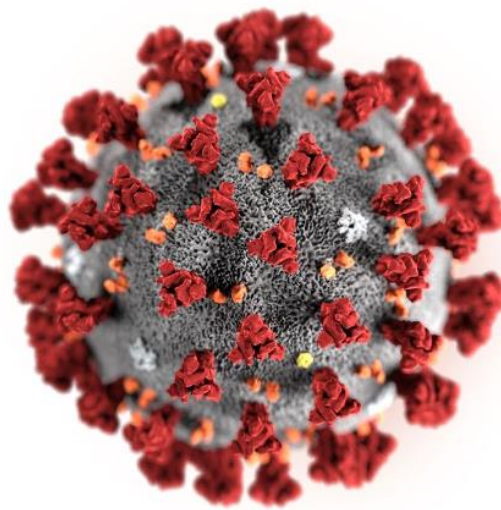




Universiteit
Leiden

Besluitvorming in Ziekenhuizen tijdens een Crisis

Een onderzoek naar verklaringen voor het al dan niet gebruiken van expert
adviezen bij de aanpak van COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen.



Auteur: H. A. Mulder (s2393891)
Begeleider: dr. V.E. Pattyn
Tweede lezer: dr. C.J.A. van Eijk
Datum: 14 augustus 2020

MSc Management van de Publieke Sector
Universiteit Leiden
Faculteit Governance and Global Affairs
Instituut Bestuurskunde

Inhoud

1	Inleiding.....	5
1.1	Aanleiding.....	5
1.1.1	Pandemie.....	5
1.1.2	Fysieke veiligheid.....	5
1.1.3	Betrokkenheid externe experts.....	5
1.2	Probleemstelling: expertadviezen worden soms niet opgevolgd	6
1.2.1	Verschillende expertorganisaties	6
1.2.2	De omgang met expertadviezen	6
1.3	Maatschappelijke relevantie	7
1.4	Wetenschappelijke relevantie.....	7
1.5	Leeswijzer	8
2	Theoretisch kader	9
2.1	Crisis	9
2.1.1	Definitie crisis	9
2.1.2	Volksgezondheids crisis	10
2.1.3	Sluimerende crisis.....	10
2.2	Complexiteit van besluiten in ziekenhuizen ten tijde van crisis.....	10
2.2.1	Besluiten tijdens crisis	10
2.2.2	Besluiten op basis van onzekerheden	11
2.3	Experts.....	11
2.3.1	Definitie experts	11
2.3.2	Besluiten op basis van experts	12
2.4	Het gebruik van ‘evidence’ tijdens het nemen van besluiten	12
2.4.1	Bounded rationality	12
2.5	Afhankelijke variabele	13
2.6	Onafhankelijke variabelen.....	14

2.6.1	Karakteristieken van de expert(organisaties).....	14
2.6.2	Organisatiestructuur van een ziekenhuis.....	17
2.6.3	Politieke belangen	18
2.6.4	Relatie tussen de experts en de ziekenhuizen	19
3	Methode	23
3.1	Onderzoeksontwerp.....	23
3.2	Onderzoekspopulatie	24
	De interviews.....	24
3.2.1	Documentenanalyse	28
3.3	Operationalisatie	29
3.4	Validiteit en betrouwbaarheid	30
4	Analyse	32
4.1	De besluiten in de COVID-19 crisis	32
4.2	Documentenanalyse.....	33
4.2.1	Opzetten crisisteam.....	33
4.2.2	Opschalen COVID-19-zorg	34
4.2.3	Opschalen (reguliere) poliklinische non-COVID zorg.....	34
4.2.4	Omscholen zorgpersoneel.....	35
4.2.5	Terugkoppeling naar de interviews	35
4.3	Afhankelijke variabele	36
4.4	Onafhankelijke variabelen.....	37
4.4.1	Karakteristieken van experts	38
4.4.2	De organisatiestructuur van een ziekenhuis	42
4.4.3	Politieke belangen	44
4.4.4	Relatie tussen ziekenhuizen en experts	46
4.5	Interviews met expertorganisaties.....	52
4.5.1	RIVM	52

