om de cultuuromslag naar een meer private onderneming te maken dan een publiek ziekenhuis waar de traditionele waarden van zorg en het tijd nemen voor het verlenen van zorg hoger staan aangeschreven (Mur-Veeman et al., 2003). Daardoor zijn er drie verschillen tussen publieke en private ziekenhuizen te onderscheiden: winst oogmerk, regulerende invloeden en gedrag en cultuur (Mur-Veeman et al., 2003).

2.1.4. Institutioneel isomorfisme

In 1983 schreven DiMaggio en Powell een onderzoek over institutioneel isomorfisme waarin de krachten die invloed uitoefenen op organisaties in een institutioneel veld werden omschreven. Organisaties gaan volgens DiMaggio & Powell (1983) steeds meer op elkaar lijken. Waar Scott (1995) betoogt dat organisaties moeten voldoen aan normen, waarden, regels en overtuigingen die worden bepaald door de sociale structuren waarin organisaties opereren, betogen DiMaggio & Powell (1983) dat organisaties steeds meer op elkaar gaan lijken door een drietal aan vormen van institutionele druk (isomorfisme): *coercive* -, *mimetic* - & *normative isomorphism*.

Coercive isomorfisme houdt in dat organisaties steeds meer op elkaar gaan lijken door formele en informele politieke druk (DiMaggio & Powell, p. 150). Een voorbeeld hiervan is staatsregulatie waardoor organisaties die geraakt worden door de regulatie zich op een bepaalde manier moeten gedragen. Nieuwe regulatieprogramma's voor zorginstellingen worden gezien als coercive isomorfisme (Yang et al., 2007, p. 265). Volgens Flood & Fennell (1995) hebben regulerende veranderingen vaak meer invloed dan gedacht. Niet alleen de wetgeving verandert, intern moet er in ziekenhuizen ook veel aangepast worden (Flood & Fennell, 1995, p. 161). Het is niet ongebruikelijk voor overheidsinstanties om organisaties zich op een bepaalde manier te laten gedragen door het invoeren van wetgeving (Delmas & Toffel, 2004).

Frumkin & Galaskiewicz (2004, p. 303) stellen dat coercive isomorfisme het verschil tussen publieke en private organisaties kleiner maken. Mur-Veeman et al. (2003) zijn het hier niet mee eens en geven juist aan dat deze regulatieprogramma's binnen publieke ziekenhuizen harder aankomen door de wijze waarop publieke ziekenhuizen verantwoording moeten afleggen. In Nederland is dat aan het ministerie van VWS. Dit is in veel gevallen hetzelfde ministerie die de regulerende maatregelen doorvoeren (Exter et al., 2004). Het is voor publieke ziekenhuizen niet mogelijk om af te wijken van deze maatregelen. In veel gevallen brengt het ministerie



van VWS advies uit op welke wijze de wetgeving opgevolgd dient te worden (Exter et al., 2004). Aan publieke ziekenhuizen de taak om de wetgeving zo exact mogelijk op te volgen, voor private ziekenhuizen ligt dat anders en pogen deze ziekenhuizen de wet zo te implementeren dat het minder gevolgen heeft voor het reilen en zeilen van de organisatie (Exter et al., 2004). Dit resulteert in een verschil binnen het regulerende raamwerk en dat de verschillen tussen publieke en private ziekenhuizen door coercive isomorfisme juist vergroot worden.

Mimetic isomorfisme houdt in dat organisaties elkaar na gaan doen en daardoor meer op elkaar gaan lijken (DiMaggio & Powell, p. 151). Een voorbeeld hiervan is duurzaamheidsbeleid, wanneer een organisatie economische voordelen haalt uit deze strategie zullen andere organisaties ook een duurzaamheidsbeleid implementeren om ook deze economische voordelen te behalen. Ziekenhuizen staan blootgesteld aan mimetic isomorfisme op het moment wanneer zij het beleid van andere ziekenhuizen overnemen of kopiëren in het licht van het verminderen van onzekerheid (Yang et al., 2007, p. 265; Flood & Fennell, 1995). Deze onzekerheid kan ontstaan voor ziekenhuizen wanneer andere ziekenhuizen succesvolle adaptaties laten zien omtrent verandertrajecten, een ziekenhuis kan dan het gevoel krijgen om in ieder geval 'iets' te doen en kijkt zodoende naar de succesvolle ziekenhuizen (Flood & Fennell, 1995).

Normative isomorfisme houdt in dat doordat mensen opgeleid worden tot professionals zij dezelfde normen en waarden meenemen die zij aangeleerd krijgen (DiMaggio & Powell, p. 152). Wanneer deze mensen gaan werken worden deze normen gehanteerd om iemand te beoordelen. Zo gaan organisaties van binnenuit meer op elkaar lijken (DiMaggio & Powell, p. 152). Yang et al. (2007) stellen dat normative isomorfisme voor conflict kan zorgen in zorgorganisaties. Er komen nu meer groepen professionals in zorgorganisaties die inzetten op administratieve effectiviteit en management control en dat conflicteert met de traditionele normatieve standaarden in zorgorganisaties waar medische waarden en de patiënt-arts relatie worden gehanteerd als norm (Yang et al., 2007, p. 265; Flood & Fennell, 1995).

Het gaat er met institutioneel isomorfisme niet om welke winst men wel of niet behaald ten opzichte van de concurrenten. Het is geen kwestie van rationaliteit waarbinnen organisaties zelf hun eigen keuzes maken en beïnvloeden. De strekking is dat isomorfisme voornamelijk een onvrijwillig proces is. Het is een proces dat is vastgelegd in sociale structuren, waar je als individu of organisatie niet direct invloed op uit kan oefenen. De institutionele omgeving of het institutionele veld is een sociale structuur wat niet tastbaar is, de druk die hieruit ontstaat voor organisatie en individu is vervolgens wel tastbaar (Carvalho & Santiago, 2016).

2.1.5. Veranderingen en instituties

In het vorige deel van deze theoretische lens werd duidelijk dat instituties opgebouwd zijn uit sociale structuren en een set aan normen, waarden, regels en praktijken. Instituties maken vervolgens weer deel uit van een groter institutioneel veld en binnen dit institutionele veld zijn er verschillende bewegingen die invloed uitoefenen op individuen en organisaties. Bewegingen als institutioneel isomorfisme en institutionele logica's zijn grote, complexe concepten die ook op een ander belangrijk concept invloed hebben. Dat is het concept van institutionele veranderingen. Volgens Micelotta et al. (2017) is het concept van institutionele verandering moeilijk samen te vatten en zijn er veel aanleidingen tot een institutionele verandering. Zij geven de volgende uitleg:

'Instead, change has been conventionally portrayed as a dramatic and frame-bending experience that transforms institutional fields (although, see van Wijk, Stam, Elfring, Zietsma, & den Hond, 2013). Additionally, purposeful agency and intentionality has seemingly been considered a necessary and sufficient condition for institutional change (see, although, Dorado, 2005; Lounsbury & Crumley, 2007). The potential for variations introduced by individuals or organizations that have no intention to challenge or disrupt existing institutional arrangements has been overlooked, as has been the possibility that seemingly minor variations (purposeful or not) may accumulate to generate institutional change (although, see Ansari & Phillips, 2011; Gray, Purdy, & Ansari, 2015; Smets, Morris, & Greenwood, 2012)' (Micelotta et al., 2017, p. 1886).

Deze uitleg kent een aantal componenten. Allereerst stellen Micelotta et al. (2017) dat institutionele verandering gaat om de verandering in het institutionele veld. Ten tweede stellen Micelotta et al. (2017) dat institutionele verandering door individuele concepten van agency wordt beïnvloed. In de literatuur wordt naar deze individuele concepten vaak verwezen als *change agency* of *change agents* (Micelotta et al., 2017). Ten derde gaat institutionele verandering over intentionele acties om institutionele verandering in gang te zetten (Micelotta et al., 2017). Deze intentionele acties wordt institutioneel werk genoemd (Micelotta et al., 2017).



2.1.6. Institutionele veranderingen in het veld

Voorheen werd voornamelijk gedacht dat institutionele verandering in het veld ging om de uitkomsten van veranderingen door collectieve acties waaronder sociale bewegingen (van Wijk et al., 2013). Toch blijkt de connectie tussen collectieve acties en institutionele verandering van het veld niet zo rechtstreeks te zijn en lijkt de invloed van collectieve acties beperkt (van Wijk et al., 2013). Een concept wat meer invloed lijkt te hebben op het initiëren van institutionele verandering in het veld is het verschuiven van bronnen van institutionele legitimiteit. Oliver (1992) schrijft hierover en stelt dat het om het delegitimiseren van de bestaande sociale structuren. Het doel van delegitimiseren is om de bestaande structuren en praktijken te laten verdwijnen zodat er plaats vrijkomt voor nieuwe legitimiteit en dus nieuwe structuren en praktijken (Oliver, 1992).

Volgens Oliver (1992) zijn er drie indicatoren van de verschuiving van bronnen van legitimiteit of delegitimisatie: verandering in de politieke verdeling, verandering in de functionele noodzaak en verandering in sociale consensus. Allereerst kan een verandering in politieke verdeling twee dingen betekenen: daling in prestatie of crisis en een nieuwe herverdeling van politieke macht (Oliver, 1992). Wanneer een institutioneel veld niet goed presteert kan er politieke onvrede ontstaan over het veld (Oliver, 1992). Dan kan de politieke macht er bijvoorbeeld voor kiezen het veld verder te reguleren om het te laten presteren zoals zij dat willen (Oliver, 1992). Ten tweede kunnen er na verkiezingen nieuwe politieke partijen aan de macht zijn met nieuwe ideeën over een institutioneel veld (Oliver, 1992). Ook de verandering in functionele noodzaak van het veld kent twee verschillende indicatoren. Zo kunnen systemen en technische specificaties van het veld zich verder ontwikkelen en dient het veld zich hieraan te conformeren (Oliver, 1992). Een andere indicator van verandering in het institutionele veld n.a.v. functionele noodzaak kan zijn doordat het doel verandert van het veld (Oliver, 1992). Het doel kan veranderen naar aanleiding van discrepantie tussen sociale en economische criteria (Oliver, 1992). Denk bijvoorbeeld aan banken die in duurzaamheidsinitiatieven investeren en niet in wapenhandel. Het doel van het veld met betrekking tot het investeringsbeleid verandert en banken veranderen mee. Als laatste bestaat er verandering in het veld door verandering van sociale consensus. Een eerste indicator hiervan is dat er een nieuwe consensus ontstaat binnen de maatschappij over de wijze waarop organisaties mogen handelen (Oliver, 1992). Deze indicator lijkt op de laatste indicator van functionele druk, het verschil ligt in de allesomvattendheid. Niet alleen het doel van het veld, maar al het handelen, denken en doen van het veld verandert mee met de sociale consensus die kan bestaan over een institutioneel veld (Oliver, 1992). Ten tweede kan een veld haar verbinding kwijtraken met de maatschappij doordat het veld zich niet conformeert aan de eisen van de maatschappij en dit is de bron van legitimiteit (Oliver, 1992). De bron die ervoor zorgt dat organisaties en dus ook gehele velden kunnen overleven (Oliver, 1992). Deze verschuiving van bronnen van legitimiteit zijn belangrijk om in ogenschouw te nemen, omdat het kan helpen bij het plaatsen van het concept van institutionele legitimiteit in een praktische context.

2.2. Mesoniveau

2.2.1. Institutionele logica's

Alford & Friedland (1985) introduceren de term institutionele logica's en gebruiken deze term om verschillen in sociale praktijken die gekoppeld zijn aan drie grote instituties in de westerse wereld te onderscheiden. De drie instituties waar zij op doelen zijn: het kapitalisme, de bureaucratische staat en de politieke democratie (Alford & Friedland, 1985). Dit onderscheid wordt gebruikt om drie grote institutionele scheidingen te duiden waarbinnen verschillende sociale praktijken de norm zijn en het gedrag van individuen bepaald ten aanzien van politieke vraagstukken (Alford & Friedland, 1985). Later wordt deze gedragsbepaling verder onderzocht door te zoeken naar connecties tussen individuen, organisaties en maatschappij (Alford & Friedland, 1991). Thornton & Ocasio (2008, p. 101) schrijven over dit onderzoek en zeggen daar het volgende over:

'They view institutions as supraorganizational patterns of activity rooted in material practices and symbolic systems by which individuals and organizations produce and reproduce their material lives and render their experiences meaningful. Rejecting both individualistic, rational choice theories and macro structural perspectives, they posited that each of the institutional orders has a central logic that guides its organizing principles and provides social actors with vocabularies of motive and a sense of self (i.e., identity). These practices and symbols are available to individuals, groups, and organizations to further elaborate, manipulate, and use to their own advantage.'



Het centrale concept is het idee dat de instituties een centrale logica bevatten en dat deze logica bepaalt welke mogelijkheden en beperkingen je hebt als individu en bepaalt welk gedrag je wel en niet kan vertonen (Thornton & Ocasio, 2008). Deze logica's hebben vergaande invloed, niet alleen op individuen, maar ook voor organisaties gelden dezelfde regels en zelfs gehele maatschappijen (Thornton & Ocasio, 2008). Het is goed om te onderstrepen dat het aanhangen van een bepaalde logica geen keuze is, maar dat de institutie waar een individu toebehoort, bewust of onbewust, het gedrag beïnvloedt (Thornton & Ocasio, 2008). Thornton & Ocasio (1999) pogen de definitie van Friedland & Alford (1991) te combineren met definities die zijn gehanteerd door andere schrijvers en komen tot de volgende definitie:

'The socially constructed, historical patterns of material practices, assumptions, values, beliefs, and rules by which individuals produce and reproduce their material subsistence, organize time and space, and provide meaning to their social reality' (p. 804).

Het is een definitie die tot de verbeelding spreekt en geeft aan op welke wijze de logica's invloed uitoefenen op het gedrag van individuen. Het gaat niet alleen om het gedrag, maar ook de sociale realiteit die men toekent aan situaties vanuit de institutionele logica waartoe het individu behoort (Thornton & Ocasio, 2008). Deze definitie maakt het ook mogelijk om de institutionele leer toe te passen op een individueel niveau en maakt de connectie tussen individu, organisatie en maatschappij.

Reay & Hinings (2009) schrijven over deze institutionele logica's in de zorg. Binnen institutionele velden bestaat er vaak één dominante logica, terwijl er meerdere logica's binnen een institutioneel veld kunnen bestaan (Reay & Hinings, 2009). Wanneer er meerdere institutionele logica's binnen veld zijn, bestaat er een kans dat deze logica's met elkaar in een conflict komen.

In de zorg bestaan er meerdere institutionele logica's (Reay & Hinings, 2009). Er zijn twee dominante logica's en dat zijn volgens Reay & Hinings (2009): *business-like health care* en *medical professionalism*. De laatste, medical professionalism is de traditionele logica (Reay & Hinings, 2009). Business-like health care betekent dat er nieuwe governance-structuren worden toegepast binnen de zorg waar principes worden toegepast vanuit de private sector (Reay & Hinings, 2009). Binnen deze logica draait het om effectiviteit, efficiëntie en het maken van winst (Reay & Hinings, 2009). Kortgezegd: zoveel mogelijk doen (zorg verlenen) met zo min mogelijk middelen (geld en tijd). Medical professionalism is de meer traditionele logica en focust zich alleen maar op de patiënt-arts relatie (Reay & Hinings, 2009). Medical professionalism houdt in dat artsen en andere zorgverleners zoveel mogelijk willen doen en daar ook de middelen voor willen gebruiken die zij nodig achten.

Volgens Reay & Hinings (2009) gaan professionals in zorgorganisaties niet akkoord met de principes van de business-like health care. Het gaat om de zorg voor de patiënt en het gebruiken van zoveel tijd en geld als nodig om deze patiënt beter te maken. En dat gaat tegen de principes van business-like health care in. Binnen de zorgsector zie je nu een tweedeling ontstaan waarbij medical professionalism en business-like healthcare lijnrecht tegenover elkaar staan en met elkaar in conflict raken (Reay & Hinings, 2009).

2.2.2. Strategische reacties op institutionele processen

Institutionele logica's bepalen onder andere het gedrag van mensen, maar deze logica's zijn ook in staat om individuen en groepen te verenigen om een bepaalde strategische reactie te kiezen. Een strategische reactie op een institutionele verandering. Oliver (1991) schrijft over deze strategische reacties op institutionele processen en gaat in op bewuste en onbewuste reacties op institutionele processen. De institutionele lens geeft ons inzicht in de sociale structuren en praktijken die zich afspelen binnen het veld, organisatie en individu. Deze strategische reacties spelen daar op in en proberen de onbewuste en bewuste gedragingen een plek te geven. De theorie omtrent de strategische reacties maken een verbinding tussen zowel logica's, isomorfisme en change agency, een concept waar dit hoofdstuk later op terugkomt. Het gaat in op de rol van de change agents en de reactie die men kan hebben op institutionele processen, maar ook op institutionele veranderingen. Oliver (1991, p 151) zegt hier het volgende over:

'It is suggested here that organizational responses will vary from conforming to resistant, from passive to active, from preconscious to controlling, from impotent to influential, and from habitual to opportunistic, depending on the institutional pressures toward conformity that are exerted on organizations. Explicit recognition



of the potential for variation in these dimensions of organizational behavior lays the conceptual groundwork for identifying alternative strategies in response to the institutional environment'

Deze theorie biedt een grondslag voor change agents om beter om te leren gaan met processen die zich afspelen binnen de organisatie zoals weerstand (Oliver, 1991). Volgens Oliver (1991) zijn er een vijftal verschillende strategische reacties op institutionele verandering en druk die men kan hanteren. Dit zijn: *acquiescence, compromise, avoidance, defiance* and *manipulation* (Oliver, 1991).

Acquiescence betekent inwilliging en houdt in dat de strategische reactie van individu of groep conformerend van aard is (Oliver, 1991). Deze reactie is meegaand en gaat niet tegen een institutionele verandering of druk in, maar gaat juist mee in de verandering (Oliver, 1991). Dit is de meest positieve vorm van de vijf strategische reacties.

Compromise gaat om het sluiten van compromissen (Oliver, 1991). Het overeenkomen tussen partijen met betrekking tot een geschil. Het is een strategische reactie op institutionele verandering en druk waarbij er niet meteen wordt geconformeerd noch ontweken, maar er wordt gezocht naar een middenweg waarbij de beide partijen in onderhandeling met elkaar tot een overeenkomst komen (Oliver, 1991).

Avoidance houdt dat individu of groep bewust de institutionele verandering of druk proberen te ontwijken (Oliver, 1991). Deze strategische reactie wordt veelal aangehouden wanneer men een afwachtende houding inneemt (Oliver, 1991). In het geval van een institutionele verandering kan het soms onduidelijk zijn op welke manier de verandering vorm krijgt binnen de organisatie. Deze onzekerheid brengt met zich mee dat mensen zich niet blindelings in een verandering willen storten, maar eerst duidelijkheid willen en voorbeelden van andere organisaties, groepen of individuen om te zien dat het werkt (Oliver, 1991).

Defiance houdt in dat men zich expliciet uitspreekt tegen de institutionele verandering of druk (Oliver, 1991). Deze strategische reactie ontstaat wanneer groepen en individuen het echt niet eens zijn met de verandering (Oliver, 1991). Dat kan bijvoorbeeld voorkomen bij professionals waarbij hun autonomie zo wordt getart, of de handelingswijze zo wordt veranderd, dat zij zich niet meer geneigd voelen om zich te conformeren, compromissen te sluiten of te ontwijken (Oliver, 1991). Het gaat dan om het bewust opstaan tegen het beleid (Oliver, 1991).

Manipulation is een strategische reactie die groepen en individuen aanhouden wanneer zij de institutionele verandering of de institutionele druk die zij ervaren bewust willen veranderen (Oliver, 1991). Manipulatie komt voor wanneer men het niet eens is met de ingeslagen koers en het er zodanig niet mee eens is dat zij het willen aanpassen (Oliver, 1991).

2.3. Micro

2.3.1. Change agency

Change agents spelen vaak een belangrijke rol in het initiëren, managen en implementeren van veranderingen in organisaties (Caldwell, 2003). Micelotta et al. (2017) schreven over de noodzaak van individuele agents die de betrokken zijn bij de institutionele verandering in organisaties. Door deze individuen toe te voegen aan het proces van institutionele veranderingen in organisatievelden en in organisaties combineer je het macroniveau met het meso- en microniveau. Dit wordt door Micelotta et al. (2017, p. 1890) omschreven als de *agentic turn*. Binnen de literatuur wordt er onderscheid gemaakt tussen modellen die change agency omschrijven. In dit onderzoek kijken we echter naar maar één van deze vier modellen, namelijk: *Managers as change agents* (Caldwell, 2003, p. 134). Het zijn met name midden managers die als change agent acteren (Caldwell, 2003). De definitie die Caldwell (2003, p. 134) gebruikt voor manager is de volgende:

'Traditionally, a manager is thought of as a person with the legitimate authority or power to direct the work-related activities of one or more subordinates: the manager was essentially a supervisor. This fits the classical model of management, which suggests that managers plan, organize, direct, control and review performance'.

De klassieke manager waar Caldwell (2003) op in gaat heeft een legitieme vorm van autoriteit en één of meerdere ondergeschikten. De taken die deze manager uitvoert gaan over het plannen, organiseren, besturen,



controleren en het toezien op prestaties (Caldwell, 2003). Dat is de manager die Caldwell (2003) voor ogen heeft, ook wanneer de manager de taak krijgt om een verandering te begeleiden. Caldwell (2003) geeft echter aan dat dit takenpakket niet meer van deze tijd is, waar er een constant aan verandering onderhevige context bestaat. Het gaat niet meer om het delegeren van taken en het controleren van prestaties, maar meer om het samenwerken met elkaar waarbinnen waarden van betrokkenheid en inzet de toon voeren (Caldwell, 2003). Deze stijl kenmerkt zich door het activeren en stimuleren van individuele betrokkenen (Caldwell, 2003).

De uitdaging van deze change agents die tevens midden manager zijn, ligt in de dubbele verandering die zij doormaken; zowel de verandering in de organisatie als de verandering van rol (Caldwell, 2003). Zij zijn zowel 'object' en 'agent' van de verandering (Caldwell, 2003). De vermindering van traditionele waarden binnen de managersfunctie en de toename van nieuwe waarden als change agent bieden de change agent veel uitdaging, maar ook kansen op nieuwe, verbeterde samenwerkingsmogelijkheden (Caldwell, 2003). Binnen een ziekenhuis waar institutionele veranderingen doorgevoerd moeten worden, kunnen deze modellen van change agency helpen bij het zoeken naar verbindingen tussen bijvoorbeeld conflicterende logica's. Professionals en managementlagen die tegenover elkaar komen te staan in tijden van verandering moeten verbonden worden door de change agent. Het maakt dat de rol van change agent in een ziekenhuis complex is en meerdere lagen kent. Toch is het van belang dat er managers zijn die de verandering in goede banen leiden, want zowel Caldwell (2003) als Micelotta et al. (2017) gaven de noodzaak aan van individuele agents die deze verandering initiëren, managen en implementeren.

2.3.2. Institutioneel werk

Veel van de studies met betrekking tot de institutionele theorie focussen zich met name op de macro-sociologische benadering van instituties (Lawrence et al., 2011). Met de komst van change agency wordt er al meer gekeken naar de invloeden van institutionele verandering op een meer micro-sociologisch niveau. Echter wordt er met deze verbinding weinig gekeken naar welke praktische invloeden deze verbinding heeft (Lawrence et al., 2011). Met de komst van concepten als institutioneel werk pogen onder andere Lawrence et al. (2011) deze *practical turn* (Micelotta et al., 2017) te maken.

Het institutioneel werk is volgens Lawrence et al. (2011) gericht op het creëren, behouden en het verstoren van instituties. Institutioneel werk probeert de focus te verleggen op de manager als institutionele veranderaar afgezien van exogene invloeden vanuit het institutionele veld, maar als manager/veranderaar/change agent als initiator van institutionele verandering (Lawrence et al., 2011). De traditionele visie op institutionele verandering focust zich op de connectie tussen instituties en actie, de focus van institutioneel werk onderscheidt zich door te ontkennen dat alleen door instituties actie kan ontstaan (Lawrence et al., 2011). Ook de change agent kan door het uitvoeren van institutioneel werk acties creëren (Lawrence et al., 2011). Lawrence et al. (2011, p. 53) zeggen het volgende over institutioneel werk:

'The most commonly held view of intentionality with respect to institutional work is associated with what they describe as "projective agency" (Emirbayer & Mische, 1998). Such a view emphasizes a future-oriented intentionality, focused on consciously and strategically reshaping social situations. Alternatively, the intentionality of institutional work might also involve a practical form of intentionality, focused on managing the exigencies of immediate situations (Emirbayer & Mische, 1998). More radically but most commonly, perhaps, the intentionality of institutional work might look like habit, with the agency involved oriented around the recall, selection, and application of "more or less tacit and taken-for-granted schemas of action that they have developed through past interactions" (Emirbayer & Mische, 1998, p. 975)'

Waar institutioneel werk gericht kan zijn op het creëren, behouden en verstoren van instituties wordt in bovenstaand citaat de omslag gemaakt naar het intentioneel managen van dringende situaties als agent (Lawrence et al., 2011). De reden waarom deze omslag belangrijk is, ligt ingebed in de consequenties voor het creëren, behouden en verstoren van instituties. In het citaat wordt institutioneel werk namelijk omschreven als het managen van alledaagse situaties (Lawrence et al., 2011). Het doormaken van een institutionele verandering of het managen hiervan kan bewust worden geïnitieerd door een change agent die institutioneel werk uitvoert. Het kan echter ook zo zijn dat een change agent onbewust participeert in institutioneel werk en het ziet als een taak wat binnen zijn of haar takenpakket valt (Lawrence et al., 2011).

Dit onbewuste institutionele werk is belangrijk, want op deze manier kan een change agent een verandering managen, zonder daarbij bewust bezig te zijn met het creëren, behouden of verstoren van een



institutie. Dat wil niet zeggen dat het geen institutioneel werk is. Een vraag die uit deze stelling rijst is op welke wijze institutioneel werk dan wordt uitgevoerd. Onbewust of bewust. Het managen van een institutionele verandering als change agent wordt volgens Lawrence et al. (2011) wel gezien als institutioneel werk, de wijze waarop is echter nog onduidelijk.



3. Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk ga ik in op de methode die ik heb gebruikt voor het uitvoeren van dit onderzoek. De methoden die een onderzoeker gebruikt voor het uitvoeren van een onderzoek kan bepalend zijn voor de resultaten. Het is daarom van belang om de methode zo transparant mogelijk te verantwoorden. In het paragraaf 3.1 ga ik in op de methode die ik heb gebruikt en licht ik deze kort, theoretisch toe. In paragraaf 3.2 behandel ik de zoekstrategie die ik heb gehanteerd en licht ik tevens de inclusiecriteria toe. In paragraaf 3.3 behandel ik op welke wijze ik de studies heb gekozen voor de meta-analyse. In paragraaf 3.4 laat ik middels een tabel zien welke studies dat zijn. In paragraaf 3.5 ga ik dieper in op de wijze waarop ik validiteit en generaliseerbaarheid heb proberen te waarborgen. In paragraaf 3.6 positioneer ik mijzelf kort als onderzoeker in het onderzoek en reflecteer ik op mijn rol als onderzoeker.

3.1. Meta-analyse

Een meta-analyse is het systematiseren van resultaten uit een scala aan soortgelijke onderzoeken (Egger et al., 1997). Deze methode wordt voornamelijk gebruikt om kwantitatieve resultaten te systematiseren (Egger et al., 1997). Mijn onderzoek richt zich echter niet op kwantitatieve data, maar op kwalitatieve data. Daarom heb ik gebruik gemaakt van componenten uit verschillende methoden die meer gericht zijn op het uitvoeren van een meta-analyse binnen een kwalitatieve context.

Een van die methoden is meta-synthese (Sandelowski & Barroso, 2006). Deze methode stelt mij in staat om kwalitatieve data uit onderzoeken te extraheren op een systematische wijze, deze data vervolgens systematisch te beoordelen en te categoriseren waarna ik een verhaal kan vertellen over de staat van de literatuur met betrekking tot een bepaald onderwerp en een bepaalde context vanuit een kwalitatief, interpretatieve visie (Sandelowski & Barroso, 2006). En dat is voor mij van belang geweest. Gezien het vraagstuk wat ik vanuit het UMCU heb gekregen is het mij duidelijk geworden dat kwantitatieve data minder relevante data zou zijn en dat ik op zoek moest gaan naar de kwalitatieve grondslag voor antwoorden op het vraagstuk.

Een andere methode waar ik gebruik van heb gemaakt is meta-etnografie van Noblit & Hare (1988). Meta-etnografie is net zoals meta-synthese een wijze waarop een onderzoeker kwalitatieve data kan systematiseren, categoriseren en interpreteren (Noblit & Hare, 1988). Het verschil met de meta-synthese komt door het concept van etnografie. Etnografie is namelijk een concept die veelal wordt gebruikt om het onderzoek aan te duiden waar een onderzoeker zich onderdompelt in de onderzoek omgeving, er echt deel van uit maakt. In het geval van een meta-analyse is het onderdompelen in de onderzoek omgeving ogenschijnlijk erg lastig, echter stellen Noblit & Hare (1988) dat je met deze methode je wel kan onderdompelen in de literaire omgeving. Door de zoekstrategie en zoekterminologie die ik heb gehanteerd creëerde ik een kader van wetenschappelijke, kwalitatieve literatuur die eenzelfde context behelsden. Dit is de omgeving waarin ik mij heb ondergedompeld. Het is de omgeving waar ik heb proberen te doorgronden wat er leeft, wat er speelt. Wat zijn de concepten die het belangrijkste zijn en hoe houden al deze onderzoeken met elkaar verband. Dat is de wijze waarop ik etnografie binnen een meta-analyse heb toegepast.

3.2. Zoekstrategie

De data die ik heb gebruikt voor mijn meta-analyse komen voort uit de wetenschappelijke zoekmachine: Google Scholar. De reden dat ik hiervoor heb gekozen is omdat ik met deze zoekmachine de meest relevante artikelen kan vinden voor het uitvoeren van mijn kwalitatieve meta-analyse. In het analyseren van de meta-analyse voorafgaand aan dit onderzoek werd duidelijk dat deze onderzoeksmethode veelal wordt gebruikt binnen de zorgsector om bijvoorbeeld de effecten van medicijnen te categoriseren. Deze onderzoeken gebruikte andere zoekstrategieën en kozen voor zoekmachines als Pubmed en JSTOR. Op incrementele wijze kwam ik erachter dat de artikelen waarnaar ik op zoek was met name via Google Scholar te vinden waren. Het ging om artikelen die een institutionele verandering in ziekenhuizen onderzochten met een aantal door mij geïnccludeerde onderwerpen. Daarom heb ik ervoor gekozen om van deze zoekmachine gebruik te maken. Daarnaast heb ik ervoor gekozen om alleen artikelen vanaf 2016 te zoeken. Ik wil het UMCU een zo actueel mogelijk beeld geven van de status van de literatuur. Daarnaast, omdat ik alleen dit onderzoek uitvoer, is het belangrijk om binnen de beoogde tijd een kwalitatief onderzoek neer te zetten. Door de keuze om vanaf 2016 artikelen te analyseren heb



ik het aantal artikelen beperkter gehouden, maar er zo wel voor gezorgd dat ik de veelheid aan artikelen en informatie behapbaar kon houden. Binnen Google Scholar heb ik gepoogd om middels een aantal inclusiecriteria de relevante artikelen te vinden. Dat is het volgende deel van deze methodologische verantwoording.

3.3. Inclusiecriteria

De inclusiecriteria die ik heb gekozen zijn allen relevant voor het beantwoorden van mijn onderzoeksvraag en voor het beantwoorden van het vraagstuk van het UMCU. Ik ga zoeken binnen Google Scholar op de volgende combinatie van termen *coercive isomorphism*, *hospital*, *change agency*, "*institutional change*":

3.3.1. Institutional change

Mijn onderzoek gaat over institutionele veranderingen binnen ziekenhuizen. Deze term is daardoor een belangrijke sleutel om theoretische concepten te kunnen vergaren over institutionele veranderingen. Ik heb er tevens voor gekozen om deze term als combinatie van woorden terug te laten komen. Dit heb ik gedaan door bij Google Scholar bij 'Advanced Search' het volgende te doen: 'Find articles' → 'with the exact phrase'. De reden dat ik gekozen heb voor de koppeling tussen de woorden *institutional change* komt doordat ik na het proberen van alle andere mogelijkheden erachter kwam dat deze combinatie de kans vergroot dat de andere woorden ook op de juiste manier gemeld worden. En uiteindelijk is het van belang om een zo'n groot mogelijke kans te hebben om de meest relevante titels te onderzoeken. Daarom staat deze term tussen haakjes.

3.3.2. Coercive isomorphism

Omdat de verandering die nu plaatsvindt binnen het UMCU een regulerende verandering van het veld betreft waaraan het UMCU zich (verplicht) aan dient te conformeren is deze vorm van isomorfisme uiterst relevant. Coercive isomorfisme beschrijft namelijk deze regulerende institutionele druk op organisaties. Het is goed voor mijn onderzoek om deze vorm van druk mee te nemen in mijn zoekstrategie, op deze manier vind ik artikelen die deze druk omschrijven in combinatie met institutionele veranderingen.

3.3.3. Hospital

Mijn onderzoek richt zich op een context van regulerende institutionele veranderingen in ziekenhuizen, dat is de voornaamste reden voor het toevoegen van deze term. Daarnaast zou ik bij het UMCU stage gaan lopen en etnografie toepassen. Dit is echter nu niet meer mogelijk. Ik vind het wel van een groot belang om het UMCU nog steeds te steunen in hun vraagstuk en eventuele oplossingen. Daarom is het relevant om de term *hospital* (ziekenhuis) toe te voegen aan mijn zoekstrategie.

3.3.4. Change agent

Juist omdat binnen het UMCU vraagtekens bestaan over hoe ze als *change agent* moeten acteren binnen het ziekenhuis is dit een relevante term om toe te voegen aan mijn zoekstrategie. Ik ben heel erg benieuwd of de wetenschap iets zegt over regulerende institutionele veranderingen in ziekenhuizen en welk effect dit heeft op de *change agent*.

Ik begrijp dat ik door deze termen toe te voegen op een bepaalde manier *biased* ben. Dat is een bewuste keuze. Als onderzoeker is het voor mij worstelen om een juiste verbinding te zoeken tussen een mooi resultaat neer zetten op wetenschappelijk niveau en om echt van dienst te kunnen zijn voor het UMCU. Dat laatste vind ik namelijk ook heel erg belangrijk. Zij zijn samen met mij deze reis aangegaan en ik voel me aan hun verplicht om te helpen en inzichten te bieden die zij kunnen toepassen op hun dagelijkse praktijk. Zoals ik al eerder stelde is het niet meer mogelijk om aanwezig te zijn binnen het UMCU. De relevantie van het onderzoek voor het UMCU is daarom in hun ogen afgenomen en moet ik er alles aan doen om dit zo relevant en actueel mogelijk te maken.

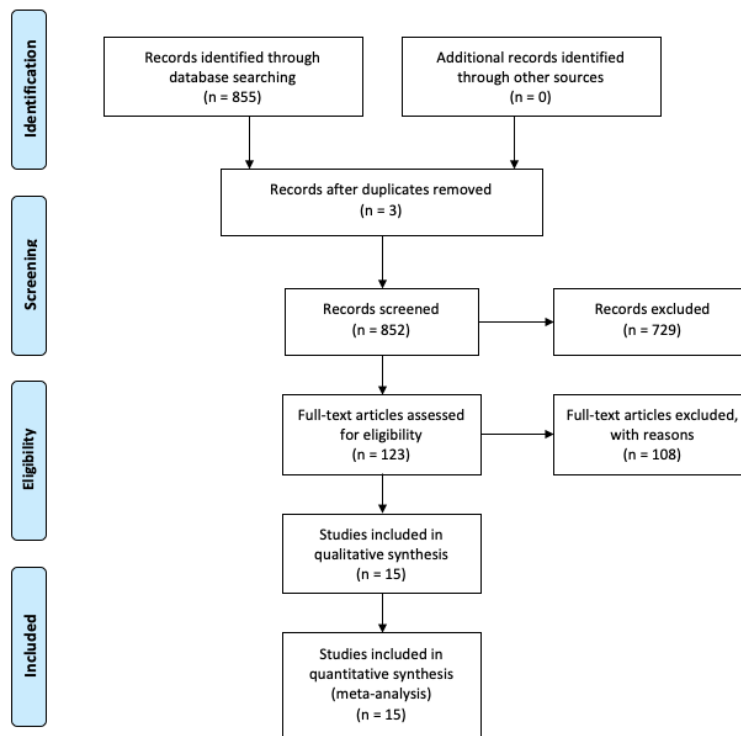
3.4. Datacollectie

Na het uitvoeren van bovenstaande zoekstrategie inclusief de inclusiecriteria heb ik 855 artikelen gevonden. Deze artikelen heb ik volgens een PRISMA-model geanalyseerd op relevantie (Libertari et al., 2009). Dit model is hieronder beschikbaar gesteld in figuur 1. De screening van de teksten na de eerste zoekfase (het analyseren van 855 artikelen) heb ik gedaan op basis van het lezen van titel en abstract. Door het lezen van deze

twee componenten kwam ik er al snel achter wat het idee achter het artikel was en of het relevant was voor mijn onderzoek. Dit heb ik onder andere gecontroleerd op relevantie op basis van de inclusiecriteria. Ik stelde mijzelf de vragen of de artikelen de onderwerpen hadden gebruikt in hun onderzoek, of het een kwalitatief onderzoek was en na 2016 was geschreven en of er duplicaten in de zoekresultaten waren. Na deze eerste screening heb ik 729 artikelen uitgesloten. Vervolgens hield ik 123 artikelen over waarvan ik de volledige tekst heb gelezen. Ook deze teksten heb ik opnieuw grondig getoetst aan bovenstaande inclusiecriteria en binnen deze screening heb ik opnieuw 108 artikelen uitgesloten. Die verdeling is op de volgende wijze tot stand gekomen:

- Voldoet niet aan minimale relevante onderzoek concepten (n = 62)
- Irrelevante onderzoeksmethode (n = 39)
- Duplicaten (n = 3)
- Onveilig bestand (n = 1)
- Niet beschikbaar (n = 2)
- Onderzoek voor 2016 beschikbaar gesteld (n = 1)

Nu hield ik 15 artikelen over die zowel een relevante onderzoekscontext omschreven, na 2016 waren uitgevoerd en een kwalitatief onderzoek waren. Deze artikelen heb ik nu opnieuw gelezen en gecodeerd en geanalyseerd.



Figuur 1: PRISMA-model (Libertari et al., 2009)

3.5. De meta-analyse

In dit deel van de methodologische verantwoording ga ik in op de 15 artikelen die ik heb geanalyseerd aan de hand van het PRISMA-model, inclusiecriteria en zoekstrategie. Het hoofdstuk bestaat uit een gesystematiseerde samenvatting op basis van abstracts en artikelen van de artikelen die ik heb geïncludeerd in het onderzoek, dit is figuur 2.

Figuur 2: de Meta-Analyse

Schrijvers	Titel	Methoden	Participanten	Belangrijkste resultaten	Theoretische concepten
(1) Alyhya, Hijazi & Harvey (2018)	Explaining the accreditation process from the institutional isomorphism perspective: a case study of Jordanian primary healthcare centers	Semi-structured, in-depth interviews were conducted with 56 healthcare professionals and administrative staff from seven non-profit healthcare centers in Jordan using an explanatory case-study approach.	56 Healthcare professionals and administrative staff from seven non-profit healthcare centers.	The informants' narratives revealed that all three components of institutional theory: coercive, mimetic, and normative pressure, were drivers for institutional change in seeking accreditation. There was an overlapping and blending between the three various types of pressure. While participants perceived that healthcare centers faced formal and informal pressures to achieve accreditation, health centers were reluctant about the time, amount of effort, and their ability to achieve the accreditation. Ambiguity and fear of failure forced them to model successful ones. Moreover, the findings revealed that normative values of health professionals enhanced institutional isomorphism and influenced the accreditation process.	institutional theory; isomorphism; isomorphic pressures; accreditation
(2) Bunduchi, Tursunbayeva & Pagliari (2019)	Coping with institutional complexity Intersecting logics and dissonant visions in a nation-wide healthcare IT implementation project	A qualitative single study approach was used to investigate a public-sector technology project aimed at delivering a unified Human resource information system (HRIS) across regional health organisations in one country.	Data were collected during the latter implementation stages in 2015 and involved 25 semi-structured interviews with 31 actors from the NHO and eight RHOs involved in the comprehension, adoption and implementation of HRIS (19 individual and six group interviews); and internal and publicly available documentation covering the lifetime of the project.	Four logics characterised the project (public sector, professional, corporate and market), but their relative dominance shifted as the project transitioned through stages, from comprehension to implementation. These shifts exposed tensions between components of actors' organising vision, which influenced their coping behaviours in response to unexpected changes in the project's strategic ambitions and technological scope. Coherence of vision, both within groups of actors and between them, was a key mediator of coping responses and project outcomes.	Digital transformation, Institutional logics, Institutional complexity, IT implementation, Organizing vision, Human resource information systems
(3) Burton-Jones, Akhlaghpour, Ayre, Barde, Staib & Sullivan (2020)	Changing the conversation on evaluating digital transformation in healthcare: Insights from an institutional analysis	This paper is coauthored by academics, administrators, and clinicians who have had different roles in the transformation and its evaluation. The academic co-authors began the research in 2015, using a grounded-theory approach (Glaser & Strauss, 1967) to learn how the health service could benefit from the transformation. Due to the intensive nature of the research, involving hundreds of interviews and meeting observations over several years, the research gradually resembled a non-participant ethnography (Wind, 2008). The practitioner co-authors, meanwhile, were not initially research collaborators.	Hundreds of interviews with; academics, administrators, and clinicians.	This translational research essay explores how institutional theory offers a lens for understanding the complexities of evaluating digital transformations in healthcare and provides insights for improving it. In particular, we show how institutional theory can explain behaviors observed in the literature and in our own case study. We also show how institutional theory can benefit from the insights observed in evaluation work. Motivated by these opportunities, we suggest an agenda through which practitioners and researchers can jointly improve work in this area.	Digital transformation, Benefits evaluation, Institutional theory, Institutional logic

Schrijvers	Titel	Methode	Participanten	Belangrijkste resultaten	Theoretische concepten
(4) <i>Carvalho & Santiago (2016)</i>	Transforming professional bureaucracies in hospitals and higher education institutions	The study is based on a mixed-method case study design (Bryman, 2006), with desktop analysis of major policy documents and face-to-face inter-views as the main data gathering devices.	A total of 55 semi-structured interviews were carried out with 17 academics, 18 physicians and 20 nurses between July 2012 and July 2013.	Taking the specific case of Portugal, this paper intends to contribute to understanding to what extent professional bureaucracies, like hospitals and Higher Education Institutions (HEIs), have been affected by changes in state policies and how the professionals involved have responded to these organisational changes. Based on an empirical qualitative study the paper concludes that there are significant differences in the way the state changed the regulatory framework and the professional archetypes in hospitals and HEIs and that professionals give heterogeneous responses to these changes.	Institutionalism, isomorphism, archetypes, professional bureaucracies
(5) <i>Cloutier, Denis, Langley & Lamothe (2016)</i>	Agency at the Managerial Interface: Public Sector Reform as Institutional Work	The analysis in this article is based on a longitudinal case study of the implementation of the above reforms between 2005 and 2007, focusing specifically on managerial interventions within four newly created HSSCs.	Data sources for our study included nonparticipant observations of 324 management meetings, 136 interviews with managers in the HSSCs, including the CEOs, as well as with senior managers in regulatory agencies and partners. We also collected documentary evidence (planning documents, organizational charts, and minutes of meetings) over the study period.	The article applies the notion of institutional work to understand how managers responsible for newly formed healthcare organizations defined and carried out their individual missions while simultaneously clarifying and operationalizing the government's reform mandate. We identify and describe the properties of four types of work implicated in this process and suggest that structural work, conceptual work, and operational work need to be underpinned by relational work to offer chances for successful policy reform. By showing the specific processes whereby top-down reform initiatives are taken up by managers and hybridized with existing institutionalized forms and practices, this article helps us better understand both the importance of managerial agency in enacting reform, and the dynamics that lead to policy slippage in complex reform contexts.	Change agency, institutional work, institutional theory, stakeholdermanagement, public reform
(6) <i>Tursunbayeva, Bunduchi, Pagliari & Franco (2016)</i>	Thinking big whilst making do: Mismatching expectations of a national human resource information system in healthcare	We used a qualitative embedded case study approach (Yin, 2009), which allows access to rich and detailed contextualized data and has been used successfully to study other top-down technology implementation projects in complex healthcare contexts (Cucciniello et al., 2015).	The data was collected in the second half of 2015 when the project was reaching its end, with an evaluation of the system being arranged for the end of the year, and full roll-out across the RHOs in the next year. Two primary methods of data collection were employed: semi structured interviews (n=25) with key stakeholders (n=31) involved in the comprehension, adoption and implementation of HRIS.	Our results indicate that at the comprehension stage, alignments between all three types of institutional pressures led to cohesive expectations concerning the core business problematic of the innovation and resulted in an initial acquiescence response. As the innovation progressed through adoption and implementation, misalignments between coercive, normative and mimetic pressures begin to manifest more strongly, exposing the inherent conflicting expectations that became part of the organizing vision about the technology itself, the organizational practices that would be changed and how these would be addressed by the innovation. We also found that as changes in institutional demands increase the tensions within the organizing vision, the variety in response strategies also increases reflecting greater uncertainty. Thus, whilst previous research indicates a linear move from acquiescence to manipulation as environmental uncertainty increases (e.g. Oliver, 1991), our findings suggest an increase in the variety of responses during the implementation stage ranging from compromise to manipulation.	Institutional strategic responses, isomorphism, institutional theory
(7) <i>D'Andreamatteo, Ianni, Rangone, Paolone & Sargiacomo (2019)</i>	Institutional pressures, isomorphic changes and key agents in the transfer of knowledge of Lean in Healthcare	Informed by institutional sociology (DiMaggio and Powell, 1983; Powell and DiMaggio, 1991), the paper builds on the case study methodology (Yin, 2013) to elucidate the environmental pressures that are encouraging the adoption of Lean thinking by Italian hospitals and Local Health Authorities.	Three case studies are analysed, mainly through data gathered from academic and practitioner literature as well as from internal documents, according document analysis approach (Bowen, 2009), provided by private and public hospitals, i.e. "Galliera" public hospital in Genoa, University Hospital in Siena and the "Humanitas" private teaching and research hospital in Rozzano (Milan). In order to get further data and some additional details about our cases, thereby reinforcing the corresponding results, five semi-structured interviews, lasting, on average, 1 h each, have been conducted by members of the research team.	The study highlights the economic, coercive, mimetic and normative pressures that are triggering the adoption of Lean thinking in the Italian National Health System (INHS). At the same time, the authors reveal the pivotal importance and innovative roles played by diverse prominent key-actors in the different organisations investigated.	Institutional pressures, isomorphism, change agency, institutional theory