4.5.2	ROAZ	52
4.5.3	Wetenschappelijke beroepsverenigingen	52
4.5.4	GGD/GHOR	53
4.6	Andere factoren	54
4.6.1	Organisatiestructuur.....	54
4.6.2	Samenwerkingen tussen ziekenhuizen.....	55
5.	Conclusie	57
5.1	Belangrijkste bevindingen	57
6.	Discussie	62
6.1	Praktische en theoretische implicaties	62
6.2	Beperkingen	62
6.3	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	63
Literatuur		64
Appendix		67
A	Interviews	67
A1	Interviewvragen ziekenhuizen.....	67
A2	Interviewvragen experts.....	68
A3	Codeboom	71

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

1.1.1 Pandemie

In december 2019 brak in de Chinese regio Wuhan het virus SARS-CoV-2 uit, ook wel bekend als het Coronavirus. Dit virus kan de ziekte COVID-19 veroorzaken (RIVM, 2020). Op 11 maart 2020 is COVID-19 uitgeroepen tot een pandemie, wat betekent dat de ziekte wereldwijd voorkomt. (NOS, 2020). Als gevolg van het kwalificeren van COVID-19 als een pandemie worden over de hele wereld, zoals ook in Nederland, maatregelen getroffen om verdere verspreiding van het virus tegen te gaan (RIVM, 2020). COVID-19 wordt anno 2020 door velen in Nederland geschouwd als een nationale crisis (Stegeman, 2020).

1.1.2 Fysieke veiligheid

Een nationale crisis wordt gedefinieerd als “een gebeurtenis waarbij de nationale veiligheid (...) in het geding is doordat één of meerdere vitale belangen worden aangetast en waarbij de reguliere structuren en/of middelen niet toereikend zijn om de stabiliteit te handhaven” (NCTV 2009: 3 in van Eijk et al. 2013, p. 9). Onder vitale belangen worden de territoriale, economische, ecologische, fysieke veiligheid en sociale en politieke stabiliteit verstaan. Fysieke veiligheid wordt omschreven als “het ongestoord functioneren van de mens in Nederland en zijn omgeving” (van Eijk et al. 2013, p. 17). In het geval van COVID-19 wordt door dit virus en de huidige maatregelen onder andere de fysieke veiligheid van Nederlanders aangetast en kan men aldus spreken van een crisissituatie. Daarnaast komt de economische veiligheid door de getroffen maatregelen van de Nederlandse overheid in het geding, daar Nederland onder andere door de ‘thuisquarantaine’ niet langer meer in staat is ongestoord te functioneren als een efficiënte en effectieve economie (van Eijk et al. 2013). Op 21 april 2020 zei Minister-president Rutte hierover het volgende: “de COVID-19 crisis is een van de grootste, meest ingrijpende en meest bedreigende periodes die ieder van ons ooit zal meemaken. Hoe groot en hoe ingrijpend precies zullen we alleen met elkaar achteraf weten” (Rutte, 2020 in Ministerie van Algemene Zaken, 2020).

1.1.3 Betrokkenheid externe experts

Uit onderzoek van Van Eijk et al. (2013) blijkt dat de samenleving verwacht dat een crisis door de overheid ‘beheerst’ blijft, of nog liever wordt voorkomen. Om zo een crisis het hoofd te kunnen bieden worden er vaak externe experts betrokken bij de besluitvorming om specialistische kennis te bieden. Hierdoor wordt geprobeerd inzicht te krijgen in de aard en de achtergrond van de crisis en wordt er advies gegeven over hoe er moet worden gereageerd in deze crisissituatie. Welke experts in

crisissituaties wel en niet tot de ‘externe’ groep experts worden gerekend is vaak een grijs gebied. “Er bestaat nog geen eenduidig beeld over de grens tussen partijen die als ‘intern’ of als ‘extern’ moeten worden beschouwd” (van Eijk et al. 2013, p. 24). Betrokken experts kunnen variëren van wetenschappelijke adviseurs, communicatieadviseurs, besluitvormingsdeskundigen of experts op het gebied van andere specifieke gebieden.