Schrijvers	Titel	Methode	Participanten	Belangrijkste resultaten	Theoretische concepten
(8) De Simone (2017)	Isomorphic Pressures and Innovation Trends in Italian Health Care Organizations	To answer the research question in this paper, qualitative data from literature on neo-institutional theory applied to health care sector have been analyzed. In particular, the concepts of organizational field, institutional logics, and isomorphic changes have been examined, in order to understand innovation trends in health care.	N.v.t.	Findings reveal institutional pressures stimulate the development of innovations and organizational learning. This concept concerns both the fit of the organization with its environment (strategic matters) and effective implementation of strategies. Hospitals must find ways to increase profit, by improving medical capabilities for payment health care services. One of the most important isomorphic pressure is the prospective payment system for health care that had effects on the choices of organizational models to adopt. The challenge for hospital administrators is to seek consistency between efficiency and quality care.	Hospital sector, innovation, institutional approach, isomorphism
(9) Handayani, Hidayanto, Ayuningtyas & Budi (2016)	Hospital information system institutionalization processes in Indonesian public, government-owned and privately owned hospitals	This study is interpretive in nature and uses case studies that involve a longitudinal analysis. Case studies are appropriate because the problem that is under investigation is practice-based, the experiences of the actors are important, and the context of the action is critical.	We conducted a total of 21 interviews from December 2014 to March 2016. Each interview lasted between 10 and 150 min. The respondents consisted of hospital managers who are involved in the IT project management of HIS (i.e., the head of the IT division) and HIS users (i.e., the head of Medical Records, the head of Emergency Nursing, and the heads of the General Inpatient and Outpatient Units).	This study reveals that differences exist between public, government-owned and private hospitals with regard to the institutionalization process: public, government-owned hospitals' management is more motivated to implement HIS to comply with the regulations, while private hospitals' management views HIS as an urgent requirement that must be achieved. The study findings also reveal that various institutional isomorphism mechanisms and forms of institutional logic emerge during the process. Finally, three factors—self-efficacy, social influence, and management support—have a significant influence on the individual acceptance of HIS.	Institutional theory, Institutional isomorphism, Institutional logic, Institutional entrepreneurship, Hospital, Hospital information system
(10) Jarvis (2016)	Shame and institutional stability – or – change in healthcare	The author conducted a qualitative study of 101 US print media articles generated by major US news publications and trade magazines from 1999 to 2011 in the wake of the Institute of Medicine's (IOM) 1999 report To Err is Human: Building a Safer Health System.	N.v.t.	This study resulted in two major findings. First, this research found that the institutions constituting the collective professional identity of physicians persisted via institutionalized shame inculcated in physicians during their extensive socialization into the medical profession. Potential shame over medical error served to reinforce institutionalized cultures which exacerbated medicine's problems with error reporting. Second, this study reveals that field-level actors engage in shaming to affect institutional change. This research suggests that the IOM report was in effect a shaming effort directed at physicians and the institutions constituting their collective identity.	Shame, Institutional change, Collective identity, Institutional persistence
(11) Klecun, Zhou, Kankanhalli, Wee & Hibberd (2019)	The Dynamics of Institutional Pressures and Stakeholder Behavior in National EHR Implementations: A Tale of Two Countries	We adopted an interpretative case study approach as this supports the description of such social phenomena in context (Walsham 1993).	We conducted 15 semi-structured interviews (face-to-face or by email) and analyzed 74 documents from public agencies and other stakeholders, news articles and webpages. Here, we directly reference the relevant sub-set of the interviews (33 in total) conducted by a research team of which one author was a member. This sub-set consisted of clinicians, including physicians, nurses and allied health professionals (48%); managers and administrative staff (6%); IT managers and specialists (27%); government agency representatives (from the Strategic Health Authority) (6%); EHR providers from private sector (12%).	Our results suggest that in the Singapore case the presence of boundary spanners, supporting implementation agency that included IT staff from healthcare organizations, and greater engagement with medical professionals, were associated with more positive dynamics of stakeholder interactions during EHR implementation than in England. Differences in the healthcare structures and systems, EHR project organization, and the combined influences of institutional pressures shed light on the varying implementation paths and outcomes in the two cases. This study adds to the HIT literature through a comparative examination of the organizational and social processes during complex national healthcare integration projects. It also contributes to the institutional and stakeholder literatures in several ways, in particular by depicting the processes and outcomes of the dynamics of isomorphic pressures played out under different institutional conditions.	Electronic health records (EHRs), health information technology (HIT), stakeholder attributes, institutional pressures, Singapore, England



Schrijvers	Titel	Methode	Participanten	Belangrijkste resultaten	Theoretische concepten
(12) Radaelli, Currie, Frattini, & Lettieri (2017)	The Role of Managers in Enacting Two-Step Institutional Work for Radical Innovation in Professional Organizations	The study investigated the attempts of executive and middle managers in 12 Italian hospitals to enable the creation of radically new services for complex care patients. Across the 12 hospitals, a comparative case study approach (Eisenhardt, 1989) was taken to examine the (re)design of complex care services according to principles of integrated careeory.	In total, 60 informants in 12 hospitals were interviewed, on average for 1 hour. Supplementary field notes kept track of in-field observations, such as interactions between managers and doctors in departmental meetings (50 hours of observation).	The comparative study shows how managers can support radical innovation in collaboration with professionals. In the two-step institutional work, executive and middle managers develop stable alliances with local professional groups to provide cognitive/normative foundations of radical innovation; second, they allow professionals to inhabit nascent institutional arrangements to make sense of how these fit with their prevailing interests, norms, and beliefs; third, they co-develop new structures/rules that encourage professionals to pursue radical innovation; finally, they perform maintenance work to preserve professionals' attachment to new institutions.	Change agency, institutional theory, institutional work, legitimacy
(13) Ramsdal & Bjørkquist (2019)	Value-based innovations in a Norwegian hospital: from conceptualization to implementation	In order to investigate how the value concepts influence the organization of clinical work, we have used a case study design. A case study design is appropriate to address explanatory how-questions (Yin 2009).	The interviews were conducted in autumn 2015 and repeated one year later. The interviewees were the CEO/deputy CEO, heads of departments, two heads of sections, managers of the project organization of the new hospital and employee representatives, giving a total of 20 informants.	The management model is based upon 'value-based health care' (VBHC). We argue that the value perspectives have worked as symbolic signals for work practices. However, institutional values and medical considerations have also guided the organization of clinical work. Being a pragmatic blend of the business management model for cost-effective health work on the one hand, and professional values on the other, the value concept appeared as a hybrid organization where different institutional logics are combined.	Institutional theory, value-based health care; innovation; public hospitals; value configurations; institutional logics
(14) Sirris (2019)	Coherent identities and roles? Hybrid professional managers' prioritizing of coexisting institutional logics in differing contexts	This article reports data from a larger ethnographic research project undertaken in 2016 involving hybrid professional managers' work. The illustrative cases considered in this study include a healthcare organization and a religious organization. Both organizations have witnessed institutional changes in the past years, which may be interpreted as shifts in logics or new institutional constellations (Micelotta et al., 2017, p. 17).	This article reports findings from interviews with 9 hospital managers and 9 church managers to better understand how they make sense of their work and the issues they find salient. The questions were open-ended and enabled the interviewees to elaborate and provide thick descriptions. The interviews lasted on average for 57 min and were conducted in the informants' offices.	Findings show that experiences of coexisting logics differ according to the organizational context. Hospital managers identify with a managerial logic in both their identity and role. A professional logic informs church managers' identity, yet they prioritize a managerial logic in their role. The article proposes a model that links hybrid professional managers' identities and roles with a framework of coexisting logics proposed earlier.	Hybrid professional middle managers, Coexisting logics, Identity, Role
(15) Wallin & Fuglsang (2017)	Service innovations breaking institutionalized rules of health care	The study is qualitative and interpretative in nature and utilizes case study as a research strategy. The paper is based on data that were collected through narrative interviews and document analysis from seven new ventures participating in a start-up accelerator program.	N.v.t.	Results indicate that service innovations that require a change in the institutional structures of the health care system are enacted through three highly iterative key processes: institutional sensemaking that creates an understanding of prevailing institutional arrangements and that constructs meaning for institutional change efforts, theorization of change through linguistic device, and modifications of institutions by building legitimacy and mobilizing external constituencies.	Service innovation, Health services, Institutional change, Sensemaking, Institutional entrepreneurship, Digitalization of health care

3.6. Coderen van data

Bovenstaand figuur legt de resultaten van mijn meta-analyse bloot. In deze meta-analyse worden de op een systematische wijze alle relevante onderwerpen uit de artikelen blootgelegd. Het geldt dan ook als basis voor mijn resultatenhoofdstuk. Het zijn echter de bouwstenen van de resultaten en kunnen nog niet beschouwd worden als de daadwerkelijke resultaten. Daarvoor heb ik eerst een ander proces doorgemaakt. Ik heb namelijk alle artikelen gecodeerd. Coderen houdt volgens Bryman (2016, p. 13) het volgende in:

‘Coding is a process whereby the data are broken down into their component parts and those parts are then given labels. The analyst then searches for recurrences of these sequences of coded text within and across cases and or links between different codes’.

Coderen is het systematisch analyseren van teksten (Bryman, 2016). Mijn teksten waren in dit geval de artikelen. En zo ben ik met behulp van het codeer programma NVivo door de artikelen heen gegaan en kende mijn codeerproces drie verschillende fases. De drie fases zijn: *Open coding*, *Axial coding* en *Selective coding* (Bryman, 2016, p. 569). Open coding houdt in dat de teksten heel gedetailleerd worden in gedeeld in verschillende codes. En codes zijn stukjes tekst die je een categorie geeft. Dus in eerste instantie werden alle teksten open gecodeerd en alles wat ik las werd opgedeeld in kleine delen met kleine categorieën. De tweede stap is axial coding en met deze stap maak je verbindingen tussen de categorieën die je hebt gecreëerd tijdens de open coding fase. Axiaal coderen zorgt ervoor dat de gedetailleerde codes en categorieën al meer op de hoofdstukken van je resultatenhoofdstuk gaan lijken. De laatste fase heet selective coding en deze fase bepaalt voor jou de structuur van je resultatenhoofdstuk. In deze fase kijk je echt goed naar de codes die er op dat moment zijn en analyseer je welke codes het meest relevant zijn en welke wellicht achtergelaten kunnen worden. Een voorbeeld van open codes zijn: *autonomie voor professionals*, *zelfregulering onder professionals*, *betrokkenheid professionals in besluitvormingsproces*. Deze codes hebben vervolgens bijgedragen aan de axiale code *behoeften onder professionals* en uiteindelijk in het proces geleid tot implicaties voor de change en de wijze waarop professionals meegaander kunnen zijn in een verandering. Op die manier komt codering tot stand en kan het worden vertaald naar resultaten.

Het is goed om te benoemen dat elk stukje code die ik heb geformuleerd mijn interpretatie is. Wanneer ik de data interpreteer en categoriseer zit daar subjectiviteit in verwerkt. De kans dat iemand dezelfde codes met dezelfde data zou hanteren is zeer gering en dat maakt dat dit onderzoek en de codes en de uiteindelijke uitwerking hiervan echt persoonlijk is.

Zo zijn er drie verschillende fases die allen bijdragen aan het schrijven van het onderzoek. Ook ik heb de fases doorlopen en daar is een codeboom uit voort gekomen die te vinden is in de bijlage (bijlage 1). Deze codeboom heb ik als leidraad gehouden voor het schrijven en indelen van mijn resultatenhoofdstuk.

3.7. Betrouwbaarheid

Ik heb geprobeerd om mijn onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken, te herhalen valt en navolgbaar is. Daarvoor heb ik een aantal maatregelen genomen. Pandey en Patnaik (2014) omschrijven vier wijzen waarop je betrouwbaarheid in een kwalitatief onderzoek waarborgt. Mijn uitgangspunt is om deze op te volgen in mijn onderzoek. De vier wijzen waarop je de betrouwbaarheid in een kwalitatief onderzoek waarborgt zijn (Pandey & Patnaik, 2014, p. 5746):

- *Credibility*: ervoor zorgen dat je onderzoek zo dicht mogelijk tegen de ‘waarheid’ aanligt en dat je als onderzoeker hier vertrouwen in hebt.
- *Transferability*: ervoor zorgen dat mijn onderzoek herhaalbaar is in andere contexten.
- *Dependability*: ervoor zorgen dat mijn onderzoeksresultaten consistent zijn en navolgbaar zijn
- *Conformability*: ervoor zorgen dat je in het onderzoek zo objectief mogelijk blijft.

Nu zal ik de maatregelen toelichten om bovenstaande uitgangspunten te behalen. Om *credibility* in mijn onderzoek te waarborgen heb ik gebruik gemaakt van *theory/perspective triangulation*, het gebruiken van meerdere theoretische inzichten (zie figuur 1) (Pandey & Patnaik, 2014, p. 5748). Om *transferability* in mijn onderzoek te waarborgen heb ik figuur 1 en figuur 2 toegevoegd. Door inzicht te geven welke stappen ik heb ondernomen in het selecteren van de artikelen en welke inclusie- en exclusiecriteria ik heb gehanteerd en de

samenvatting van artikelen, kunnen andere onderzoekers beter bepalen of mijn onderzoek herhaalbaar is. Door middel van mijn dagboek dat ik heb bijgehouden om mijn methodologische keuzes te verantwoorden, maar ook mijn gevoelens met betrekking tot het onderzoek uit te schrijven kunnen andere onderzoekers mijn keuzes herleiden en het begrijpen vanuit mijn context. Op deze wijze poog ik ervoor te zorgen dat andere onderzoekers het onderzoek kunnen herhalen. Om *dependability* te waarborgen heb ik dit hoofdstuk geschreven waar al mijn keuzes uitgebreid worden toegelicht (Pandey & Patnaik, 2014, p. 5750). Om *conformability* te waarborgen maak ik gebruik van een *audit trial*, dit houdt in dat ik tijdens het onderzoek alles met betrekking tot data meteen vastleg en ik daardoor later in het onderzoek precies weet waar en waardoor ik verbanden kan leggen (Pandey & Patnaik, 2014, p. 5751). Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van *data reconstruction and synthesis products*, dit houdt in dat ik al mijn data heb gestructureerd in categorieën en heb laten zien hoe deze met elkaar verband houden (Pandey & Patnaik, 2014, p. 5748).

3.8. Validiteit

Om de validiteit in mijn onderzoek zo goed mogelijk te waarborgen heb ik gebruik gemaakt van de PRISMA-checklist (zie figuur 3) waarin ik mij goed mogelijk gehouden heb aan de voorschriften uit deze checklist. Deze checklist kent 27 onderwerpen. De punten die ik mis hebben met een meer kwantitatieve methode te maken van de meta-analyse en die kwantitatieve methode is niet relevant voor het beantwoorden van mijn hoofdvraag. Volgens Moher et al. (2009) behaal je door het volgen van deze lijst de hoogst haalbare validiteit in de meta-analyse en daarom heb ik de lijst gevolgd.

Figuur 3: PRISMA-checklist (Moher et al., 2009) (pagina 9 t/m 10)

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	7
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	11 – 14
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	11 – 14
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	24 – 26
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	24 – 26
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	24 – 26
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	24 – 26
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	24 – 26



Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	24 – 26
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	25
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	N.v.t.
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	N.v.t.
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I ²) for each meta-analysis.	31

Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	31
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	N.v.t.
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	26
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	27 – 30
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	N.v.t.
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	27 – 30
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	27 – 30
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	N.v.t.
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	N.v.t.
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	50 – 54
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	50 – 54
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	55 – 56
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	N.v.t.

3.9. Positionering

Wie ben ik? Dat is de vraag die ik mij moet stellen met betrekking tot dit onderzoek. Vanuit mijn master Organisaties, Verandering & Management heb ik kennisgemaakt met het onderwerp institutionele theorie en heb ik daarover geleerd. Door mijn studie heen speelde het daarom wel af en toe een rol, maar verder dan dat is het ook niet gekomen. Wel merkte ik door het vele lezen over het onderwerp en het inzien van relevante literatuur dat de ideeën die voortkomen uit deze literatuur voor mij heel logisch waren en ik er meteen al veel



in herkende. Dat kan maatschappelijk zijn, maar ook op persoonlijk en professioneel niveau herkende ik de theorie in het dagelijks leven. Dat maakte het wel actueel voor mij, maar ook lastig. Wanneer je het gevoel hebt dat je het kent en snapt, maak ik soms snel aannames. Aannames van verbanden die er wel of niet zijn en aannames van hoe het allemaal in elkaar steekt. En het is van belang je hiervoor te kunnen afsluiten en het altijd objectief blijven bekijken. Al begrijp ik natuurlijk heel goed dat volledige objectiviteit onmogelijk is, maar het is wel van belang je in te zetten voor deze objectiviteit. En dat heb ik dus zoveel mogelijk geprobeerd. Zo bestaat er niet een heel duidelijke bias die ik heb gehanteerd of nu kan duiden. Met name de aannames die ik van tijd tot tijd heb gemaakt met betrekking tot verbanden zijn goed om rekening mee te houden. De veelheid aan informatie die een meta-analyse met zich meebrengt kan ervoor zorgen dat het moeilijker wordt om kritisch te zijn op je stuk, omdat je het gevoel krijgt dat je er niks meer aan kan veranderen. Dus dat zou ik de lezer willen meegeven, wees en blijf kritisch en ondervraag mijn aannames.

De reden dat ik voor het UMCU heb gekozen komt door de complexiteit van de zorgsector. Dan doel ik op de publieke en maatschappelijke rol. Maar ook op de conflicten die in ziekenhuizen kunnen ontstaan tussen professionals en managers. Dit zijn een aantal voorbeelden die bijdragen aan de complexiteit van de omgeving, maar ook bijdragen aan mijn interesse in deze sector. Dat in combinatie met de publiek-private rol van ziekenhuizen is de reden waarom ik ervoor heb gekozen om binnen de zorgsector en in het specifiek het UMCU mijn onderzoek heb uitgevoerd.

3.9.1. Reflectie op de rol van onderzoeker

Het doen van dit onderzoeker was voor mij als junior onderzoeker een enorme reis. Het was een continue haat-liefdeverhouding. Door de tegenslag van corona kon mijn initiële onderzoek niet meer volgens dezelfde weg voortgezet worden en heb ik andere keuzes moeten maken. Ook het contact met het UMCU is hierdoor minder geworden. Waar ik eerst stage zou lopen bij het UMCU, er vijf dagen per week zou zijn, zat ik nu zeven dagen per week op mijn kamer te studeren. Ineengedoken in de laptop en alleen maar artikelen aan het lezen. Dat gezegd hebbende was het feit dat ik door deze meta-analyse wel mijn onderzoek af kon maken wel erg positief en daar ben ik blij mee. Ik kon doorgaan. Ik kon blijven werken en schrijven aan mijn onderzoek. Het was lastig er afstand van te nemen en zat zogezegd zeven dagen per week te werken aan mijn scriptie. Dat was van tijd tot tijd echt pittig. Een meta-analyse alleen uitvoeren zorgt ervoor dat er niemand anders is die in dezelfde situatie bivakkeert en het geeft je daarmee een 'alleen' gevoel. Maar met mijn ogen op de toekomst gericht had ik een doel en dat was het voltooien van het onderzoek en dat kon ik doen. Door corona heb ik deze periode met een volledige focus kunnen voltooien en dat heeft ervoor gezorgd dat ik het onderzoek ook echt uit heb kunnen voeren.

Deze methode had ik daarnaast nog nooit toegepast en heb daardoor met veel vragen rondgelopen. Met name het dilemma tussen wanneer iets een resultaat is en wanneer het behoort tot een theoretisch kader vond ik erg lastig. Je leest zoveel literatuur over hetzelfde onderwerp en dan kan het lastig zijn om door deze 'overload' aan informatie de weg nog te kunnen zien. Ik ben blij dat het is gelukt.

4. Resultatenhoofdstuk

Het resultatenhoofdstuk is onderverdeeld in drie niveaus, een deel van de geanalyseerde artikelen houdt dezelfde verdeling aan [2, 4, 5, 6, 11, 13, 14, 15]. Het eerste niveau is het macroniveau en dat is paragraaf 4.1. Dit niveau geeft ons inzicht in hoe het institutionele veld van ziekenhuizen opereert ten tijde van institutionele veranderingen. Het gaat om de complexiteit van het veld, de externe druk op ziekenhuizen en de zoektocht naar legitimiteit. Het tweede perspectief zoomt verder in en richt zich op de organisatie als geheel of als entiteit ten tijde van een institutionele verandering, dit noem ik het mesoniveau en komt in paragraaf 4.2. Onderwerpen die binnen organisaties als geheel opspelen zijn conflicterende logica's en verschillende strategische responses. Wanneer we dan nog verder inzoomen, en gaan kijken naar het individu achter de verandering en dan met name de veranderaar of *change agent*, dan zien we andere processen naar voren komen. Dit perspectief, het microniveau in paragraaf 4.3, kijkt naar de rol van change agent en wat dit betekent binnen een institutionele verandering in een ziekenhuis. Vervolgens het werk wat de change agent moet verrichten om een verandering in goede banen te leiden aan bod. Het is een rol met veel uitdaging, maar ook veel kansen.

4.1. Macro

Allereerst het macroniveau. Deze benadering staat in het licht van het begrijpen van het grotere geheel. Ten eerste laten de artikelen zien dat de institutionele omgeving complex is en dit het moeilijk maakt om veranderingen door te voeren. Vervolgens de externe druk op organisaties in de vorm van institutioneel isomorfisme en wordt duidelijk dat er drie vormen van isomorfisme bestaan die allen op hun eigen manier druk uitoefenen op ziekenhuizen. Daarna komt legitimiteit aan bod, waarin duidelijk wordt dat legitimiteit de reden is waarom organisaties moeten veranderen. Als allerlaatste zal ik een deel implicaties toevoegen, praktische kennis, vergaard uit de artikelen, die duiden op welke manier dit invloed heeft op de veranderaar.

4.1.1. Het speelveld van ziekenhuizen

In het theoretisch kader ga ik in op de theoretische lens die ik gebruik om mijn onderzoek te duiden. Deze lens betreft de institutionele lens. Wanneer we door deze lens naar de literatuur kijken valt er een aspect direct op en dat is de omgeving waarin ziekenhuizen opereren. In de geanalyseerde artikelen wordt naar deze omgeving veelal gerefereerd als '*field*' of '*institutional field*' [10, 15, 8, 6, 2, 5, 1, 11, 7, 12, 4, 13, 3]. Het gaat om de institutionele omgeving, het veld van de organisatie. Het veld waar men in dit geval op doelt gaat over de zorgsector of de ziekenhuizen [10, 15, 8, 6, 2, 5, 1, 11, 7, 12, 4, 13, 3]. Een metafoor die wordt gebruikt om dit veld verder te duiden is door de actoren in het veld aan te duiden als 'spelers' die meedoen aan een wedstrijd. In deze wedstrijd zijn de regels vooraf bepaald en iedereen die meedoet aan de wedstrijd dient zich te conformeren aan deze regels en anders mag je niet mee doen (15). Deze metafoor maakt duidelijk op welke manier het institutionele veld bepalend is voor organisaties door de regels van het spel te bepalen.

Het institutionele veld van ziekenhuizen kent veel complexiteit [2, 6, 8, 11, 13, 15]. Dit komt bijvoorbeeld door meerdere institutionele logica's [6], verschillende professionele groepen en daarmee variërende reacties op veranderingen [2, 8], managementstijlen die per context veranderen [8] en de publieke functie van ziekenhuizen [15, 8]. Deze complexiteit draagt bij aan een onoverzichtelijk institutioneel veld. Het veld bestaat naast ziekenhuizen ook uit andere zorgorganisaties en overheidsorganisaties [13]. De toename van meerdere institutionele logica's maakt het veld complex [6, 13].

Volgens Tursunbayeva et al. (2016) zorgen de verschillende logica's voor verschillende normen, waarden en vragen [6]. Managers die handelen op basis van economische rationaliteit en artsen die geen economische rationaliteit meenemen in hun besluitvorming is hier een voorbeeld van. Het institutionele perspectief biedt de mogelijkheid om deze verschillende logica's te onderscheiden, waardoor een veranderaar hier op in kan spelen en het onoverzichtelijke institutionele veld iets duidelijker kan maken [15]. Het is manier van kijken om de complexiteit van de omgeving een plek te geven [15]. Het kan daardoor wel een uitdaging zijn om binnen institutionele omgeving van ziekenhuizen veranderingen door te voeren. Maar het is duidelijk dat ziekenhuizen deel uit maken van een institutioneel veld, te maken hebben met regels waaraan ze zich moeten conformeren, maar dat dat nog niet altijd even makkelijk is door de complexiteit van de omgeving.

De Simone (2017) heeft een structuur ontworpen om deze complexe omgeving van ziekenhuizen in drie variabelen op te delen die bijdragen aan veranderingen in het veld [8]. De Simone (2017) gaat daarbij in op de



actoren in het veld (ziekenhuismedewerkers, patiënten en burgers), de logica's uit het veld en de overheidsmechanismen (de betrokken overheidsorganisaties) [8]. De belangrijkste les die hieruit getrokken kan worden ligt ingebed in hoe deze variabelen elkaar beïnvloeden [8]. De Simone (2017) stelt namelijk dat de variabelen niet los van elkaar gezien kunnen worden en dat er een sterke connectie bestaat. De veranderingen in het veld komen volgens De Simone (2017) vanuit deze connectie op gang. Een voorbeeld hiervan is het volgende: wanneer een overheid een regulerende verandering doorvoert, heeft dat invloed op de manier hoe ziekenhuizen te werk kunnen gaan en dus ook op welke manier burgers gebruik maken van deze dienst [8]. Door de verschillende logica's en professionele groepen binnen ziekenhuizen wordt er verschillend gereageerd op de verandering en kan het moeilijk zijn om deze belangen goed in kaart te krijgen [2, 8]. Dit is een voorbeeld hoe de drie variabelen samenhangen en kunnen leiden tot veranderingen in het veld.

Naast het in kaart krijgen van de belangen van stakeholders zijn er volgens de geanalyseerde artikelen nog meer onderwerpen die bij kunnen dragen aan een succesvol verloop van een verandering binnen het institutionele veld. Een van deze onderwerpen gaat over institutionele stabiliteit [2, 3, 4, 7, 10]. Deze institutionele stabiliteit wordt behaald door een goede balans te hebben binnen de institutionele 'pilaren' [1, 3, 4, 12, 15]. De institutionele pilaren bestaan uit een drietal variabelen: de regulatieve pilaar, de normatieve pilaar en de culturele-cognitieve pilaar [1, 3, 4, 12, 15]. Radaelli et al. (2017) geven de volgende uitleg over het onderscheid tussen de drie verschillende pilaren, of 'elementen' zoals het in dit artikel wordt genoemd [12]:

'Regulative elements establish rules to which actors should conform; normative elements introduce a prescriptive and evaluative dimension in social life, representing how actors should behave appropriately; and cultural-cognitive elements relate to shared conceptions of what constitutes the social reality, and how actors should evaluate behaviors. These pillars produce stabilizing effects in the organization' (p. 452)

Dan bereik je de stabiliteit die artikelen 2, 3, 4, 7 en 10 als belangrijk achten. Het is volgens het Radaelli et al. (2017) belangrijk om de institutionele pilaren (elementen) te stabiliseren [12]. Wanneer er door een goede balans tussen de institutionele pilaren een institutionele stabiliteit wordt bereikt, draagt dat bij aan een eensgezinder gedrag van de betrokken actoren, waardoor je als organisatie toe kan werken naar een sociaal en duurzaam systeem waarbinnen veranderingen sneller zullen worden gevolgd [12].

4.1.2. Druk vanuit het veld

Volgens de artikelen ontstaat er vanuit het institutionele veld op verschillende manieren druk op organisaties [1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12]. De laatste jaren wordt duidelijk dat deze druk op organisaties steeds sterker wordt en een vaste plek krijgt binnen de institutionele analyse [7]. Deze vorm van institutionele druk is een van de belangrijkste componenten binnen een institutionele analyse van organisaties. Eerder werd duidelijk dat de onderdelen binnen het institutionele veld elkaar beïnvloeden en dat het veld constant op elkaar reageert. Deze bewegingen ziet de wetenschap ook binnen de druk die op organisaties wordt uitgevoerd door het veld. De druk ontstaat namelijk binnen en door het institutionele veld en alles wat zich binnen het veld afspeelt, dient zich hieraan te conformeren [1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12]. Dit heeft dus invloed op de ziekenhuizen binnen het veld, de instituties, de overheidsorganisaties, de individuen en andere zorgorganisaties.

Zo bestaan er twee verschillende soorten druk op organisaties, enerzijds voelt de organisatie de initiële druk van de verandering en anderzijds de druk van overleven. Een voorbeeld hiervan is dat een ziekenhuis een duurzaamheidsbeleid doorvoert, de burger kiest nu eerder voor het duurzame ziekenhuis dan de andere ziekenhuizen. Alle andere ziekenhuizen willen de burger trekken en gaan ook een duurzaamheidsbeleid voeren. Dit is een voorbeeld van een institutionele druk om te veranderen. Het veld verandert en als organisatie moet je mee veranderen. Maar door deze druk kan er ook een ander soort druk ontstaan. Doordat het ziekenhuis nieuwe maatstaven toevoegt, bijvoorbeeld duurzaamheidsbeleid, zijn de spelregels binnen het veld verandert. Om mee te doen in het veld moet je de spelregels volgen en anders lig je eruit. Deze druk wordt ook wel legitimiteit genoemd. Legitimiteit is nodig om in het veld te kunnen overleven. Er bestaan twee verschillende vormen van institutionele druk op organisaties.

4.1.3. Homogene velden

De eerste institutionele druk, de druk om te veranderen, wordt in de artikelen institutioneel isomorfisme genoemd. Het gaat om een druk binnen het institutionele veld waardoor organisaties steeds meer op elkaar gaan lijken [1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12]. En dat is logisch wanneer het voorbeeld van het duurzaamheidsbeleid wordt aangehaald. Om burgers te blijven trekken, moet je een duurzaamheidsbeleid hebben, dus alle



organisaties conformeren zich aan deze strategie. Waar er eerst een institutioneel veld bestond waarbinnen geen duurzaam beleid werd gevoerd, doen later alle ziekenhuizen hieraan mee. De kracht van isomorfisme ligt in het creëren van homogene velden.

Een ander belangrijk onderscheid dat binnen het concept van isomorfisme valt te maken, is dat het conformeren aan de institutionele druk niet vastgelegd is in rationele, competitieve praktijken [4]. Wat de artikelen daar mee bedoelen is dat de keuzes die organisaties maken om mee te gaan in een verandering die is ingezet door de processen van institutionele isomorfisme, niet een keuze is die gebaseerd is op het maken van winst of het uitbreiden van de organisatie [4]. Dat is een verschil met andere verandertrajecten waarbinnen het doel vaak duidelijker is en ook beter valt te verantwoorden [4].

Veel studies gebruiken deze institutionele lens in combinatie met institutioneel isomorfisme om processen binnen verandertrajecten te kunnen duiden en te leren begrijpen. Zo is dat ook voor de casus van het UMCU een relevant principe. Het vraagstuk is ontstaan uit een van de vormen van institutioneel isomorfisme. De Europese Unie heeft regelgeving doorgevoerd en alle ziekenhuizen in Europa dienen zich aan deze regelgeving te conformeren.

Wet- en regelgeving

De regulerende druk is de meest directe druk die ontstaat vanuit de institutionele omgeving. In de literatuur wordt naar deze druk veelal verwezen als '*coercive isomorphism*' [1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12]. Deze druk wordt gecreëerd door de entiteiten binnen een institutioneel veld die de regels bepalen en daarop toezicht houden. In het veld van de zorg en ziekenhuizen wordt deze druk gecreëerd door de overheidsinstanties, maar ook ZBO's zoals de Nederlandse Zorgautoriteit [1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12]. Het principe van deze vorm van isomorfisme ligt in het reguleren van het spel en voert daarmee directe druk uit op organisaties. Ook het concept van legitimiteit is nauw verbonden met *coercive isomorphism* [7]. Volgens D'Andreamatteo et al. (2019) is het de nationale en internationale wetgeving, gecreëerd door nationale en transnationale overheden die de voornaamste bron vormen voor regulerende druk [7]. De wijze waarop legitimiteit en regulerende druk met elkaar verbonden zijn komt doordat een wet gevolgd moet worden [7]. Ziekenhuizen hebben in het geval van wetgeving geen keuze of ze deze wetgeving wel of niet inpassen in hun organisatie. Zo werden accreditatie programma's verplicht voor ziekenhuizen in Jordanië en werd de keuze weggenomen of de ziekenhuizen hier wel of niet in participeerden [1]. Wanneer zij zich hier niet aan conformeren dan ontstaan er negatieve gevolgen voor de ziekenhuizen en neemt hun kans op overleven in het institutionele veld af [1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12].

Handayani et al. (2016) en Klecun et al. (2019) zien echter wel verschillen binnen de invloed van regulerende druk op ziekenhuizen [9, 11]. Dat verschil ontstaat door het soort ziekenhuis. Ziekenhuizen kennen over het algemeen een aantal verschillende vormen: publieke -, private - en specialistische ziekenhuizen [9, 11]. Gezien het vraagstuk focust dit onderzoek zich op publieke – en private ziekenhuizen. De regulerende druk op ziekenhuizen heeft op verschillende manieren invloed, gezien het verschil tussen publiek en private ziekenhuizen [9, 11]. Handayani et al. (2016) zijn specifiek ingegaan op de verschillen tussen publieke en private ziekenhuizen [9]. Handayani et al. (2016) stellen dat publieke ziekenhuizen (vaak) verantwoording afleggen aan de overheidsinstantie die voor hen verantwoordelijk is [9]. De taak die publieke ziekenhuizen hebben is zodoende ook anders ingestoken, publieke ziekenhuizen bestaan puur voor de dienst die zij leveren: zorg [11]. Geld wordt verdiend om deze zorg van hoogwaardige kwaliteit te behouden en een duurzame organisatie neer te kunnen zetten die nog lange tijd zal bestaan [11]. Klecun et al. (2019) geven aan dat private ziekenhuizen ook bestaan om hoogwaardige zorg te leveren, maar dat het uitbreiden van de organisatie en het maken van winst ook van groot belang zijn [9]. Een tweede onderscheid ligt ingebed in hoe de verantwoording is ingeregeld. Zo verantwoorden publieke ziekenhuizen zich aan een overheidsinstantie en kunnen deze ziekenhuiswerknemers als ambtenaar worden bestempeld. Private ziekenhuizen hoeven dat niet te doen.

In het geval van regulerende druk vanuit het institutionele veld, werd duidelijk dat binnen het veld van ziekenhuizen, de overheidsinstanties de regelgeving doorvoeren. Private ziekenhuizen zullen volgens Klecun et al. (2019) wet- en regelgeving zo toepassen dat het voor hen het voordeligst is [9]. Beleidsmakers van de overheid moeten hun best doen om private ziekenhuizen te betrekken in het proces [9]. Voor publieke ziekenhuizen ligt dit anders. De wet- en regelgeving die wordt ingevoerd door de overheidsinstanties dient exact op die manier te worden opgevolgd zoals dat wordt voorgelegd door de overheidsinstanties [9]. Bestuursleden uit publieke Indonesische ziekenhuizen geven aan er geen keuze berust in het volgen van wetgeving, een publiek ziekenhuis moet aan de eisen van het ministerie voldoen [9]. Zo hoeven overheidsinstanties geen moeite te doen om deze



ziekenhuizen te betrekken in het proces, want deze instanties vormen een belangrijke bron van legitimiteit voor de publieke ziekenhuizen. Op deze manier bestaan er verschillen tussen de publieke en private ziekenhuizen ten tijde van regulerende veranderingen.

Best practices

Deze vorm van institutionele isomorfisme manifesteert zich door organisaties die elkaar gaan nadoen [1, 6, 7, 8, 11]. Het is een institutionele druk die wordt gecreëerd door de organisaties zelf. Het draait om organisaties die zich genoodzaakt voelen om zich op dezelfde manier te ontwikkelen als een andere organisatie in het kader van legitimiteit. Daarnaast draait het om organisaties die het lastig vinden om te bepalen hoe ze bepaalde processen moeten inregelen, hoe er gereageerd moet worden op veranderingen of op welke manier wet- en regelgeving wordt toegepast. Organisaties kunnen om zich heen gaan kijken naar de organisaties die hetzelfde proces doormaken [1, 6, 7, 8, 11]. Het kan dan zijn dat de voorbeelden die worden gesignaleerd in de omgeving gezien worden als 'best practices' [1, 6, 7, 8, 11]. Praktijken die laten zien hoe het kan. Ziekenhuizen maken hier veelal gebruik van in tijden van grote implementatietrajecten [1]. In Schotland wordt er bijvoorbeeld bij de implementatie van een groot IT-project gekeken naar de buurlanden op welke manier zij gebruik maakten van de techniek en hoe zij de werknemers in de ziekenhuizen meenamen in dit proces [6]. Een andere reden waardoor ziekenhuizen elkaar na ga doen kan komen doordat bepaalde ziekenhuizen binnen het institutionele veld gezien worden als 'meer legitiem', het volgen van dat voorbeeld levert dan meer legitimiteit op in de ogen van het ziekenhuis [7].

Het institutionele veld is een complexe, veranderlijke omgeving waar legitimiteit een grote rol speelt. Binnen deze context moeten ziekenhuizen opereren. Het gaat om lastige, grote en in sociale structuren vastgelegde vraagstukken. De ambiguïteit van deze vraagstukken kan zodoende tegenvallen. Dit onderstrepen veel van de geanalyseerde artikelen [1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12]. Het imiteren van best practices van andere organisaties is een bruikbaar middel gebleken in het implementeren van moeilijke en grote verandertrajecten [1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12]. Italiaanse onderzoekers omschrijven innovatietrends binnen de zorgsector en de rol die mimetic isomorfisme daarbinnen betekent [8] en ook in Engeland maakten ziekenhuizen gebruik van best practices om zich aan te passen aan de omgeving [11]. Er bestaan veel voorbeelden van organisaties die elkaar imiteren in complexe verandertrajecten.

Normen en waarden

Een van de fundamentele aspecten van een institutionele omgeving zijn de normen en waarden die worden gehanteerd bij het beoordelen van acties [9]. Deze normen en waarden liggen namelijk ten grondslag aan welk gedrag als legitiem wordt gezien [9]. Deze druk op het gedrag van organisatie en individu wordt '*normative isomorphism*' genoemd [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14]. Deze vorm van institutionele druk wordt gecreëerd door individuen in organisaties die opgeleid zijn om bepaalde normen en waarden te hanteren. Het afwijken van deze principes kan negatieve effecten hebben op een macro-, meso- en microniveau [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14]. Op een macro-analytisch niveau vormen normen en waarden de toon door te bepalen hoe organisaties zich moeten gedragen [2, 7, 11]. Alyhya et al. (2018) schrijven over lokale gemeenschappen die invloed uitoefenden op zorgorganisaties om te innoveren en de noodzaak voor organisaties om zich hieraan te conformeren in het kader van legitimiteit [1]. Op een meso-analytisch niveau bepalen normen en waarden het gedrag wat binnen organisatie als legitiem wordt beschouwd [1, 11]. In Italië vormden verplichte lean-trainingen de basis voor een verplichte implementatie van deze werkwijze in ziekenhuizen [7]. Landelijk werd de kennis uit de trainingen overgenomen en men handelde hiernaar [7]. Veelal de meeste artikelen schrijven over de invloed van normen en waarden op het micro-analytische niveau, waar bepaald wordt welke gedrag individueel gangbaar is [4, 5, 6, 8, 11, 14]. Door opleidingen worden normen en waarden voor professionals en managers gestandaardiseerd en heeft het doorwerking in organisaties [4, 5, 6, 8, 11, 14]. Hetgeen wat belangrijk is dat normen en waarden een fundamenteel principe betreffen binnen de institutionele omgeving, maar dat het niet alleen een fundamenteel principe is, maar dat er ook druk vanuit ontstaat vanuit de eisen van normen en waarden op organisatie en individu.

Isomorfisme en de druk op organisaties vanuit het institutionele veld zijn met elkaar verbonden. De literatuur laat zien dat er drie verschillende invloeden zijn op organisaties waardoor zij steeds meer op elkaar gaan lijken. Door wet- en regelgeving, best practices en geïnstitutionaliseerde normen en waarden zijn we beter in staat te begrijpen hoe en waarom een bepaalde verandering tot stand is gekomen en hoe we daar mee om kunnen gaan. Zoals al eerder gezegd is legitimiteit ook een belangrijke initiator van externe druk op organisaties.



4.1.4. Overleven

Organisaties die deel uit maken van een bepaalde institutionele omgeving hebben allemaal hetzelfde nodig om te kunnen overleven in die omgeving: legitimiteit [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15]. Legitimiteit geeft organisaties toegang tot middelen, het geeft organisaties bestaansrecht en het geeft de veranderaar de macht om te kunnen veranderen [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15]. Het principe legitimiteit is zodoende erg belangrijk voor zowel organisatie als individu.

De mate van legitimiteit die een organisatie heeft wordt als maatstaf gebruikt om de positie en mogelijkheden voor een organisatie te bepalen [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15]. De artikelen suggereren een situatie waarin de organisaties in een institutioneel veld met een hoge mate van legitimiteit een institutioneel veld in beweging kunnen krijgen, kunnen veranderen. De overige organisaties, met een mindere mate van legitimiteit, zullen moeten volgen om dezelfde mate van legitimiteit te behalen [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15]. Het gaat om het bestaansrecht en de mogelijkheden van organisaties. Daarom is het belangrijk om hier bewust mee om te gaan. De artikelen stellen dat je kunt werken aan het verkrijgen van legitimiteit [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15]. Dat kan bijvoorbeeld door middel van het toevoegen van bepaalde individuen (die veel aanzien en legitimiteit hebben binnen het veld) aan je organisatie [1, 15]. Een manager uit een Fins ziekenhuis noemt dit strategisch recruitment, bijvoorbeeld het specifiek samenwerken met belangrijke opinieleiders [15]. Of door proactief in te spelen op de innovatietrends [13]. Andere artikelen gebruiken andere terminologie wanneer het over innovatietrends en legitimiteit gaat, namelijk het toegeven aan de institutionele druk, isomorfisme [8, 9].

Het concept legitimiteit is nauw verbonden met isomorfisme, de institutionele omgeving en de institutionele lens. Het is belangrijk om te blijven herhalen dat het binnen de institutionele lens in eerste instantie niet gaat om economisch en rationeel gewin. De sociale structuren die de basis vormen voor de institutionele lens of theorie zijn complex en constant aan verandering onderhevig. De winst die uit deze structuren te behalen valt, is anders dan in veel economische modellen waar het gaat om geld verdienen. Binnen de institutionele omgeving is er maar een soort echte winst die je kan behalen en dat is legitimiteit. Legitimiteit geeft je bestaansrecht een kans om te overleven. In het institutionele veld geeft legitimiteit bestaansrecht aan een organisatie, binnen een organisatie zorgt legitimiteit ervoor dat plannen en veranderingen draagvlak krijgen.

4.2. Meso

Binnen het institutionele veld is duidelijk geworden dat het voor organisaties belangrijk is om stabiliteit te waarborgen en op zoek te gaan naar legitimiteit om te kunnen overleven. Het mesoniveau heeft een andere insteek en richt zich op de organisatie zelf. Zo stelt de literatuur dat er binnen ziekenhuizen vaak meerdere institutionele logica's de toon voeren en dat deze nog wel eens met elkaar in conflict kunnen komen. Deze logica's liggen vervolgens weer ten grondslag aan hoe er gereageerd wordt op institutionele veranderingen [3, 6]. Dit worden institutionele responses of strategische reacties genoemd. Deze twee onderwerpen zal ik achtereenvolgens behandelen.

4.2.1. Twee dominante logica's

In ziekenhuizen bestaan er twee verschillende dominante logica's [2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15]. Zoals de titel suggereert zijn deze twee logica's met elkaar in conflict. Het begrijpen van logica's kan bijdragen aan het begrijpen waarom iemand zich op een bepaalde manier gedraagt [14]. Zo bepalen midden managers uit ziekenhuizen in Noorwegen hun strategie op basis van Binnen ziekenhuizen bestaan er twee verschillende dominante logica's die groepen werknemers hanteren [2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15].

Eenzijds bepaalt de institutionele logica de normen, waarden en regels die men hanteert en daardoor het gedrag wat wordt vertoond. Anderzijds zien we terug dat het ook gaat om routine, werkpatronen en rituelen, De Simone (2017, p. 28) zegt hier het volgende over:

'The organizational principles of the field are institutional logics, referring not only to the cultural values (distinctions of interrelated systems, rules, values and norms), but also to the associated practices (rituals, routines and strategies used by the components of the field) that allow the adaptation and creation of cultural values (Friedland & Alford, 1991).



Ook deze definitie bepaalt het gedrag van groepen in organisaties. De definitie draagt bij aan het begrijpen van hoe een organisatie werkt door te kijken met de institutionele lens. Managers maken meer gebruik van strategische plannings, kostenreductie, inkomstenanalyses en worden patiënten gezien als consumenten [8]. Op die manier hebben logica's volgens de Simone (2017) meer invloed op de dagelijkse praktijk [8]. Zo wordt duidelijk dat institutionele logica's op twee manieren een rol spelen in het gedrag van individuen en groepen: door normen, waarden en regels en door routines, werk patronen en rituelen. Dat manifesteert zich in twee verschillende logica's: professionalisme en managerialisme.

Professionalisme

Er wordt in de literatuur op verschillende manier gerefereerd naar de institutionele logica van professionalisme in het ziekenhuis, de Engelse vertalingen *Professionalism of Medical Professionalism* worden het meest gebruikt [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Deze logica wordt gebruikt om de logica aan te duiden die met name de professionals in zorgorganisaties gebruiken en gaat uit van het principe arts-patiënt relatie [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Het is een logica waarbinnen perfectie, autonomie, zelfregulering en hoogwaardige zorg het enige is wat telt [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. In het licht van deze logica worden artsen, verplegers en ander zorg verlenend personeel gezien als de dragers van deze logica. De normen, waarden en regels die men hanteert zijn hier ook op toegepast. Een deel van het gedrag wat de drager van deze logica vertoont valt terug te herleiden naar normen, waarden en regels die de groep van professionals hanteert [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Dat is hun referentiekader en daar wordt niet snel van afgeweken. Volgens Burton-Jones et al. (2020) hebben deze professionals een sterk gevoel van autonomie en bepalen zij zelf de regels die zij willen hanteren in bijvoorbeeld de operatiekamer, hier mogen anderen niet aan komen [3].

Het professionalisme is een van de twee dominante logica's. Een groep mensen die alles op alles zet om de patiënt zo goed mogelijk te helpen, naar perfectie streeft en het belangrijk acht welk werk wordt verricht [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Het is tevens een groep mensen die een grote rol speelt in het kernproces van ziekenhuizen, namelijk het leveren van zorg [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. En daar zijn deze professionals zichzelf van bewust. Portugese verpleegsters geven bijvoorbeeld aan het vervelend te vinden wanneer een manager zonder zorg verlenende achtergrond komt vertellen hoe zij hun werk moeten doen [4]. Het kan voor een manager zonder zorgachtergrond lastig zijn om een verandering door te voeren binnen dergelijke afdelingen [4].

Managerialisme

Het managerialisme wordt ook wel *Managerialism of Business-like healthcare* genoemd [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Deze logica gaat over managers en andere bestuurders binnen ziekenhuizen. De business-like healthcare gaat om effectiviteit, efficiëntie of economisch gewin [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Zo goed mogelijk presteren met zo min mogelijk middelen [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Het zijn met name de niet zorg verlenende afdelingen binnen ziekenhuizen die deze logica hanteren [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Dit is niet de traditionele logica die binnen de zorgsector een plaats kent. De traditionele logica is professionalisme, maar de laatste jaren wordt er steeds meer gekeken naar actoren van buiten het ziekenhuis [8]. Deze actoren komen uit de private sector en implementeren het gedachtegoed vanuit deze sector om de zorg betaalbaar te houden [8]. Zo wordt de zorgsector meer gezien als een 'industrie' en patiënten als 'consumenten' [8]. De invloeden hiervan hebben doorwerking in hoe een ziekenhuis omgaat met bijvoorbeeld lonen en maatregelen omtrent kostenreductie [8]. Door de jaren heen heeft deze logica een centrale plek in genomen binnen de zorgsector en handelen managers en bestuurders steeds meer op deze wijze [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. De normen, waarden en regels die gehanteerd worden zijn nu meer en meer beïnvloedt door economische perspectieven [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Het maken van winst in tijd en geld staan daarbij hoog in de rangorde.

Deze logica kent nu haar plek binnen ziekenhuizen, groepen managers en bestuurders zijn gericht op effectiviteit en efficiëntie en dat zorgt voor een conflict met de andere dominante logica [2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Er zijn echter ook artikelen die stellen dat de twee verschillende dominante logica's ook naast elkaar kunnen bestaan en elkaar zelfs kunnen versterken.



4.2.2. Conflicterend of hybride?

Zoals hierboven staat omschreven zijn er schrijvers die ingaan op de conflicten die ontstaan door de twee verschillende dominante logica's binnen ziekenhuizen. Echter bestaan er ook groepen wetenschappers die geloven in een meer hybride vorm van samenwerking tussen de logica's.

Conflicterend

De twee logica's kennen beiden een andere grondslag, de een kent een meer traditionele grondslag binnen het ziekenhuis en de tweede kent beweegredenen die vanuit de private sector zijn overgeheveld. De discrepantie die er is ontstaan tussen de twee dominante logica's is voor veel wetenschappers een onderwerp van studie [8]. Het belangrijkste conflict wat er is ontstaan komt door het verschil in focus op de kerntaak [8]. De groep die het professionalisme ondersteunt willen zoveel mogelijk middelen en tijd gebruiken om een patiënt beter te kunnen maken, dat willen deze mensen perfect doen zonder dat iemand intervenueert [8]. De groep die het managerialisme ondersteunt, maken een punt omtrent effectiviteit en efficiëntie waar er eenzelfde kwaliteit van zorg geleverd moet worden maar met zo min mogelijk middelen in zo min mogelijk tijd [8]. En hier is er frictie ontstaan. Ramsdal & Bjørkquist (2019) schrijven over deze conflicterende logica's en noemen het *competing logics* [13]. Zij schrijven er het volgende over [13]:

'The inherent potential of conflict between economic resources and professional (ethical) standards often results in confrontations between professionals resisting the introduction of economic restrictions upon health work practices, and management. This has been referred to as competing institutional logics (Reay and Hinings 2005, 2009)' (p. 7).

Ramsdal & Bjørkquist (2019) schrijven over de confrontatie die er ontstaat omtrent economische middelen [13]. Waar artsen voorheen alle tijd en middelen konden gebruiken voor de zorg die zij leverden, is dat nu van hen afgenomen door de introductie van een nieuwe wind binnen de zorgsector [8, 13]. Ook Bunduchi et al. (2019) schrijven over de conflicterende logica's [2]:

'The presence of multiple, often competing, logics creates tensions as expectations may be misaligned across different group of actors (e.g. Currie and Guah, 2007)' (p. 314).

De uitleg die Bunduchi et al. (2019) geven heeft een andere invalshoek en stellen dat er frictie kan ontstaan door het stellen van verkeerde verwachtingen en eisen [2]. Een groot IT-implementatie project liet de frictie zien, managers zochten de voordeligste prijs-kwaliteit verhouding bij de keuze van het IT-programma en professionals kozen voor de duurste, die in hun ogen het beste hielp [2]. Het gesprek over deze conflicterende verwachtingen bleef uit en de frictie bleef bestaan [2].

Er zijn nu twee zaken belangrijk. Enerzijds is het volgens Ramsdal & Bjørkquist (2019) belangrijk om aan te kaarten dat professionals in ziekenhuizen vroeger meer ruimte, tijd en middelen kregen om hun werk te doen, deze autonomie is aan het afnemen en daar ontstaat onvrede over. Anderzijds gaat het volgens Bunduchi et al. (2019) meer over het gesprek over de verwachtingen en visies en kan een conflict vermeden worden.

Dat is het concept van hybride logica's. De twee dominante logica's die naast elkaar kunnen bestaan en met elkaar kunnen samenwerken. Veel artikelen gaan namelijk in op de manier hoe ziekenhuizen en managers beide logica's een plaats kunnen geven in het ziekenhuis zonder dat dit voor frictie of conflict zorgt.

Hybride

Artikelen 2, 3, 4, 5, 8, 12, 13, 14 gaan allen in op het samenbrengen van de dominante logica's. De terminologie die hiervoor wordt gebruikt verschilt, zo wordt het aangeduid als *Hybrid management*, *Coexisting logics* en *Dual logics* [2, 3, 4, 5, 8, 12, 13, 14]. Volgens deze schrijvers is dit de oplossing voor het omgaan met conflicterende logica's voor managers, maar ook voor ziekenhuizen in het algemeen [2, 3, 4, 5, 8, 12, 13, 14]. Probeer de twee dominante logica's samen te brengen. Dit kan door het aanstellen van *Hybrid managers*, een methode die wordt betoogd door Sirris (2019) op de volgende wijze [14]:

'Hybrid professional managers, hereafter called hybrids, constitute a particularly interesting case from the perspective of coexisting logics. They are professionals who occupy managerial positions and lead other co-professionals (Noordegraaf, 2007)' (p. 1).



Sirris (2019) geeft aan dat er een conflict kan ontstaan door de verschillende dominante logica's, maar dat het belangrijk is om deze niet volledig uit te sluiten, maar juist te omarmen door in het middenmanagement van ziekenhuizen managers toe te voegen met een professionele achtergrond [14]. Een achtergrond als arts, dokter, verpleegster of een ander soort professional binnen het ziekenhuis. Deze achtergrond kan bijdragen aan een samenwerking tussen beide groepen [14]. Het is hierin belangrijk wel goed te kijken naar de mate van leiderschapskwaliteiten die aanwezig zijn. Maar door goede recruitment kunnen deze professionals met leiderschapskwaliteiten gevonden worden [14].

Het doel wat dan wordt bereikt wordt duidelijker gemaakt met het concept van *coexisting logics*, het naast elkaar bestaan van de twee dominante logica's [13, 14]. Klecun et al. (2019) vatten het concept van institutionele logica's, de conflicten die kunnen ontstaan en op welke wijze ze naast elkaar kunnen bestaan mooi samen [11]:

'Stakeholders have the capacity to reflect upon and modify these logics (Lockett et al., 2012). Different, potentially incompatible, institutional logics might co-exist in an organization, creating strategic challenges for the organization (Pache & Santos, 2013). Through negotiations and pragmatic collaboration by the involved actors, the rivalry of competing institutional logics can be managed or made to 'work' without one logic eliminating the other and often without eroding the separate identities of key actors (Reay & Hinings, 2009).'' (p. 6).

De mogelijkheden omtrent hybride logica's liggen volgens Klecun et al. (2019) in het overleggen, onderhandelen en uiteindelijk samenwerking, een soortgelijke strategie die ook Bunduchi et al. (2019) er op nahielden [2, 11]. Zij stelden dat het ging om verwachtingsmanagement [2]. En het scheppen van verwachtingen is goed mogelijk door het bespreekbaar te maken, het met elkaar er over te hebben, te onderhandelen en compromissen sluiten [2, 11]. Het gaat uiteindelijk om strategische vraagstukken, welke vaak complex zijn en er moeilijk een winnaar kan zijn [11].

4.2.3. Strategische reacties op verandering

In tijden van een verandertraject worden er in organisaties nieuwe processen geïmplementeerd. Dat kan komen door een nieuw duurzaamheidsbeleid, of door een groot IT-project die invloed uitoefent op de wijze waarop de systemen werken. Wanneer deze veranderingen door middel van institutionele druk worden geïmplementeerd, dan ontstaan er volgens artikelen 2, 3, 4, 6 en 11 ander soort bewegingen binnen de organisatie. Omdat institutionele verandering en institutionele druk vaak grotendeels een vraagstuk betreft omtrent het verkrijgen van legitimiteit zien individuele actoren in organisaties hun kans om strategisch te bepalen hoe zij reageren op de institutionele verandering en druk [2, 3, 4, 6, 11]. Dit worden door de schrijvers afwisselend *strategic responses, coping response strategies of institutional responses* genoemd [2, 3, 4, 6, 11].

Er is een verband tussen de dominante logica's van groepen in ziekenhuizen en de strategische reacties op institutionele verandering en druk [2, 3, 4, 6, 11]. Deze strategische reactie die iemand kiest hangt daarnaast af van onzekerheid die is verbonden aan zijn of haar positie [2]. Hierbij kan men denken aan mensen die onzekerheid kennen over een contractverlenging. Ook de positie in de organisatie heeft invloed op de strategische reactie die iemand kiest. Gaat het om iemand die veel verantwoordelijkheid heeft en bijvoorbeeld leidinggeeft binnen de organisatie of maakt iemand deel uit van de organisatie, dat zijn variabelen die onder andere bepalen welke strategische reactie iemand kiest.

Conformeren gaat volgens Burton-Jones et al. (2020) om de mate van (sociale) legitimiteit [3]. Bunduchi et al. (2019) geven aan dat de mate van verwachtingsmanagement, aansluiting op desbetreffende logica en legitimiteit de drie belangrijkste variabelen zijn om een conformerende strategische reactie te veroorzaken [2]. Deze strategische reactie zorgt ervoor dat een verandertraject geen obstakels kent en door kan gaan op de wijze zoals die van tevoren was bedacht [2, 3, 4, 6, 11].

Compromis gaat om verwachtingsmanagement. Waar verwachtingsmanagement kan leiden tot meer conformerende strategische reacties kan het in tijden van conflicterende verwachtingen ook zorgen tot het sluiten van een compromis. Het is volgens Bunduchi et al. (2019) van belang om in het oog te hebben wat de verwachtingen zijn van individu en groep, welke logica wordt gehanteerd en op welke manier een legitimiteit een rol speelt [2]. Het gaat volgens Burton-Jones et al. (2020) om gedeeltelijke conformiteit [3]. Het is voor



beleidsvoerders die deze reactie tegenkomen belangrijk om de verschillende verwachtingen te balanceren, rust te bewaren en te onderhandelen met de institutioneel belangrijke stakeholders binnen de organisatie (zij die veel legitimiteit kennen) [3].

Ook *ontwijken* zien een aantal schrijvers terug in hun onderzoek. Burton-Jones et al. (2020) omschrijven dit als: '*An attempt to preclude the necessity to conform to institutional demands*' (p. 9) [3]. Er zijn een aantal tactieken volgens Burton-Jones et al. (2020) die groepen en individuen met deze strategische reacties hanteren [3]. Ten eerste verbergen groepen en individuen hun onzekerheden over de verandering [3]. Ten tweede proberen groepen en individuen in organisaties buffers in te bouwen [3]. Ten derde, proberen groepen en individuen de verandering te veranderen zodat het meer aansluit op hun behoeften [3].

Uitdagen/tarten gaat om het expliciet afwijzen van een verandering [3]. Ten eerste stellen Burton-Jones et al. (2020) dat groepen en individuen de verandering bewust negeren [3]. Ten tweede proberen groepen en individuen de veranderaar in de organisatie en bestuurders uit te dagen [3]. Ten derde kunnen groepen en individuen bewust de aanval kiezen door bijvoorbeeld verhalen naar de media te lekken om zo een andere soort van institutionele druk te veroorzaken [3].

De laatste reactie is *manipulatie*. Volgens Burton-Jones et al. (2020) proberen groepen en individuen actoren die dezelfde logica hebben op invloedrijke posities te krijgen [3]. Door bijvoorbeeld professionals in het ziekenhuis managersfuncties te laten bekleden of zelfs in het bestuur van het ziekenhuis [3]. Daarnaast pogen zij het beeld van invloedrijke bestuurders te veranderen naar hun eigen dominante logica om op die manier de verandering tegen te gaan of aan te passen naar hun wil [3]. Als laatste proberen deze groepen en individuen de controle over te nemen door invloed uit te oefenen in de gehele organisatie [3].

4.2.4. Organisatie, groepen en individu

Zo is het door de strategische reacties van groepen en individuen duidelijk geworden dat er binnen de institutionele lens veel samenhang bestaat tussen institutionele verandering, institutionele logica's, institutionele druk en op welke wijze dat invloed heeft op groepen en individuen. Zo maken organisaties deel uit van een institutioneel veld en bestaan er allerlei soorten bewegingen in dit veld. Een van die bewegingen is isomorfisme en deze beweging kan de aanleiding zijn voor grote en kleine veranderingen. De institutionele druk die hierdoor ontstaat wordt door elke organisatie anders ontvangen en de dominante logica's en strategische reacties laten zien welke variëteit er kan bestaan tussen organisaties, groepen en individuen. Het begrijpen en analyseren van deze processen kan zodoende erg complex worden en het kan helpen deze complexiteit op te delen in verschillende variabelen om op die manier het overzicht te houden.

Waar het macroniveau ons in staat heeft gebracht om een organisatie in een groter geheel te plaatsen, namelijk het deel uitmaken van een institutioneel veld. Stelt het mesoniveau ons in staat om in de organisatie te kijken. Wat doen al deze institutionele bewegingen nu met een organisatie en haar interne groepen en individuen? De dominante logica's spelen binnen ziekenhuizen een grote rol en hier ontstaan implicaties voor veranderaars. Het conflict dat kan ontstaan door de logica's zorgt voor uitdagingen, maar de wetenschap over hybride logica's zorgt voor goede moed. De mate van institutionele druk, institutionele logica's en het institutionele veld bepalen allen op welke manier groepen en individuen in organisaties strategisch reageren en welke tactieken zij daarbij hanteren. Al deze processen zijn met elkaar verbonden en elk van de processen hebben hun uitdagingen en kansen. Het is belangrijk om als veranderaar hier bewust mee bezig te zijn en het voor te kunnen zijn. Met deze bagage ben je als veranderaar al een stap dichterbij een succesvolle afloop van de verandering.

4.3. Micro

Dit hoofdstuk richt zich op het individu in de verandering. De persoon in de organisatie die verantwoordelijk is voor de verandering. Die de verandering in goede banen moet leiden en stakeholders moet betrekken om een juiste afloop te kunnen bewerkstelligen. Dit hoofdstuk staat in het teken van de veranderaar. Waar moet de veranderaar zich mee bezig houden? Wat zijn gevaren? Waar liggen de kansen? Het is door voorgaande hoofdstukken duidelijk geworden dat de complexiteit die gepaard gaat met de institutionele verandering groot is en dat dit uitdagend is voor de veranderaar, het is nu zaak om deze complexiteit een plek te geven, het te omarmen en verder te kijken. Wat kan je doen als veranderaar?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het belangrijk duidelijk te krijgen wat de rol van veranderaar precies betekent. Veel van de geanalyseerde artikelen omschrijven een institutionele verandering binnen een ziekenhuis en geven aan waar het moeilijk kan worden voor een veranderaar. De literatuur laat zien dat veranderen ondernemen en werken is en een bepaalde stijl manager het beste werkt binnen de institutionele verandering.

4.3.1. De veranderaar

De rol van veranderaar is een moeilijke, complexe rol. De veranderaar of *change agent* heeft vaak een leidinggevende positie en moet een veranderproject of verandertraject 'managen' [2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14]. In voorgaande hoofdstukken werden een aantal zaken duidelijk, het gaat om verwachttingsmanagement, stakeholders op een lijn krijgen, in een institutionele omgeving opereren en omgaan met institutionele druk. Het is een veelzijdige baan, dat kennen ook Radaelli et al. (2017) toe en zeggen hier het volgende over [12]:

'Studies of innovation highlight the role of managers: they outline the strategic intent of innovation, facilitate adoption of new practices, grant autonomy to frontline employees to pursue radical innovation, and design appropriate incentives to stimulate creativity (Hidalgo and Albers, 2008; O'Connor and DeMartino, 2006; Poskela and Martinsuo, 2009)' (p. 450).

Het artikel van Radaelli et al. (2017) gaat voornamelijk over de rol van manager in een verandertraject, maar het valt op dat de allereerste zin van hun artikel gaat over welke rollen managers hebben in tijden van innovatie, in tijden van verandering [12]. Het gaat om de manager die verantwoordelijk is voor de goede afloop van de verandering en hiervoor ook verantwoordelijk wordt gehouden [2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14]. De connectie tussen *change agent* en manager is in de werkelijkheid niet altijd even duidelijk. Zo schrijven D'Andreamatteo et al. (2019) over belangrijke stakeholders in een Lean implementatietraject ook over *change agents* zonder daarbij de rol van manager te belichten [7]. Cloutier et al. (2016) zien de rol van *change agent* wel direct weggelegd voor de manager [5]. Burton-Jones et al. (2020) omschrijven een situatie van een *change agent* in een digitale transformatie in de zorgsector van Australië die te maken krijgt met verschillende belangen vanuit professionals en managers, deze verschillende belangen komen voort uit de conflicterende logica's (p. 8) [3]. Deze logica's leiden vervolgens tot verschillende strategische reacties en maken dat het voor deze veranderaar lastig is om de organisatie op een lijn te krijgen [3]. Het gaat om een manager in een complexe, veranderende institutionele omgeving die daar mee moet leren omgaan.

De veranderaar in een institutionele omgeving

Radaelli et al. (2017) gaan in op de institutionele pilaren die betrekking hebben op de institutionele omgevingen van ziekenhuizen. Eerder werd duidelijk dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen een drietal verschillende pilaren (regulatief; normatief; cultureel cognitief). Radaelli et al. (2017) stellen dat midden managers geen aanspraak konden doen op een aantal institutionele pilaren [12]. Zo was het voor de midden manager en andere leidinggevenden onmogelijk aanspraak te doen op de normatieve (de sociale verwachtingen) en cultureel cognitieve (de logica achter acties) pilaren van professionals [12]. Alleen de regulatieve (de afgesproken regels) pilaar was beschikbaar voor de midden manager en leidinggevenden [12]. Omdat midden managers geen besluiten mochten nemen over normen, waarden en logica's van professionals gebruikten zij professionals bij het opzetten en implementeren van een verandertraject in Italiaanse ziekenhuizen [12]. De professionals die open stonden om te helpen bij dit verandertraject kregen uitvoerende managementtaken en op die manier bleven midden managers weg bij de besluitvorming over het werk van professionals [12]. Doordat er belangrijke stakeholders vanuit de professionals waren verbonden aan de verandering hadden de midden managers en de verandering zelf, meer legitimiteit en was de strategische reactie conformerend van aard [12]. Dit betekent dat wanneer een midden manager een professional betreft in de besluitvorming met betrekking tot een verandertraject dat erg kan helpen voor de legitimiteit voor de verandering, mits deze midden manager wegblijft van de normen, waarden en logica's die professionals hanteren [12]. Dit voorbeeld laat zien hoe een *change agent* om kan gaan met institutionele pilaren, verschillende logica's, strategische reacties en de wijze waarop er legitimiteit wordt behaald.

Een andere implicatie komt voort uit het onderzoek van Ramsdal & Bjørkquist (2019). In dit artikel werd er onderzoek gedaan naar innovaties binnen Noorse ziekenhuizen [13]. Een van de resultaten was dat er in de besluitvorming het kernproces van een ziekenhuis centraal moet staan [13]. In het geval van ziekenhuizen in



Noorwegen was de beste zorg voor patiënten het centrale proces [13]. Ramsdal & Bjørkquist (2019) stellen dat het niet uitmaakt of besluitvorming vanuit het bestuur werd genomen (top-down) of dat het juist vanuit de onderste lagen van de organisatie kwam (bottom-up). Het gaat volgens Ramsdal & Bjørkquist (2019) om institutionele logica's en de wijze waarop er legitimiteit wordt behaald, maar zij geven aan dat er te midden van deze institutionele bewegingen en processen gelet moet worden op de kerntaak van het ziekenhuis, namelijk de zorg voor patiënt [13].

Veranderaars binnen organisaties hebben te maken met verschillende logica's, strategische reacties en ervaren een dubbele verandering. De geanalyseerde artikelen gaan in op wat dat betekent voor de change agent. Klecun et al. (2019) schrijven bijvoorbeeld over de mate van zelfregulering en autonomie binnen de professionals als groep (chirurgen; artsen; verpleegkundigen) [11]. Deze groep hecht hier veel waarde aan en ziet niet graag dat er vanuit het management aan getornd wordt. Radaelli et al. (2017) stellen dat je de professionals moet betrekken in het besluitvormingsproces vanuit de theorie omtrent institutionele pilaren [12]. Klecun et al. (2019) gaan dieper in op de beweegredenen vanuit de institutionele logica's (zelfregulatie; autonomie) [11]. Beide artikelen geven aan dat het meenemen van de groep professionals in een verandering en het besluitvormingsproces bijdraagt aan meer legitimiteit in de organisatie voor de change agent en de verandering [11, 12].

Een andere oplossing die wordt aangedragen door Sirris (2019) is het concept van de hybride manager. Een manager die vanuit beide logica's situaties kan interpreteren en hiernaar kan handelen [14]. Het kan daarnaast ook een manager zijn die veel legitimiteit heeft vergaard bij de groep van professionals en op die wijze een hybride manier van managen kent [14]. Dit kan een manager zijn die ooit arts is geweest en Sirris (2019) geeft het volgende voorbeeld van een Noorweegse manager in een ziekenhuis [14]:

'I do not have any clinical practice myself. I rust in my profession. My job is to make others perform. In earlier days the medical doctor worked clinically and only part-time as a manager. Now, being a manager means understanding the budget and the overall goal for the hospital' (p. 5).

Het gaat om het begrijpen van beide kanten, de klinische, professionele kant, maar ook weten hoe men moet omgaan met budgetten en andere manager gerelateerde activiteiten [14]. Het kan echter goed voorkomen, ziet ook Sirris (2019) in, dat er managers bestaan die geen achtergrond hebben binnen het zorg verlenende gedeelte van het ziekenhuis [14]. De wijze waarop legitimiteit wordt behaald voor deze managers ligt elders. Een voorbeeld wat hiervoor wordt gegeven komt ook van Sirris (2019). In dit voorbeeld worden er belangrijke stakeholders aan het besluitvormingsproces toegevoegd. Het gaat om stakeholders uit de groep van professionals die mee kunnen denken over de verandering en het vanuit hun perspectief kunnen belichten [14]. Deze vorm sluit aan bij wat ook Radaelli et al. (2019) en Klecun et al. (2019) stelden. Het draait voor de change agent uiteindelijk om legitimiteit en vanuit deze legitimiteit beslissingen kunnen maken en de verandering kunnen leiden.

4.3.2. Veranderen is ondernemen

In het deel over change agency werd duidelijk dat deze rol een veelzijdige rol is en dat er bij veranderen veel komt kijken. Het komt men niet zomaar toe een organisatie aan te passen binnen de institutionele omgeving. Daar moet hard voor gewerkt worden om dat te kunnen bereiken. Daarom komt eerst concept van institutioneel werk aan bod. Vervolgens worden de concepten van institutionele ondernemers en institutioneel sensemaking behandeld. Als laatste komt de rol van hybride managers aan bod.

Werken en veranderen

In de artikelen wordt naar het werk van individuele actoren die gericht zijn op het behouden, het creëren of het verstoren van instituties gerefereerd als *institutional work* of institutioneel werk [3, 5, 11, 12, 13, 15]. Dit institutionele werk worden op de volgende wijze omschreven door Cloutier et al. (2016) [5]:

'The notion of institutional work is of particular interest here for several reasons. First, it recognizes managers as embedded "agents" who are not merely executors of reform but are agents whose activities contribute to shaping it. Second, implied in the notion of institutional work is the idea of effort in the face of resistance. Institutional work is considered to be truly "work" as it involves challenging and negotiating existing rules, practices, and beliefs that may be in opposition to it. Third, this notion recognizes the distributed and



pluralistic nature of reform efforts, where individual managers share agency with a wide spectrum of actors none of whom has complete control over outcomes' (p. 262).

De omschrijving die Cloutier et al. (2016) hanteren sluiten goed aan op de concepten van change agency. Allereerst wordt het institutionele werk geplaatst in een context van 'agency', waar managers de rol van deze 'agents' vervullen [5]. Zoals in het vorige deel van dit resultatenhoofdstuk duidelijk is gemaakt, is het concept van change agency toegewezen aan managers die verantwoordelijk zijn voor de goede afloop van een verandering, de veranderaars. Het concept van institutioneel werk in tijden van verandering behoort dan ook toe aan de veranderaars. Ook Klecun et al. (2019) en Radaelli et al. (2017) schrijven over de connectie tussen de concepten van institutioneel werk en veranderaars [11, 12].

En dat schijnt een ander licht op het concept van institutioneel werk. Voorheen werd het concept van institutioneel werk gebruikt om het werk van individuen in een institutioneel veld te duiden. Het ging om het creëren, behouden en manipuleren van deze velden. Door de vertaalslag van Cloutier et al. (2016), Klecun et al. (2019) en Radaelli et al. (2017) kan institutioneel werk gebruikt worden om het werk aan te duiden van veranderaars tijdens een institutionele verandering. [5, 11, 12]. Het institutionele werk dat wordt uitgevoerd door individuen om veranderingen tot stand te brengen in institutionele omgevingen zoals ziekenhuizen wordt institutioneel ondernemen of de individuen die het uitvoeren worden institutionele ondernemers genoemd [3, 9, 15]. En zo wordt veranderen in dit onderzoek getypeerd. Veranderen is gebaseerd op hard werken en goed ondernemerschap.

Soorten werk

Verschillende schrijvers maken in hun artikelen de connectie tussen institutioneel werk en de veranderaar [3, 5, 11, 12, 13, 15]. Met name Cloutier et al. (2016) hebben hun artikel speciaal toegewijd aan het concept van institutioneel werk, zo is dat ook het geval met betrekking tot de verschillende soorten institutioneel werk die een manager, change agent of veranderaar kan uitoefenen [5].

Veranderen is ondernemen. Het kan voor een veranderaar moeilijk zijn om systematisch te werk te gaan om een verandering tot stand te brengen. Terwijl systematiek juist kan zorgen voor duidelijkheid en rust voor veranderaars. Om deze duidelijkheid en rust te bieden op een systematische wijze hebben Cloutier et al. (2016) een model ontwikkeld waarin vier verschillende soorten institutioneel werk worden gepresenteerd [5]: structureel -, conceptueel -, operationeel – en relationeel werk. Dat werk kan worden gezien als de verschillende stappen die een veranderaar kan nemen in het managen van een verandering. Er wordt betoogd dat deze stappen zorgen voor een betere afloop van de verandering doordat de veranderaar bewust bezig kan zijn met de verandering op meerdere niveaus. En die niveaus zorgen voor duidelijkheid en rust. Deze verschillende soorten institutioneel werk kennen een volgorde, het is echter goed om te vermelden dat de soorten ook door elkaar heen kunnen lopen en allen met elkaar zijn verbonden.

Structureel werk

Allereerst is er *structureel werk* en dit type institutioneel werk is gericht op het planten van het idee van de verandering in de breedste zin van het woord [5]. Het gaat erom dat de manager zich inzet om de mensen in de organisatie op de hoogte te stellen van de verandering [5]. Het is dus 'inleidend' werk, zonder dat de verandering daadwerkelijk van start is gegaan. In deze fase is het belangrijk om mensen hiervan op de hoogte te stellen. Het draait er daarnaast om ook aan te geven hoe de nieuwe structuur binnen de organisatie eruit komt te zien [5]. Het vaststellen van een nieuwe structuur is het belangrijkste onderdeel van structureel werk [5]. Dat kan soms lastig worden doordat er contradicties bestaan tussen de oude structuur en de nieuwe, beoogde structuur [5]. Onduidelijkheid leidt bij individuen tot het teruggrijpen naar oude processen en gebruiken [5]. En dat moet je voorkomen als veranderaar. Verandering staat immers in het teken van progressie. Het scheppen van goede verwachtingen en het neerzetten van een duidelijke structuur is zodoende erg belangrijk [5]. Cloutier et al. (2016) geven aan dat deze vorm van institutioneel werk praktisch van aard is en mensen op wie de verandering invloed hebben zeggen het volgende over de resultaten van structureel werk [5]:

'And now at last, we know a bit more who is doing what... already that is helpful. (...) There are changes that will happen ... For me, I'd say the biggest issue is who is doing what... When we know who is doing what, things start to go well' (p. 266).



Mensen willen zekerheid in hun werk, over hun rol en wat hen te wachten staat. Dat is waar het bij structureel werk om draait.

Conceptueel werk

Ten tweede bestaat er conceptueel werk [5]. Dit type institutioneel werk gaat in op het conceptualiseren van de verandering [5]. Het gaat erom dat je als manager bij jezelf stil staat en jezelf afvraagt: Wat betekent deze verandering voor mij? Wat houdt het in? Hoe zie ik het voor mij? [5]. Wanneer je dat duidelijk hebt, is het pas mogelijk om het te communiceren naar de organisatie [5]. Het is belangrijk volgens Cloutier et al. (2016) om de mensen die gespecialiseerd zijn in de verandering, er het meest over weten en de tijd hebben om het te communiceren, in de positie te brengen dit te kunnen doen [5]. Dat kan bijvoorbeeld door het geven van seminars of vraaguren [5]. Doordat het conceptualiseren van de verandering veelal vervalt in specialisaties en discoursen, maakt dat het voor mensen in de organisatie nog niet meteen duidelijk en logisch is [5]. De verandering zien mensen dan los van de dagelijkse praktijk binnen het ziekenhuis [5]. Dat maakt dat het niet makkelijk is voor mensen om te begrijpen en daarom is het van belang om het te blijven herhalen zodat mensen goed begrijpen wat de verandering inhoudt en waarom de verandering tot stand is gekomen [5]. Om dit werk duidelijker te maken vanuit de praktijk gebruiken Cloutier et al. (2016) het volgende voorbeeld [5]:

'At the same time, the (health centers) mandate – when we say population-based responsibility, there are very, very few people in the organization who will carry that. It is not possible in the sense that their work (health care professionals) is much closer to the ground. All these professionals, have been trained in a one to one relationship, ... a social worker, an occupational therapist, a physical therapist, a doctor, a nurse, whatever, they have been trained to treat a person, not a population' (p. 267).

De concepten die een verandering vaak in zich draagt kunnen voor het management, de change agent duidelijk zijn, dat betekent niet dat deze termen meteen worden begrepen door de rest van de organisatie [5]. Dit citaat geeft aan op welke wijze veranderingen kunnen vervallen in specialisaties en discoursen en dat het belangrijk is om de verandering door te vertalen naar de praktijk van de professional [5].

Operationeel werk

Het operationele werk refereert naar het werk wat echt in de implementatiefase ligt van de verandering [5]. Waar je hiervoor met structureel werk en conceptueel werk zag dat het meer ging om inleidende fases, vindt de verandering nu echt plaats en moet het geïmplementeerd worden [5]. Omdat verandertrajecten vaak grote trajecten zijn en er veranderingen op verschillende plekken worden doorgevoerd, geven Cloutier et al. (2016) aan dat het goed kan zijn deze verandering gefragmenteerd door te voeren [5]. Veel van de verschillende kleinere veranderingen die gepaard gaan met de bovenliggende grotere verandering, kennen allemaal hun fouten of verbeteringen [5]. Daarom is het opdelen in kleinere veranderingen waardevol, op die manier kan je die fouten en verbeteringen een voor een aanpakken [5]. Het is echter zo dat veranderingen niet onomstreden zijn en er vaak mensen zijn die het er niet mee eens zijn [5]. Operationeel werk is zodoende ook onderhoudend en vraagt veel van managers [5]. Het terugpakken naar de duidelijkheid en rust van structureel werk en conceptueel werk is belangrijk om de frictie te kunnen verhelpen [5]. Een reden dat mensen opstandig kunnen zijn ten aanzien van een verandering komt door de transactionele aard van veranderingen [5]. Veranderingen kunnen door externen of interne beleidsvoerders een hoop theoretische grondslag kennen [5]. Deze theoretische grondslag wordt vervolgens vertaald naar beleid en concrete praktijken op de werkvloer [5]. Het is belangrijk om deze transactie goed in het oog te houden en de vertaling van theorie naar praktijk altijd open en eerlijk te houden [5]. Het operationele werk is zogezegd gericht op het implementeren en hierboven staat kort genoteerd wat dat met zich meebrengt. De CEO van een publiek ziekenhuis uit Canada geeft aan dat een verandering vanuit het institutionele veld vaak meer met zich mee brengt dan van tevoren gedacht [5]. Deze persoon zegt daar het volgende over:

'In principle, it's a major reform. In principal and in theory, in spirit, it is an important reform. But in practice, we are still meeting with difficulties, where the levers are more or less nonexistent. So we have great difficulty in applying it – from principles to practices, there is an important margin – I'm talking about on the ground; because for the Minister and for the regional agency sometimes, it's done, but the transformation on the ground is important and it is very difficult' (Cloutier et al., 2016, p. 268) [5].

Het operationele werk is de fase waarin de verandering vorm krijgt, maar ook de fase waarin de verandering meer problemen oplevert, problemen die in eerste instantie niet ingeschat waren [5]. Deze fase



betekent voor de veranderaar heel hard werken en bijblijven. Als veranderaar moet je nu scherp zijn en inspringen waar dat nodig is [5].

Relationeel werk

Structureel, conceptueel en operationeel werk kennen allen hun uitdagingen en kansen. Er is echter niks zo belangrijk als relationeel werk, zonder dit type institutioneel werk komt een verandering namelijk niet ver [5]. Het gaat er bij relationeel werk om dat je vertrouwen opbouwt, contact houdt, open staat en verbindingen creëert [5]. Het is belangrijk om relaties op te bouwen met de mensen die je beïnvloedt, op welke wijze dan ook [5]. Een CEO van hetzelfde publieke ziekenhuis uit Canada krijgt de volgende complimenten van een van de managers uit het ziekenhuis met betrekking tot relationeel werk [5]:

'He was someone with an incredible mind... the CEO... who would have done well to set aside the conceptual and philosophical aspect of the approach to go and weave some linkages with people on the ground... with middle managers and employees in particular, taking into account the hospital milieu' (p. 270).

Relationeel werk draait om het begrijpen van de mensen in de organisatie, de wijze waarop de verandering hen beïnvloedt en wat zij daarvan vinden. Dit citaat geeft aan wat voor een effect dit werk kan hebben op de persoonlijke levens van mensen en hoe belangrijk dat is.

Een verandering kent veel gezichten. Uiteraard moeten mensen hun eigen rol in de verandering leren begrijpen en interpreteren op de juiste wijze. Natuurlijk moet men de verandering op hun manier conceptualiseren en moeten zij zich ook aanpassen aan de nieuwe operatie. Al die processen leveren echter niets op wanneer er niet aan relationeel werk wordt gedaan. Het gaat om legitimiteit. Men moet de veranderaar vertrouwen en begrijpen. Door het opbouwen van relaties vergaar je de legitimiteit die nodig is om de verandering naar een goed einde te brengen. Een concept wat een bijdrage levert aan institutioneel werk en met name het relationele werk is sensemaking.

4.3.3. Sensemaking als middel

Sensemaking studies worden vaak gebruikt om interpretaties van individuen en groepen in organisaties te kunnen duiden en te leren begrijpen [2, 3, 4, 6, 9, 14, 15]. Sensemaking als theoretisch concept probeert de interpretatieve en cognitieve processen vast te leggen [2, 3, 4, 6, 9, 14, 15]. De betekenis die mensen toekennen aan bepaalde processen kunnen belangrijk zijn voor het verloop van bijvoorbeeld een verandering [2, 3, 4, 6, 9, 14, 15]. In de geanalyseerde artikelen wordt duidelijk gemaakt dat sensemaking wordt gebruikt om te duiden waarom een verandering wel of niet is gelukt in een omgeving van een ziekenhuis [2, 3, 4, 6, 9, 14, 15]. Maar sensemaking helpt dus ook in het begrijpen van elkaar en het citaat over relationeel werk laat zien hoe belangrijk het begrijpen van de situatie is binnen een verandering. Sensemaking heeft zodoende een erg praktische kant.

Allereerst spelen de dominante logica's een rol in de wijze waarop sensemaking tot uiting komt bij individuen of groepen [14]. Deze logica's spelen een grote rol in het gedrag dat dragers van de logica's tonen binnen de organisatie. De conflicten die in ziekenhuizen kunnen ontstaan tussen de dominante logica's hebben invloed op de wijze hoe er betekenis gegeven wordt aan een verandering. Mensen handelen naar de betekenis die zij geven aan een bepaalde situatie [3]. Dat overstijgt het idee van de dominante logica's. Binnen deze logica's gaat het meer om culturele waarden en normen en praktische praktijken en routines die worden gehanteerd. Deze variabelen hebben effect op het handelen van individuen en groepen. Nu komt er dus een andere variabele bij die het gedrag van individuen en groepen kan bepalen [2, 3, 4, 6, 9, 14, 15]. En dat kan bijdragen aan het begrip van een veranderaar waarom een bepaalde groep aan individuen niet mee werkt of waarom de professionals in een ziekenhuis niet mee willen gaan in een verandering die inzet op kostenbesparingen. Dat ligt dus niet alleen maar aan de logica's die we daaraan kunnen koppelen, maar ook op de manier waarop zij sensemaking toepassen binnen de situatie. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven door Radaelli et al. (2019):

'This two-step institutional work strategy was then effective because it associated radical innovation with incremental institutional change processes through which managers emphasized an institutional dilemma (how to balance self-regulation and effectiveness with innovation leadership and professional prestige) and gave professionals time to make sense of how to integrate diverse institutional elements associated with professional organization and radical innovation' (p. 468).



De concepten omtrent sensemaking gaan zodoende in op alle achterliggende betekenisgeving van individuen en groepen binnen organisaties en kunnen invloed uitoefenen op de wijze waarop een verandertraject loopt binnen een organisatie [2, 3, 4, 6, 9, 14, 15].

5. Discussie

De meta-analyse moet men in staat stellen om de theorie over een kwalitatieve context van regulerende institutionele veranderingen in ziekenhuizen te duiden en te begrijpen. Maar niet alleen deze context schetsen, ook door te leren begrijpen wat dat betekent voor de change agent binnen het UMCU, de veranderaar. Vanuit het vraagstuk van het UMCU kwam naar voren dat de rol van change agent voor de afdeling MTKF nieuw was. Door het mandaat dat deze afdeling had gekregen waren zij verantwoordelijk voor het begeleiden van de verandering omtrent de Medical Device Regulation. Een institutionele regulerende verandering geïnitieerd door de EU. En zoals duidelijk werd in zowel de theoretische lens als in de resultaten, is veranderen niet makkelijk. Het is uitdagend zijn om betrokken te zijn bij een dergelijke verandering en het te begeleiden. In het resultatenhoofdstuk wordt een eerste aanzet gedaan met betrekking tot de praktische implicaties voor veranderaars. Waar Micelotta et al. (2017) al spraken over de theoretische *practical turn*, probeer ik middels dit hoofdstuk de theoretische lens en de resultaten te koppelen zodat ik een *practical turn* kan presenteren. Het gaat in dit onderzoek over institutionele veranderingen, het gaat om change agency en het gaat om institutioneel werk. Wat is de connectie tussen deze drie concepten en hoe uit zich dat in de praktijk? Dat is hetgeen wat ik wil gaan behandelen in dit discussiehoofdstuk. Dat ga ik doen door middel van driehoofdstukken: allereerst de focus op de kerntaak (paragraaf 5.1), vervolgens de hybride manager (paragraaf 5.2) en als laatste het vertrouwen en veranderen (paragraaf 5.3).

5.1. Focus op de kerntaak

Ziekenhuizen maken deel uit van een complexe institutionele omgeving (Zietsma et al., 2017; Wallin & Fuglsang, 2017). Een omgeving waarbinnen constant veranderingen plaatsvinden en veel stakeholders invloed uitoefenen op het veld (De Simone, 2017; van der Veen, 2005). Institutionele velden van ziekenhuizen bestaan uit verschillende partijen: zorgverzekeraars, overheidsinstanties, zorgaanbieders, professionele hulpverleners en de burger/patiënt (van der Veen, 2005). Te midden van deze actoren ontstaan bewegingen vanuit onzichtbare sociale structuren die zichtbare invloeden hebben. De wisselwerking tussen onzichtbare sociale structuren en zichtbare invloeden gaat om het verkrijgen van legitimiteit (D'Andreamatteo et al., 2019; Ruef & Scott, 1998). Het middel om te overleven in de institutionele omgeving (Burton-Jones et al., 2020). En dat geldt ook voor het UMCU.

Binnen dit institutionele veld bestaan er naast de verschillende actoren ook verschillen tussen ziekenhuizen. Zo kan men het onderscheid tussen publieke en private ziekenhuizen maken en heeft dit onderscheid invloed op de wijze waarop de druk vanuit het veld wordt ervaren (Mur-Veeman et al., 2003; Handayani et al., 2016). Het UMCU is een publiek ziekenhuis en met name het afleggen van verantwoording aan het ministerie van VWS heeft invloed op het ervaren van institutionele druk (Mur-Veeman et al., 2003; Handayani et al., 2016). Dit is het ministerie die tevens de wet- en regelgeving voor een deel bepaalt in Nederland (Mur-Veeman et al., 2003). De gevolgen hiervan hebben invloed op de wijze waarop het UMCU kan en moet reageren op institutionele druk. Volgens Jordaanse ziekenhuisbestuurders is er geen bewegings- of interpretatieruimte voor publieke ziekenhuizen (Alyahya et al., 2018). In Nederland gelden dezelfde regels en de wet- en regelgeving dient opgevolgd te worden op de wijze waarop het ministerie van VWS betaamd. Dit zorgt voor extra druk op het UMCU. Private ziekenhuizen zijn op zoek naar manieren om de wet zo te implementeren dat het voor hen voordeliger is (Mur-Veeman et al., 2003).

Uit bovenstaande analyse ontstaan er twee verschillende soorten druk voor het UMCU. Zo maakt het UMCU deel uit van een complexe institutionele omgeving waarin veel verandering plaatsvindt en kan je pas overleven door het vergaren van legitimiteit. Daarnaast ontstaat er door het feit dat het UMCU een publiek ziekenhuis is ook institutionele druk door het verantwoordingsproces aan het ministerie van VWS.

Er bestaat ook een ander soort institutionele druk bestaat in de vorm van institutioneel isomorfisme (DiMaggio & Powell, 1983; Alyhya et al., 2018; Carvalho & Santiago, 2016). Deze vorm van institutionele druk zorgt ervoor dat organisaties steeds meer op elkaar gaan lijken (DiMaggio & Powell, 1983). Een van de vormen van institutioneel isomorfisme heet *coercive isomorphism* en deze druk ontstaat vanuit formele en informele politieke druk (DiMaggio & Powell, 1983). D'Andreamatteo et al. (2019) geven aan dat deze druk ook voortkomt uit transnationale partijen. Het UMCU ervaart op dit moment druk vanuit de EU door de MDR-wetgeving. Volgens



Handayani et al. (2016) ervaren publieke ziekenhuizen deze vorm van isomorfisme het meest. Aansluitend geven Klecun et al. (2019) aan dat publieke ziekenhuizen de wet- en regelgeving vaak direct op moeten volgen vanwege legitimiteit. Dat maakt het onmogelijk is voor publieke ziekenhuizen om af te wijken van de wetgeving en het daar bijhorende beleid dat wordt doorgevoerd (Klecun et al, 2019).

Voor de afdeling MTKF hebben deze vormen van institutionele druk uit het veld invloed op het UMCU en doorwerking in de wijze waarop een verandering verloopt. Een voorbeeld hiervan is de Europese wetgeving dat getypeerd kan worden als coercive isomorfisme. Er bestaat voor de afdeling MTKF geen keuzevrijheid en de afdeling moet de wetgeving uit de EU exact opvolgen. Het institutionele veld waar de veranderaar van het UMCU deel van uit maakt is erg complex. De afdeling MTKF moet te midden van deze complexiteit veranderingen doorvoeren. Een van de implicaties die uit dit onderzoek naar voren is gekomen is het behouden van rust in de organisatie (Ramsdal & Bjørkquist, 2019; Radaelli et al., 2017). De institutionele regulerende druk vanuit de EU in de vorm van de MDR-wetgeving heeft doorwerking in het UMCU en kent implicaties voor de afdeling MTKF.

Deze institutionele druk kan leiden tot stress en overhaaste keuzes, het draait daarom om het behouden van rust (Ramsdal & Bjørkquist, 2019; Radaelli et al., 2017). Volgens Ramsdal & Bjørkquist (2019) kan een veranderaar die rust behouden en legitimiteit vergaren door je te focussen op de kerntaak van het ziekenhuis: het leveren van zorg. Die rust, dat wordt institutionele stabiliteit genoemd. Institutionele stabiliteit heeft volgens Scott (1995) drie verschillende structuren: cognitief, regulatief en normatief. Scott (1995) geeft aan dat deze verdeling als basis geldt voor de legitimiteit van individuele acties. En deze rust of stabiliteit draagt bij een eensgezinder veld of organisatie (Radaelli et al., 2017). Voor het UMCU is het belangrijk om bewust te zijn van de institutionele structuren van Scott (1995) en institutionele stabiliteit van Radaelli et al. (2017). Het geeft de veranderaar legitimiteit en dat is het middel om te overleven in het institutionele veld.

De institutionele processen die zich afspelen op het macroniveau en invloed hebben op de veranderaar gaan over de volgende onderwerpen: complexe, veranderlijke omgevingen; isomorfisme; publiek-privaat onderscheid; institutionele stabiliteit. Dit zijn complexe processen. De literatuur en meta-analyse geven geen eenduidig antwoord hoe een veranderaar hier mee om kan gaan. De onderwerpen welke steeds worden aangehaald met betrekking tot een veranderaar in een institutionele context zijn de noodzaak van legitimiteit en rust. De bron die deze rust en legitimiteit verschaft is het houden van zicht op de centrale taak. Het gaat erom dat je in het institutionele veld legitimiteit vergaard, dat geeft je macht, dat geeft je de kracht om te kunnen veranderen. De wijze waarop een veranderaar die legitimiteit krijgt voor de verandering is door dicht bij de kerntaak van het ziekenhuis te blijven. Voor mij omschrijven Ramsdal & Bjørkquist (2019) dat het mooiste. Het leveren van zorg aan patiënten. Dat moet centraal staan. Of het gaat om institutionele stabiliteit, wet- en regelgeving of het publiek-private onderscheid, elke actie moet gericht zijn op het verbeteren van de zorg. Actoren in het institutionele veld van ziekenhuizen zijn niet bezig met het verminderen van de kwaliteit van zorg. Als veranderaar vergaar je legitimiteit door je te focussen op de centraal taak: het leveren van hoogwaardige zorg.

5.2. De Hybride manager

Binnen ziekenhuizen bestaan er meerdere institutionele of dominante logica's die met elkaar in conflict kunnen raken (Alford & Friedland, 1985; Reay & Hinings, 2009; Bunduchi et al., 2019). De twee dominante logica's die binnen ziekenhuizen bestaan zijn *professionalism* en *business-like healthcare* of *managerialism* (Reay & Hinings, 2009; Jarvis, 2016). Beide logica's representeren een groepering binnen het ziekenhuis. Deze logica's hebben volgens Thornton & Ocasio (2008) invloed op het gedrag van individuen, het bepaalt voor hen welk gedrag wel kan en welk gedrag niet kan. Vanuit die visie komen beide conflicten ook tegenover elkaar te staan, het gedrag wat de twee verschillende groepen vertonen en wat daarin wel en niet mag is verschillend op een aantal onderwerpen. Onder andere het gebruik van middelen voor de zorg door professionals en de nadruk op effectiviteit en efficiëntie van het management schiet bij beide partijen in het verkeerde keelgat (Reay & Hinings, 2009; Jarvis, 2016; Ramsdal & Bjørkquist, 2019). Ook binnen het UMCU kan dit conflict ontstaan er voor problemen zorgen. Het is voor de afdeling MTKF van belang een aantal zaken in afweging te nemen.

Volgens Bunduchi et al. (2019) wordt er binnen de logica van professionalisme erg veel waarde gehecht aan autonomie en kunnen maken van eigen keuzes. Door de inmenging van nieuwe managementstijlen zoals business-like healthcare neemt deze autonomie stap voor stap af (Reay & Hinings, 2009; Jarvis, 2016, Bunduchi



et al., 2019). Reay & Hinings (2009) omschrijven in hun artikel de wens om de twee conflicterende logica's naast elkaar te laten bestaan. Om ervoor te zorgen dat professionals hun werk goed uit kunnen voeren met het gevoel van autonomie en kunnen maken van eigen keuzes, maar ook managementlagen in ziekenhuizen die zich kunnen richten op het verbeteren van processen in het kader van effectiviteit en efficiëntie (Reay & Hinings, 2009). Het gaat om het vinden van de middenweg. En dat blijft een constant gevecht. De afdeling MTKF moet in het verandertraject omtrent de MDR-wetgeving stil staan op welke wijze de verandering professionals beïnvloedt. Een inmenging in de dagelijkse praktijk van deze professionals kan snel leiden tot conflicten. Zo heeft de MDR-wetgeving invloed op de wijze waarop artsen te werk kunnen gaan in bijvoorbeeld de operatiekamer en met welke medische apparatuur. In dit kader is het van belang deze artsen het gevoel te geven dat zij nog steeds zelf kunnen bepalen op welke wijze zij hun werk uitvoeren, dit kan volgens Burton-Jones et al. (2020) door bijvoorbeeld artsen te betrekken in het besluitproces over de uitvoering van de MDR-wetgeving in de operatiekamer.

Oliver (1991) schrijft over strategische reacties op verandering en probeert te duiden wat mensen beweegt tot de keuze voor een van vijf verschillende reacties. Aansluitend geven Bunduchi et al. (2019) aan dat er een nauw verband bestaat tussen de gehanteerde dominante logica en keuze voor een strategische reactie. De analyse leert ons dat er een vijftal strategische reacties zijn op verandering: conformeren, compromissen sluiten, ontwijken, uitdagen en manipuleren (Oliver, 1991; Bunduchi et al., 2019; Burton-Jones et al., 2020). Deze strategieën kunnen bewust en onbewuste keuzes zijn van groepen en individuen die het toepassen (Tursunbayeva et al., 2016). Het gaat erom dat de veranderaar er bewust mee omgaat. Volgens Bunduchi et al. (2019) is de sleutel voor het omgaan met deze strategische reacties verwachtingsmanagement. Door verwachtingsmanagement kun je een aantal negatieve reacties namelijk voorkomen (Bunduchi et al., 2019). Voor het UMCU en de afdeling MTKF betekent dat het met de implementatie voor een deel draait om te blijven communiceren over de verandering en wat het gaat betekenen voor bepaalde individuen en groepen. Een voorbeeld van verwachtingsmanagement vanuit de veranderaar is het structurele institutionele werk. De afdeling MTKF kan door middel van structureel werk, dus door duidelijk te communiceren naar bijvoorbeeld leidinggevende artsen over de invloed van de MDR-wetgeving en wat dat betekent voor hun positie en rol. Hiermee neem je volgens Cloutier et al. (2016) onzekerheid weg en zijn in dit geval de leidinggevende artsen meer geneigd om een conformerende positie in te nemen.

Burton-Jones (2020) gaan in op de kracht van de dialoog en combinatie met het managen van de reacties. Het is belangrijk om te onthouden dat deze strategische reacties in ziekenhuizen met name worden gehanteerd door de groep die de verandering niet heeft geïnitieerd (Cloutier et al., 2016). In het ziekenhuis wordt een verandering vaak geïnitieerd door het management (en hun logica) en richt het zich op de professionals (en hun logica) in de organisatie. De eerste stap moet genomen worden vanuit de afdeling MTKF om deze dialoog aan te gaan. Juist omdat de afdeling MTKF de groep is die de verandering initieert. Professionals hechten veel waarde aan autonomie en zelfregulering. Het is van belang om deze professionals mee te nemen, voorafgaand aan de verandering. Zij zitten dicht op hun eigen proces en het geeft hen een gevoel van betrokkenheid en autonomie. Volgens Bunduchi et al. (2019) en Burton-Jones et al. (2020) zijn dit tactieken die de afdeling MTKF kan gebruiken om (a) conflicterende logica's te managen en (b) de strategische reacties te kunnen controleren.

Het draait voor de afdeling MTKF om de dialoog en verwachtingsmanagement. Maar volgens Reay & Hinings (2009) gaat het ook om iets anders: de beide logica's tot elkaar brengen. Door ervoor te zorgen dat de groepen en individuen die beide logica's hanteren op een lijn komen, draagt dat bij aan een soepelere afloop van de verandering (Reay & Hinings, 2009; Bunduchi et al., 2019; Burton-Jones et al., 2020). Sirris (2019) stelt dat het belangrijk is, wanneer het aankomt op de veranderaar en het managen van de verandering, dat er een hybride vorm van managen wordt gevonden. Wat Sirris (2019) daarmee bedoelt is een manager die achtergrond heeft in beide logica's of beide logica's begrijpt en kan toepassen. Het is volgens Sirris (2019) de brug tussen de conflicterende logica's en de spil in het proces van verwachtingsmanagement (Sirris, 2019). Ook op dit niveau is legitimiteit van belang. Het begrijpen van beide logica's, ze kunnen toepassen op de casuïstiek, het gesprek kunnen voeren vanuit beide logica's en met name het kunnen luisteren geeft de afdeling MTKF op het mesoniveau legitimiteit (Sirris, 2019). En dat zorgt ervoor dat de afdeling MTKF de kracht heeft om te kunnen veranderen en de verschillende stakeholders op een lijn kan krijgen.



5.3. Vertrouwen en veranderen

De change agent is belangrijk in het verandertraject (Caldwell, 2003; Micelotta et al., 2017; Radaelli et al., 2017). De change agent of veranderaar is verantwoordelijk voor het verandertraject en dat uit zich door de verandering te initiëren, te managen en te implementeren. Op macroniveau zet een veranderaar zich in voor de kerntaak van het ziekenhuis en op mesoniveau kan een veranderaar door een hybride vorm van managen stakeholder gedrag beleid voeren. Het micro institutionele niveau draait het om het daadwerkelijke werk wat de veranderaar uitvoert in een verandering. Het is het werk wat de verbindende factor is op het macro- en mesoniveau. En dat is een complexe rol. Het is van belang deze complexe rol te begrijpen en te zoeken naar aanknopingspunten voor de afdeling MTKF.

Het managen van veranderingen kan worden getypeerd als institutioneel werk (Lawrence et al., 2011; Micelotta et al., 2017; Cloutier et al., 2016). Institutioneel werk is gericht op het creëren, behouden en verstoren van instituties en dat kan bewust, maar ook onbewust gedaan worden (Lawrence et al., 2011; Micelotta et al., 2017; Cloutier et al., 2016). De afdeling MTKF heeft middels de uniformiteit van bedrijfsvoering het mandaat gekregen om het verandertraject van de MDR-wetgeving te begeleiden. Dit is geen bewuste keuze geweest van de afdeling MTKF, echter zijn zij nu wel verantwoordelijk voor het verandertraject. Dit is in de ogen van Lawrence et al. (2011) onbewust institutioneel werk. In het geval van de afdeling MTKF is het werk niet gericht op het creëren of verstoren van het UMCU, maar gericht op het in standhouden van het UMCU. Die rol is weggelegd voor de veranderaar (Klecun et al., 2019; Radaelli et al., 2017; Cloutier et al., 2016; Lawrence et al., 2011). De veranderaar participeert zodoende in institutioneel werk en Caldwell (2003) stelt dat het vaak midden managers zijn de rol van veranderaar toegewezen krijgen. In het UMCU is dat niet anders en is de afdeling MTKF verantwoordelijk voor het verandertraject. Zo heeft de afdeling MTKF de rol van veranderaar toegewezen gekregen en zij moeten nu de verandering managen waardoor zij aan institutioneel werk doen. Juist omdat de rol van veranderaar voor de afdeling MTKF nieuw is kan het helpen om verschillende fases in het werk te onderscheiden.

De resultaten lieten zien dat er een viertal soorten institutioneel werk zijn. Cloutier et al. (2016) schrijven hierover en gaan in op de volgende soorten institutioneel werk: structureel -, conceptueel -, operationeel - en relationeel werk. Alle vier de vormen van institutioneel werk spelen hun eigen rol en hebben hun eigen kenmerken (Cloutier et al., 2016). In de beginfase van het verandertraject is het voor de afdeling MTKF van belang om structureel werk te verrichten. Voordat een verandering is opgestart hebben werknemers in een organisatie vaak al door dat er iets aan komt. Een verandering die invloed heeft op hun werk en positie. Dit kan onzekerheid met zich meebrengen en de afdeling MTKF kan een deel van deze onzekerheid wegnemen door het structurele werk. Zo weten werknemers waar ze aan toe zijn en is de kans dat zij achter de verandering staan groter.

Nadat de afdeling MTKF duidelijk heeft gemaakt welke nieuwe structuren er komen binnen het UMCU breekt de fase van conceptueel werk aan. Dit werk gaat om het managen van interpretaties, hoe men denkt over de verandering en wat de beeldvorming is die bestaat binnen de organisatie (Cloutier et al., 2016). Het is nu de taak aan de afdeling MTKF om mensen te vertellen over de MDR-wetgeving en echt duidelijk te maken waarom deze verandering wordt doorgevoerd en ook welke invloed het gaat hebben op hun dagelijks werk.

De structuur is duidelijk binnen de afdelingen en professionals en managers begrijpen waarom de verandering wordt doorgevoerd. De derde fase staat in het teken van operationeel werk en dat gaat om het managen van de implementatiefase van de verandering het UMCU (Cloutier et al., 2016). Dit is een uitdagende fase voor de afdeling MTKF, want het operationele werk onderscheidt zich door een scala aan onverwachte obstakels (Cloutier et al., 2016). De MDR-wetgeving is een wet die invloed heeft op veel plekken binnen het UMCU en is het nog onduidelijk op wie de wetgeving precies invloed heeft. Cloutier et al. (2016) geven aan dat dit het geval is in veel grote verandertrajecten en het daarom kan helpen om het in stappen door te voeren. Door het in stappen door te voeren houd je beter overzicht en kan men sneller reageren op onverwachte obstakels (Cloutier et al., 2016). Het kan voor de afdeling MTKF helpen op zoek te gaan op welke manier het in stappen door voeren van de MDR-wetgeving mogelijk is.

De vierde fase is een fase die de verbindende factor is in een verandertraject. Het draait om vertrouwen en legitimiteit. Dit is relationeel werk. Een verandertraject kan onzekerheid met zich meebrengen, er kunnen conflicten ontstaan tussen managers en professionals en verschillende strategische reacties wisselen zich af. In een verandertraject krijgt een veranderaar hier mee te maken. Ook de afdeling MTKF moet hier rekening mee



houden. Cloutier et al. (2016) geven aan dat de vorm relationeel werk bij kan dragen aan het managen van deze hobbels op de weg. Het draait om vertrouwen in de veranderaar en vertrouwen in elkaar. De afdeling MTKF moet zich zodoende vanaf de eerste stap inzetten om het vertrouwen in te winnen van de werknemers in het UMCU. Dit betekent om tijdens het structurele werk al het gesprek aan te gaan over onzekerheden over rollen en posities. Door begrip te tonen aan deze mensen en te laten zien dat je als veranderaar door hebt dat het gaat om het veranderen van de dagelijkse praktijk, dan krijg je het vertrouwen. Het geeft je legitimiteit om als veranderaar door te gaan.

Hetzelfde geldt voor het conceptuele - en operationele werk. De MDR-wetgeving betreft een verandering van regels. De kans is klein dat veel werknemers de wettekst geheel gaan lezen. De verantwoordelijkheid van de echte kennisoverdracht ligt bij de afdeling MTKF. Het is daarom van belang om als afdeling duidelijk in beeld te krijgen wat de hoofdpunten zijn van de MDR-wetgeving en deze zo te formuleren dat het begrijpelijk is voor het UMCU. Door je als afdeling in te leven in de organisatie en op basis van inlevingsvermogen de verandering te communiceren zien mensen dat de afdeling MTKF hun best doet om de verandering zo goed mogelijk af te stemmen op het UMCU. Daarnaast kan het opdelen in hoofdlijnen en inleven in de organisatie leiden tot een duidelijker beeld over welke stappen er ondernomen moeten worden. Dat geeft vertrouwen en legitimiteit.

Deze drie niveaus zorgen voor een compleet beeld voor veranderaars ten tijde van een institutionele verandering. Door het macroniveau ben je als veranderaar in staat om de verandering in een institutioneel perspectief te zetten en begrijp je reacties van organisaties beter. Door het mesoniveau kan je gegronder te werk gaan in de organisatie zelf, door middel van het bij elkaar brengen van conflicterende logica's en verschillende strategische responses. Het microniveau draagt bij aan het beter begrijpen van je eigen rol. De rol als veranderaar.



6. Conclusie

Dit hoofdstuk staat in het teken van het beantwoorden van de onderzoeksvraag door de belangrijkste resultaten toe te lichten vanuit de verdeling macro, meso en micro. Aan het einde worden de beperkingen van het onderzoek toegelicht.

In de inleiding stond mijn onderzoeksvraag geformuleerd. Door middel van een meta-analyse heb ik geprobeerd mijn onderzoeksvraag te beantwoorden. Dat kon ik niet alleen en daarom heb ik gebruik gemaakt van relevante wetenschappelijke literatuur om mijn onderzoek meer wetenschappelijke grondslag mee te geven. In de discussie heb ik de wetenschappelijke grondslag en de resultaten vanuit de meta-analyse aan elkaar gekoppeld en praktische implicaties toegevoegd. Deze hoofdstukken hebben allemaal in het teken gestaan om uiteindelijk mijn onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Mijn onderzoeksvraag is:

Op welke wijze manifesteren institutionele veranderingen in ziekenhuizen zich op een macro-, meso-, en microniveau en wat betekent dat voor de rol van change agent?

De onderzoeksvraag laat de driedeling die ik in dit onderzoek heb gebruikt om de complexiteit van het onderwerp te kunnen duiden zien en dat geldt ook als basis voor de beantwoording van de onderzoeksvraag.

6.1. Macro

Op het macroniveau is er gekeken naar de institutionele processen in het veld. Dit hoofdstuk heeft in het teken gestaan van instituties, institutionele velden en institutioneel isomorfisme. Het zijn processen die gebaseerd zijn op onzichtbare sociale structuren die zichtbare invloeden uitoefenen. Invloeden die doorwerking hebben in organisaties en op individuen. Veel veranderingen binnen organisaties komen voort uit het institutionele veld en worden door de institutionele bewegingen die hieraan voorafgaan institutionele veranderingen genoemd. De institutionele veranderingen komen voort uit het veld en hebben doorwerking in organisaties. De veelheid aan actoren in het institutionele veld van het UMCU en het bestaan van meerdere belangen en afwegingen dragen bij aan de complexiteit van dit veld. Het kan voor een change agent moeilijk zijn om te midden van deze institutionele bewegingen legitimiteit te vergaren. Het draait binnen dit veld namelijk om legitimiteit. Het is het middel waardoor organisaties kunnen overleven en het geeft individuen de kracht om te kunnen veranderen. Legitimiteit staat binnen dit niveau centraal. Wat de resultaten en literatuur ons leren is dat het voor een veranderaar binnen het macroniveau van groot belang is te focussen op de kerntaak van het ziekenhuis, van het veld: het verlenen van hoogwaardige zorg aan de patiënt. In het institutionele veld kan men zichzelf snel verliezen in bijzaken en daarmee legitimiteit om te veranderen kwijtraken. Door te focussen op de kerntaak van het ziekenhuis behoud je zicht op de reden waarom mensen de zorg zijn ingegaan en heb je als change agent de kracht om te kunnen veranderen.

6.2. Meso

Op het mesoniveau is er gekeken naar de institutionele processen in organisaties. Door de druk vanuit het veld kent de institutionele theorie allerlei doorwerkingen in organisaties en valt met name de rol van institutionele logica's binnen ziekenhuizen op. Waar veranderingen veelal worden doorgevoerd vanuit de top van de organisatie bestaan er obstakels door het bestaan van conflicterende logica's. Het gaat om professionals die zich puur willen inzetten voor de patiënt en hier alle tijd en geld voor willen gebruiken. Het gaat om managementlagen die veranderingen door willen voeren in het kader van efficiëntie en effectiviteit waar de professional zo min mogelijk tijd en geld mag gebruiken. Deze logica's dragen vervolgens bij aan de keuze van groepen in organisaties voor bepaalde strategische reacties op veranderingen. Deze reacties lopen sterk uiteen en hebben invloed op de verandering. Van conformerende reacties tot aan het manipuleren van een verandering. Dit betekent dat een veranderaar sterk in de schoenen moet staan om hier mee om te kunnen gaan. Deze logica's en reacties zijn moeilijk te veranderen en dus moet een veranderaar op zoek naar een wijze om het bij elkaar te brengen. De literatuur en resultaten laten zien dat er een noodzaak van een hybride manager is ontstaan. Een hybride manager die vanuit zowel de professionals als het management kan handelen. Een hybride manager kan een professional in managementlaag zijn, maar ook een manager met sterke banden met de



professionals in het ziekenhuis. Waar het macroniveau duidelijk maakt dat legitimiteit een belangrijke rol speelt is dat op dit niveau niet anders en is legitimiteit opnieuw het middel om de kracht te hebben om te kunnen veranderen. De hybride manager is in staat beide logica's bij elkaar te brengen en een verandering door te voeren.

6.3. Micro

Op het microniveau is er gekeken naar institutionele processen en individuen. Het zijn van een veranderaar in een institutionele omgeving kan door institutioneel isomorfisme en institutionele logica's erg lastig zijn. De vorige twee niveaus kaarten het belang aan van de focus op de kerntaak en het zijn van een hybride manager. Dit niveau heeft gekeken naar de mogelijkheden die er zijn voor een veranderaar in een institutionele omgeving. Eerst is het concept van change agency duidelijker geworden en laat de literatuur ons zien dat midden managers in een verandering zich in een spagaat bevinden waarin zij zowel 'object' als agent zijn van de verandering. Dat is een complexe rol, maar door middel van institutioneel werk poogt dit onderzoek te laten zien dat het niet onmogelijk is. Institutioneel werk draait om het structureren en voorbereiden van de organisatie, het conceptualiseren van de verandering en het implementeren hiervan. Maar het allerbelangrijkste is het opbouwen van relaties binnen de organisaties. Relationeel werk is het werk wat gaat over vertrouwen en legitimiteit. Volgens de resultaten en literatuur heeft een veranderaar het vertrouwen nodig van de organisatie om te kunnen veranderen, door middel van relationeel werk kan een veranderaar dit vertrouwen krijgen. En vertrouwen leidt tot legitimiteit. Opnieuw heeft legitimiteit een sleutelpositie ingenomen. Een veranderaar heeft invloed op de levens van mensen, het is persoonlijk. Door het opbouwen van persoonlijke relaties zullen mensen de veranderaar vertrouwen om de verandering naar een goed einde te brengen.

6.4. Legitimiteit

Door de analyse van de drie verschillende niveaus laat het onderzoek zien dat er met veel rekening gehouden moet worden en dat dit erg complex kan zijn. Maar wat het onderzoek ook probeert is om deze complexiteit zo op te delen dat het te begrijpen is. Een van de onderdelen die in elk van de drie niveaus terugkomt is het concept van legitimiteit. Zowel de literatuur als de resultaten laten zien dat het concept van legitimiteit het middel is wat men nodig heeft om te kunnen overleven in een institutionele context. Dat geldt voor organisaties, maar ook individuen en vooral de veranderaar. De institutionele context bestaat uit onzichtbare sociale structuren, waarbinnen de regels, waarden, normen, praktijken en routines worden bepaald door een gedeelde interpretatie over welk gedrag wel en niet toelaatbaar is. Het concept van legitimiteit is niet een rationeel, vatbaar concept. Het draait om vertrouwen van het veld, organisaties en individuen. Het geeft je de kracht om te kunnen veranderen.

6.5 Implicaties voor onderzoek en praktijk

Dit onderzoek draagt bij aan de literatuur over institutionele veranderingen en change agency. Dit wordt gedaan door de connectie te zoeken op drie verschillende niveaus (macro, meso en micro) en op zoek te gaan naar de praktische implicaties voor change agents en te kijken naar concepten van institutioneel isomorfisme, institutionele logica's en institutioneel werk. De onderzoeksresultaten hebben bijgedragen aan het begrip van change agents in een institutionele context. Door middel van een meta-analyse heeft dit onderzoek uitspraken gedaan over institutionele veranderingen en de praktische implicaties voor change agents. Het onderzoek heeft zichzelf in een literaire, kwalitatieve omgeving laten onderdompelen. Toekomstige onderzoeken kunnen verricht worden of de omschreven processen op verschillende niveaus daadwerkelijk in dezelfde mate voorkomen als dit onderzoek pretendeert. Daarnaast zijn de praktische implicaties die hieruit zijn voortgekomen gebaseerd op interpretativiteit en subjectiviteit en is het de taak aan de wetenschap deze resultaten te blijven toetsen aan de werkelijkheid. Het steeds duidelijker in zicht krijgen van de wijze waarop change agents te werk kunnen gaan in tijden van institutionele veranderingen heeft ook maatschappelijke waarde. Veranderaars uit organisaties die de regels van het spel begrijpen, weten welke bewegingen in het veld en in de organisatie bestaan bij een institutionele verandering, dat zijn veranderaars die een verandering kunnen begeleiden vanuit vertrouwen en legitimiteit.



7. Literatuurlijst

Alford, R. R., & Friedland, R. (1985). *Powers of theory: Capitalism, the state, and democracy*. Cambridge University Press.

Alyahya, M., Hijazi, H., & Harvey, H. (2018). Explaining the accreditation process from the institutional isomorphism perspective: a case study of Jordanian primary healthcare centers. *The International journal of health planning and management*, 33(1), 102-120.

Ansari, S., & Phillips, N. (2011). Text me! New consumer practices and change in organizational fields. *Organization Science*, 22(6), 1579-1599.

Bromley, P. & Suárez, D.F. (2014). Institutional theories and levels of analysis: History, diffusion, and translation, in Schriewer, J., ed. *Re-Conceptualising the Global/Local Nexus: Meaning Constellations in the World Society*. Routledge/Taylor & Francis, 139-159.

Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford university press.

Bunduchi, R., Tursunbayeva, A., & Pagliari, C. (2019). Coping with institutional complexity. *Information Technology & People*.

Burton-Jones, A., Akhlaghpour, S., Ayre, S., Barde, P., Staib, A., & Sullivan, C. (2020). Changing the conversation on evaluating digital transformation in healthcare: Insights from an institutional analysis. *Information and Organization*, 30(1), 100255.

Caldwell, R. (2003). Models of change agency: a fourfold classification. *British Journal of Management*, 14(2), 131-142.

Carpenter, V. L., & Feroz, E. H. (2001). Institutional theory and accounting rule choice: an analysis of four US state governments' decisions to adopt generally accepted accounting principles. *Accounting, organizations and society*, 26(7-8), 565-596.

Carvalho, T., & Santiago, R. (2016). Transforming Professional Bureaucracies in Hospitals and Higher Education Institutions', Towards a Comparative Institutionalism: Forms, Dynamics and Logics Across the Organizational Fields of Health Care and Higher Education (Research in the Sociology of Organizations, Volume 45).

Cloutier, C., Denis, J. L., Langley, A., & Lamothe, L. (2016). Agency at the managerial interface: Public sector reform as institutional work. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26(2), 259-276.

D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Rangone, A., Paolone, F., & Sargiacomo, M. (2019). Institutional pressures, isomorphic changes and key agents in the transfer of knowledge of Lean in Healthcare. *Business Process Management Journal*.

Dacin, M.T., Goodstein, J., & Scott, W.R. (2002). Institutional theory and institutional change: Introduction to the special research forum. *Academy of management journal*, 45(1), 45-56.

De Simone, S. (2017). Isomorphic Pressures and Innovation Trends in Italian Health Care Organizations. *International Journal of Business and Management*, 12(6).

Delmas, M., & Toffel, M. W. (2004). Stakeholders and environmental management practices: an institutional framework. *Business strategy and the Environment*, 13(4), 209-222.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American sociological review*, 147-160.



Dorado, S. (2005). Institutional entrepreneurship, partaking, and convening. *Organization studies*, 26(3), 385-414.

Egger, M., Smith, G. D., & Phillips, A. N. (1997). Meta-analysis: principles and procedures. *Bmj*, 315(7121), 1533-1537.

Emirbayer, M., & Mische, A. (1998). What is agency?. *American journal of sociology*, 103(4), 962-1023.

Exter, A. D., Hermans, H., Dosljak, M., Busse, R., Ginneken, E. V., Schreyoegg, J., ... & World Health Organization. (2004). *Health care systems in transition: Netherlands* (No. EUR/04/5046928). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Felder, M. M., van de Bovenkamp, H. H., Maaijen, M. M., & de Bont, A. A. (2018). Together alone: organizing integrated, patient-centered primary care in the layered institutional context of Dutch healthcare governance. *Journal of Professions and Organization*, 5(2), 88-105.

Flood, A. B., & Fennel, M. L. (1995). Through the lens of organizational sociology: The role of organizational theory and research in conceptualizing and examining our health care system. *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue). 154–169.

Friedland, R. & Alford, R.R. 1991. 'Bringing society back in: Symbols, practices, and institutional contradictions,' in *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, ed. Walter W. Powell and Paul J. DiMaggio, pp. 232–263.

Chicago: University of Chicago Press.

Frumkin, P., & Galaskiewicz, J. (2004). Institutional isomorphism and public sector organizations. *Journal of public administration research and theory*, 14(3), 283-307.

Gray, B., Purdy, J. M., & Ansari, S. (2015). From interactions to institutions: Microprocesses of framing and mechanisms for the structuring of institutional fields. *Academy of Management Review*, 40(1), 115-143.

Handayani, P. W., Hidayanto, A. N., Ayuningtyas, D., & Budi, I. (2016). Hospital information system institutionalization processes in Indonesian public, government-owned and privately owned hospitals. *International journal of medical informatics*, 95, 17-34.

Hidalgo, A., & Albors, J. (2008). Innovation management techniques and tools: a review from theory and practice. *R&d Management*, 38(2), 113-127.

Hodgson, G. M. (2006). What are institutions? *Journal of economic issues*, 40(1), 1-25.

Jarvis, L. C. (2016). Shame and institutional stability—or—change in healthcare. *International Journal of Sociology and Social Policy*.

Klecun, E., Zhou, Y., Kankanhalli, A., Wee, Y. H., & Hibberd, R. (2019). The dynamics of institutional pressures and stakeholder behavior in national electronic health record implementations: A tale of two countries. *Journal of Information Technology*, 34(4), 292-332.

Lawrence, T., Suddaby, R., & Leca, B. (2011). Institutional work: Refocusing institutional studies of organization. *Journal of management inquiry*, 20(1), 52-58.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), e1-e34.

Lounsbury, M., & Crumley, E. T. (2007). New practice creation: An institutional perspective on innovation. *Organization studies*, 28(7), 993-1012.



Luburic, R., Perovic, M., & Sekulovic, R. (2015). Quality Management in Terms of Strengthening the „Three Lines of Defence” in Risk Management-Process Approach. *International Journal for Quality Research*, 9(2), 243-250.

Luna-Reyes, L.F., & Gil-García, J.R. (2011). Using institutional theory and dynamic simulation to understand complex e-Government phenomena. *Government Information Quarterly*, 28(3): 329- 345.

March, J.G., & J.P. Olsen. (2008). The logic of appropriateness. In *Oxford handbook of public policy*, eds. Martin Rein, Michael Moran and Robert E. Goodin, 689–708. Oxford, UK: Oxford University Press.

Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.

Micelotta, E., Lounsbury, M., & Greenwood, R. (2017). Pathways of institutional change: An integrative review and research agenda. *Journal of Management*, 43(6), 1885-1910.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS med*, 6(7), e1000097.

Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public–private boundaries. *Health policy*, 65(3), 227-241.

Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies* (Vol. 11). Sage.

O'Connor, G. C., & DeMartino, R. (2006). Organizing for radical innovation: An exploratory study of the structural aspects of RI management systems in large established firms. *Journal of product innovation management*, 23(6), 475-497.

Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of management review*, 16(1), 145-179.

Oliver, C. (1992). The antecedents of deinstitutionalization. *Organization studies*, 13(4), 563-588.

Pandey, S. C., & Patnaik, S. (2014). Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: A critical examination. *Jharkhand journal of development and management studies*, 12(1), 5743-5753.

Parsons, T. (1956). Suggestions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations-I. *Administrative science quarterly*, 63-85.

Radaelli, G., Currie, G., Frattini, F., & Lettieri, E. (2017). The Role of Managers in Enacting Two-Step Institutional Work for Radical Innovation in Professional Organizations. *Journal of Product Innovation Management*, 34(4), 450-470.

Ramsdal, H., & Bjørkquist, C. (2019). Value-based innovations in a Norwegian hospital: from conceptualization to implementation. *Public Management Review*, 1-22.

Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization studies*, 30(6), 629-652.

Ruef, M., & Scott, W. R. (1998). A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments. *Administrative science quarterly*, 877-904.

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2006). *Handbook for synthesizing qualitative research*. Springer publishing company.

Scott, W. R. (2001). *Institutions and Organizations*. Thousand Oak.



Scott, W. R. (2005). Institutional theory: Contributing to a theoretical research program. *Great minds in management: The process of theory development*, 37(2005), 460-484.

Selznick, P. (1948). Foundations of the theory of organization. *American sociological review*, 13(1), 25-35.

Simon, H. A. (1945). Statistical tests as a basis for "yes-no" choices. *Journal of the American Statistical Association*, 40(229), 80-84.

Sirris, S. (2019). Managers negotiating identities: Hybridizing professionalism and managerialism in faith-based health organizations and in religious organizations. *VID vitenskapelige høyskole-avhandling*.

Smets, M., Morris, T. I. M., & Greenwood, R. (2012). From practice to field: A multilevel model of practice-driven institutional change. *Academy of Management Journal*, 55(4), 877-904.

Thornton, P. H., & Ocasio, W. (1999). Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958–1990. *The American Journal of Sociology*, 105(3), 801–843.

Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). Institutional logics. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 840, 99-128.

Townley, B. (2002). The role of competing rationalities in institutional change. *Academy of Management Journal*, 45(1), 163-179.

Tursunbayeva, A., Bunduchi, R., Franco, M., & Pagliari, C. (2017). Human resource information systems in health care: a systematic evidence review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(3), 633-654.

Van der Veen, R. (2005). *Interventie en Organisatie. Een sociologische analyse van het veranderend vermogen tot maatschappelijke interventie aan de hand van veranderingen in het gezondheidsbeleid. Róterdam, Oratie, Erasmus Universiteit.*

Van Wijk, J., Stam, W., Elfring, T., Zietsma, C., & Den Hond, F. (2013). Activists and incumbents structuring change: The interplay of agency, culture, and networks in field evolution. *Academy of Management Journal*, 56(2), 358-386.

Wallin, A. J., & Fuglsang, L. (2017). Service innovations breaking institutionalized rules of health care. *Journal of Service Management*.

Weber, M. (1968). *Economy and Society: An Interpretive Sociology*. (First published in 1922.) Guenther Roth and Claus Wittich, eds. New York: Bedminister Press.

Yang, C. W., Fang, S. C., & Huang, W. M. (2007). Isomorphic pressures, institutional strategies, and knowledge creation in the health care sector. *Health care management review*, 32(3), 263-270.

Zietsma, C., Groenewegen, P., Logue, D. M., & Hinings, C. R. (2017). Field or fields? Building the scaffolding for cumulation of research on institutional fields. *Academy of Management Annals*, 11(1), 391-450.



7.1. Geraadpleegde internetbronnen

Ahli, S. (2020, 7 april). *Efficiëntie in de zorg nog moeilijk te meten*. Geraadpleegd op 14 juni 2020, van <https://www.skiper.nl/nieuws/efficiëntie-in-de-zorg-nog-moeilijk-te-meten/>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019, 28 oktober). *Nieuwe wetgeving medische hulpmiddelen*. Geraadpleegd op 25 maart 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/medische-hulpmiddelen/nieuwe-wetgeving-medische-hulpmiddelen>

Okkerman, L., & Dankbaar, B. (2019, 9 augustus). *Middenmanager krijgt er nieuwe rollen bij*. Geraadpleegd op 14 juni 2020, van <https://www.zorgvisie.nl/blog/blog-middenmanager-krijgt-er-nieuwe-rollen-bij/>

Rijke, M. (2018, 29 juni). De toenemende complexiteit van zorg. *Complexe zorg, juni* (2018). Geraadpleegd van <https://nfk.nl>

UMC Utrecht. (z.d.). *Van apotheker tot zenuwarts - UMC Utrecht*. Geraadpleegd op 14 juni 2020, van <https://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Ervaringen-van-patienten/Hoegaathet-/Hoegaathet-maart-2016/Rara-hoeveel-medewerkers-heeft-het-UMC-Utrecht-/Van-apotheker-tot-zenuwarts>



8. Bijlagen

8.1. Bijlage 1: Dagboek

20 – 25 april

Ik ga zoeken binnen Google Scholar op de volgende combinatie van termen *coercive isomorphism*, *hospital*, *change agency*, "*institutional change*":

- Institutional change
 - o Mijn onderzoek gaat over institutionele veranderingen binnen ziekenhuizen. Deze term is daardoor een belangrijke sleutel om theoretische concepten te kunnen vergaren over institutionele veranderingen. Ik heb er tevens voor gekozen om deze term als combinatie van woorden terug te laten komen. Dit heb ik gedaan door bij Google Scholar bij 'Advanced Search' het volgende te doen: '*Find articles*' → '*with the exact phrase*'. De reden dat ik gekozen heb voor de koppeling tussen de woorden *institutional change* en niet de anderen komt doordat ik na het proberen van alle andere mogelijkheden erachter kwam dat deze combinatie de kans vergroot dat de andere woorden ook op de juiste manier gemeld worden. En uiteindelijk is het van belang om een zo'n groot mogelijke kans te hebben om de meest relevante titels te onderzoeken. Daarom staat deze term tussen haakjes. De overige termen worden namelijk net gezocht in combinatie. De kans is echter dus groter dat de combinatie er wel is om dat veel artikelen gaan over institutionele veranderingen en daarin zijn deze termen niet vreemd voor onderzoekers.
- Coercive isomorphism
 - o Omdat de verandering die nu plaatsvindt binnen het UMCU een regulerende verandering van het veld betreft waaraan het UMCU zich (verplicht) aan dient te conformeren is deze vorm van isomorfisme uiterst relevant. Coercive isomorfisme beschrijft namelijk deze regulerende institutionele druk op organisaties. Het is goed voor mijn onderzoek om deze vorm van druk mee te nemen in mijn zoekstrategie, op deze manier vind ik artikelen die deze druk omschrijven in combinatie met institutionele veranderingen.
- Hospital
 - o Aanvankelijk zou ik bij het UMCU stage gaan lopen en etnografie toepassen. Dit is echter nu niet meer mogelijk. Ik vind het wel van een groot belang om het UMCU nog steeds te steunen in hun vraagstuk en eventuele oplossingen. Daarom is het relevant om de term *hospital* (ziekenhuis) toe te voegen aan mijn zoekstrategie.
- Change agent
 - o Juist omdat binnen het UMCU vraagtekens bestaan over hoe ze als change agent moeten acteren binnen het ziekenhuis is dit een relevante term om toe te voegen aan mijn zoekstrategie. Ik ben heel erg benieuwd of de wetenschap iets zegt over regulerende institutionele veranderingen in ziekenhuizen en welk effect dit heeft op de change agent.

Ik begrijp dat ik door deze termen toe te voegen op een bepaalde manier biased ben. Dat is een bewuste keuze. Als onderzoeker is het voor mij worstelen om een juiste verbinding te zoeken tussen een mooi resultaat neer zetten op wetenschappelijk niveau of om echt van dienst te kunnen zijn voor het UMCU. Dat laatste vind ik namelijk ook heel erg belangrijk. Zij zijn samen met mij deze reis aangegaan en ik voel me aan hun verplicht om te helpen en inzichten te bieden die zij kunnen toepassen op hun dagelijkse praktijk. Zoals ik al eerder stelde is het niet meer mogelijk om aanwezig te zijn binnen het UMCU. De relevantie van het onderzoek voor het UMCU is daarom in hun ogen afgenomen en moet ik er alles aan doen om dit zo relevant en actueel mogelijk te maken.

26/4

Dan krijg ik in totaal 2820 resultaten over alle periodes tot nu toe. Omdat ik het UMCU een actuele stand van zaken wil aanbieden heb ik ervoor gekozen om alleen artikelen te lezen vanaf 2016. Wanneer ik deze criteria toepas houd ik nog 855 resultaten over. Deze 855 resultaten ga ik allemaal beoordelen aan de hand van de titel van het artikel. Ik ga deze titels beoordelen op relevantie. Dat houdt in dat ik kijk op welke manier de terminologie wordt gebruikt uit mijn zoekstrategie. Daarnaast zal ik ook casestudies niet gebruiken die klaarblijkelijk niet over mijn onderwerp gaan. Sommige titels zijn niet beschikbaar voor mij als onderzoeker dus die kan ik ook niet meenemen in het onderzoek. Deze grove selectie is noodzakelijk voor het voltooien van mijn onderzoek. De



artikelen die ik uiteindelijk zal lezen zal namelijk al een groot aantal zijn en het is belangrijk om het behapbaar te houden voor mij als onderzoeker. Op die manier is de kans wel aanwezig dat ik een onderzoek uitvoer waar een bepaalde vorm van bias in zit. Helaas is dit vanwege de tijd en ruimte onmogelijk om te vermijden en zal ik op deze wijze zo goed mogelijk mensen in het proces proberen mee te nemen in mijn denkprocessen en stappen. Zo houd ik de lezer op de hoogte van de bias die wellicht verworven zit in mijn onderzoek.

29/4

Vandaag ga ik beginnen met het beoordelen van alle titels die ik heb geselecteerd uit mijn eerste zoekronde. Van de 855 zoekresultaten heb ik op basis van relevantie voor mijn onderzoek en beschikbaarheid 123 artikelen geselecteerd. Deze 123 artikelen ga ik stuk voor stuk beoordelen op relevantie van de tekst. Ik ga letten op de volgende punten:

- Betreft het een onderzoek naar institutionele veranderingen
- Betreft het een onderzoek naar ziekenhuizen
- Betreft het een onderzoek naar coercive isomorfisme
- Betreft het een onderzoek naar change agency
- Uit de abstract moeten minimaal twee van de vier concepten terugkomen.
- Het moet een kwalitatieve studie zijn
- Het moet gebaseerd zijn op kwalitatieve studies

De keuze waarom ik niet voor drie van de vier concepten wil zien terugkomen of een is omdat ik het soms uit de abstract onduidelijk kan zijn of alle concepten terugkomen. Toch vind ik het wel belangrijk dat er wel een nadruk op bovenstaande termen ligt in het onderzoek. Dat is de reden waarom ik niet voor drie, vier of een heb gekozen.

30/4

Ik merk dat ik struggle met de rol van de meta-analyse onderzoeker. Ik heb het gevoel dat ik mijn eigen big brother moet zijn met betrekking tot de verantwoording. Dat lukt enigszins aardig. Ook omdat ik wel deze file bijhoud. Maar ik twijfel of ik niet meer moet verantwoorden alleen kan ik dan steeds niet bedenken hoe ik dat zou moeten doen. Het is namelijk de eerste keer voor mij dat ik een dergelijk onderzoek uitvoer. En dat tijdens je masterscriptie, dat is niet eenvoudig. Ook in de begeleiding (en terecht) word ik hierin losgelaten. Dat zorgt voor obstakels en vraagtekens, maar ook voor motivatie. Ik ben echt op onderzoek uit. Op onderzoek uit in de literatuur, naar de rol van mij als onderzoeker en naar mijzelf en de grenzen die ik heb.

Ik ga wel alle artikelen die ik niet includeer in groepen zetten waarom ik het niet gebruik.

- Voldoet niet aan minimale relevante onderzoek concepten (n = 62)
- Irrelevante onderzoeksmethode (n = 39)
- Duplicaten (n = 3)
- Onveilig bestand (n = 1)
- Niet beschikbaar (n = 2)
- Onderzoek voor 2016 beschikbaar gesteld (n = 1)

In totaal worden er dus 108 van de 123 artikelen op basis van hun tekst niet gebruikt in het onderzoek. Ik ga 15 artikelen gebruiken. Ik heb wel 43 titels van de 98 gedownload en opgeslagen. Dit komt doordat de informatie die deze artikelen verschafte niet direct een bijdrage zou leveren aan mijn meta-analyse, maar wel bij kan dragen aan het begrijpen van de concepten los van elkaar.

1/5

Wat is de rode lijn door alle artikelen heen. Dat is de vraag die ik mij moet stellen. Het is een ander soort paper wat je gaat schrijven. Je gaat niet de schrijvers naast elkaar zetten, of tegenover elkaar. Nee je gaat op zoek naar wat de gelijkenissen zijn tussen al die schrijvers. Dat is het idee van meta etnografie. Ik wil eigenlijk een soort van systematisch model creëren. Een model waarin ik de verschillende artikelen opdeel in verschillende reacties op institutionele verandering. Uit die reacties probeer ik dan theorieën van change agency te herkennen en de implicaties daaraan te koppelen. Dan heb je een heel erg actueel model met het verband tussen institutionele veranderingen en change agency en de gevolgen daarvan voor de praktijk.



3/5

Vandaag is het belangrijk om een goede start te maken met het lezen van de artikelen en deze systematisch vast te leggen. Mijn eerste grootste vraag waar ik naar op zoek ga is hoe ziekenhuizen omgaan met institutionele veranderingen. Wat doen ze? Welke reacties zie je terug? En wat zijn de gevolgen daarvan? Dat zijn vragen die ik beantwoord wil krijgen. Is het niet zo dat de institutionele logica's leidend moeten zijn voor een change agent. Als bruggenbouwer tussen business like health care en patiënt-arts relatie. Je hebt een institutionele verandering en de change agent. De change agent moet de verandering stakeholder gedragen implementeren in het ziekenhuis. Het ziekenhuis is een complexe omgeving waarbinnen de strijd tussen verschillende logica's groot is. Wil je een beleid doorvoeren die stakeholder gedragen is. Dan moet je deze logica's kennen, voelen en zien en erop kunnen anticiperen.

4/5

Gisteren heb ik een aantal artikelen gelezen en kwam er al snel achter dat de schrijvers verschillende punten binnen institutionele veranderingen aanhalen met betrekking tot change agency en coercive isomorphism binnen ziekenhuizen. Echter had ik meteen al zoveel informatie in mijn hoofd dat ik mij niet kon voorstellen hoe ik dat moest gaan doen, het systematisch uitzetten. Ik heb nu bedacht dat ik elk artikel wat ik ga lezen ga samenvatten in de volgende hoofdstukken. Wat wordt er gezegd in de introductie, waar ligt de nadruk? Wat is de definitie van de institutionele theorie die gebruikt wordt? Wat is de onderzoeksvraag? Wat is de methode die wordt gehanteerd, hoeveel mensen zijn er geïnterviewd? Welke theoretische concepten worden aangehaald en wat voor gevolg heeft dat voor het artikel? Welke resultaten worden er gevonden? Hoe wordt de conclusie omschreven en wat wordt er gezegd over wat het betekent voor de manager of change agent? Dat zijn vragen waar ik mij nu mee bezig wil houden. Uiteindelijk wil ik namelijk toewerken naar een opdeling in categorieën en implicaties.

5/5

We gaan weer verder. De eerste twee artikelen die ik pak zijn meteen van voor 2016, echter is het artikel van Besharov & Brickson wel in 2015 geschreven, maar pas in 2016 gepubliceerd en heb ik daarom besloten deze toch mee te nemen. Ik ben er gister trouwens achter gekomen hoe ik het bestuderen van de teksten moet aanpakken. En dat heb ik als volgt bedacht. Ik heb het idee dat het veel meer een soort van transcribeer/codeer proces is. Ik heb ben nu alle artikelen aan het samenvatten om een overzicht te creëren van wat de belangrijke punten zijn uit de verschillende artikelen. Hierin neem ik ook de punten mee die niet direct relevant zijn in mijn ogen, maar wellicht dat later wel worden. Wat ik wil uiteindelijk gaan categoriseren om naar een soort van framework toe te kunnen werken.

Iets belangrijks wat ik doe om zo min mogelijk biased te zijn is door echt op zoek te gaan naar wat de schrijver van het artikel belangrijk vindt. Vaak liggen die stukken in het begin of het einde van een alinea. Deze neem ik dan altijd mee en als het nodig is de uitleg van deze stukken.

Ik bedenk mij nu dat ik institutionele veranderingen als zoekterm heb gebruikt en dat dat gevolgen heeft. Ik had namelijk bijvoorbeeld ook überhaupt artikelen over veranderingen in de zorg kunnen gebruiken. Het is echter zo dat het scala aan het artikelen die ik dan tot mijn beschikking had gehad te groot was en dat ik daardoor moeilijk een meta-analyse kon maken. Het is belangrijk bij dergelijke onderzoeken om echt te operationaliseren.

6/5 – 11/5

De afgelopen dagen ben ik gewoon doorgedaan met het samenvatten van de artikelen, daar ben ik nu mee klaar en nu ga ik verder in mijn meta-analyse. Mijn gevoel zegt me dat ik een soort van coderingsproces moet opstarten, maar ik ga het eerst helemaal goed uitzoeken wat hiervoor methoden zijn en of ik het inderdaad kan gaan coderen in NVIVO.



11/5

Ik heb gevonden dat je volgens de methode van Noblit & Hare (1988) eerst moet bepalen op welke manier de artikelen met elkaar zijn verbonden. Een ding is zeker de artikelen zijn sowieso met elkaar verbonden vanwege mijn zoekstrategie. Mijn plan is nu om de samenvattingen te categoriseren. Dus weer opnieuw alles doorlezen en stukken tekst als categorie aanwijzen.

11/5 – 18/5

Dit heb ik elke dag gedaan. De artikelen lezen, begrijpen en aanvoelen waar de nadruk op ligt. Dit heb ik uitgebreid gedaan om ervoor te zorgen dat ik de bias zo min mogelijk meeneem. Uiteindelijk is het natuurlijk het idee om de concepten die gebruikt worden in elkaar te vertalen. Door mijn zoekstrategie werden er wel veel dezelfde concepten gebruikt maar je dan zie je toch een erg interessante trend hoe de context rondom institutionele theorie wordt omschreven. In elk artikel stond de institutionele theorie namelijk centraal, in alle gevallen was er een verandering binnen ziekenhuizen en bijna allemaal werden deze extern gereguleerd. Maar niet alle artikelen gebruikten exact dezelfde methoden en concepten om dit te verklaren. Dat wil niet zeggen dat deze concepten niet aan elkaar verbonden kunnen zijn. En dat lijkt mij het mooiste om te kunnen doen met deze meta-analyse. De rode lijn door alle artikelen is hetzelfde, doel is om deze goed en duidelijk neer te zetten. Maar het moeilijke en belangrijke is om de randvoorwaarden aan elkaar te verbinden zodat je een soort van net creëert waarin je met verschillende concepten aan de haal kan gaan om een verandering of reactie te verklaren. Ik zie deze methode van meta-analyse, namelijk meta-etnografie op de volgende manier. Etnografie in organisaties betekent dat je zelf plaatsneemt in de organisatie en hier ook echt ervaart hoe het is om te werken in de organisatie. De nadruk van etnografie ligt in mijn ogen wel op het plaatsnemen binnen/in/tussen je onderzoekomgeving. Mijn onderzoekomgeving is literatuur. Literatuur over een aantal concepten vanaf 2016. Dit is mijn onderzoekomgeving. Dus zo zie ik meta etnografie. Ik neem plaats in mijn omgeving, de literatuur.

19/5

Het idee van zo'n analyse is natuurlijk om de concepten in elkaar te vertalen. Noblit (2018) schrijft hier ook over dat het niet simpelweg de theorieën overhevelen is, maar echt begrijpen waar het om draait in artikelen en dit in elkaar te vertalen. Ik heb besloten, om ook een wat uitgebreidere analyse te kunnen opschrijven om dit gewoon per punt te doen. En daarmee bedoel ik bijvoorbeeld de terminologie 'instituten'. Dat is een term die wel in elk artikel wordt gebruikt, maar nergens precies hetzelfde. Ik zie dat als een apart verhaal en een logisch concept om dit dan te analyseren en op te schrijven. Zo gaat dat ook voor institutionele omgevingen, veel van de artikelen schrijven hierover en spitsen dit ook toe op de zorgsector, maar de context die geschept wordt, het verhaal dat men vertelt is constant anders. En dat is belangrijk in zo'n analyse in mijn ogen. Dus wat ik nu wil gaan doen is beginnen met schrijven. Te beginnen bij het eerste bevindingenhoofdstuk van de drie; het hoofdstuk over de institutionele theorie. Ik ga nu gewoon per onderwerp (uit mijn codeboom) alle referenties opnieuw lezen en beoordelen en interpreteren. Om vervolgens de verhaallijn te achterhalen.

26/5

De laatste dagen heb ik hard gewerkt aan het resultatenhoofdstuk en dit opgestuurd naar Maikel. Hij heeft mij daar gisteren feedback op gegeven. De wijze waarop ik zijn feedback heb geïnterpreteerd is dat nog meer boven de artikelen moet zweven. Nog meer één verhaal over wat al die artikelen schrijven. Daardoor ben ik nu uitgekomen bij een nieuwe structuur van mijn codeboom en daarmee resultatenhoofdstuk. De codeboom is nu opgedeeld in drie delen genaamd Macro, Meso en Micro. Dit is gekomen door een opmerking van Maikel. Ik had namelijk al een deel in mijn codeboom staan met betrekking tot deze termen, maar nog niet de link kunnen leggen naar het grotere geheel. Dat is ook belangrijk om als junior onderzoeker af en toe de juiste richting in geduwd te worden. Het kan namelijk erg lastig zijn om door de enorme veelheid aan tekst en informatie de precieze route duidelijk te hebben. Daar heeft Maikel mij wel bij geholpen. De aankomende periode staat in het teken van schrijven, schrijven en nog eens schrijven. Over drie weken moet ik mijn conceptversie inleveren dus dat wordt hard bikkelen, maar ik heb er vertrouwen in en ik heb er zin in!



27/5 – 10/6

De laatste weken heb ik keihard gewerkt aan mijn onderzoek. De methodologische keuzes waren voornamelijk al gemaakt en nu was het opschrijven van het onderzoek aan de hand van de codeboom (waar al mijn interpretatieve keuzes in waren verwerkt).

10/6 – 25/6

Deze periode heeft opnieuw in het teken gestaan van het werken aan mijn onderzoek. Helaas heb ik mij niet meer kunnen houden aan het schrijven van dit dagboek. Ik kwam er echter achter dat ik steeds beter doorhad wat ik precies moest doen en welke stappen ik moest ondernemen. Dit dagboek heeft mij met name in het begin geholpen om mijn gedachten te systematiseren en ook mijn methode beter te kunnen doorgronden. En dat is echt gelukt. Ik ben heel erg blij met het eindresultaat en trots op mijzelf dat ik deze methode heb weten toe te passen. Maar ook de hoeveelheid aan stof die ik heb gelezen en dat het mij toch is gelukt om dit uiteen te kunnen zetten. Dat was een flinke uitdaging, maar nogmaals: ik ben heel erg trots op het resultaat.

8.2. Bijlage 2: Codeboom