1.2 Probleemstelling: expertadviezen worden soms niet opgevolgd

1.2.1 Verschillende expertorganisaties

Omdat er aan het begin van de COVID-19 crisis veel druk kwam te liggen op de ziekenhuizen en de volksgezondheid in het geding kwam is er in dit onderzoek voor gekozen om de focus te leggen op het waarborgen van de fysieke veiligheid als vitaal belang en de COVID-19 crisis te beschouwen als een volksgezondheids crisis. In het geval van de COVID-19 crisis worden er ook verschillende expertorganisaties ingezet om de verschillende vitale belangen te waarborgen. Zo vragen Nederlandse ziekenhuizen bijvoorbeeld om hulp bij het waarborgen van de fysieke veiligheid en zijn er landelijke experts, als het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), de wetenschappelijke beroepsverenigingen en overkoepelende ziekenhuisorganisaties (e.g. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Vereniging voor Intensive Care) die Nederlandse ziekenhuizen adviseren over de manier waarop zij om kunnen gaan met de COVID-19 crisis en welke besluiten er genomen moeten worden (RIVM, 2020).

1.2.2 De omgang met expertadviezen

In de COVID-19 crisis spelen er medisch gerelateerde kwesties zoals wat er gebeurt met patiënten die niet lijden aan het COVID-19 virus, maar wel medische hulp nodig hebben. Niet-corona patiënten moesten aan het begin van de COVID-19 crisis thuisblijven in afwachting van het moment waarop zij weer behandeld konden worden, terwijl er in de tussentijd op andere plaatsen in Nederland wellicht plaats was om deze patiënten op te vangen (NVIC, 2020). Experts, zoals de eerdergenoemde Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, signaleerden aan het begin van de COVID-19 crisis dat het aantal ic-bedden een probleem zou gaan worden (Mebius, 2020). Zij adviseerden de ziekenhuizen om deze reden bedden te reserveren voor patiënten uit andere delen van Nederland. Ondanks dit dringende advies voor ziekenhuizen om elkaar te helpen in die situatie, was er gedurende de COVID-19 crisis ook sprake van ziekenhuizen die besloten om geen patiënten van andere ziekenhuizen over te nemen (Effting & de Graaf, 2020).

De bovenstaande feiten en overwegingen brengen mij tot de volgende **centrale onderzoeksvraag**:

Hoe kan het al niet dan niet gebruiken van expertadviezen worden verklaard in Nederlandse ziekenhuizen tijdens COVID-19?

1.3 Maatschappelijke relevantie

In verscheidene onderzoeken naar crises uit het verleden komt naar voren dat er verschillende soorten experts betrokken zijn bij de besluitvorming omtrent de aanpak van crises en dat de rol van experts cruciaal is bij deze besluitvorming, zoals bij de uitbraak van *Klebsiella* in 2011 in het Maasstad Ziekenhuis, de asbestvondst in Kanaleneiland en de Mexicaanse griep (van Eijk et al. 2013). COVID-19 heeft een belangrijke maatschappelijke impact en een adequate aanpak voor de fysieke veiligheid is dan ook van cruciaal belang (Kruse et al. 2020). Nederlandse ziekenhuizen dienen goed voorbereid te zijn op een eventuele volgende gezondheidscrisis omdat dat de patiëntveiligheid verbetert en ziekenhuizen onnodige onrust en kosten kan besparen (Timen en van Dissel, 2016). Wanneer in een later stadium van de crisis een inschatting kan worden gemaakt wat het effect is geweest van de in ziekenhuizen genomen besluiten, is het ook van belang inzicht te verkrijgen in de omstandigheden onder welke een beroep werd gedaan op expert advies.

1.4 Wetenschappelijke relevantie

Er zijn reeds onderzoeken gedaan naar de betrokkenheid van experts in crisissituaties (van Eijk et al. 2013). In het onderzoek van Van Eijk et al. (2013) wordt op overheidsniveau de rol van experts in het besluitvormingsproces geanalyseerd van verschillende crisissituaties uit het verleden. Ook is er onderzoek gedaan naar de 'best practices' en de 'psychosociale uitdagingen' van crisismanagement en de betrokkenheid van experts hierin (Dückers et al. 2016; Coombs, 2007). Verder is er onderzoek gedaan naar afzonderlijke pandemieën of gezondheidscrises en bestaat er onderzoek naar de risico's en onzekerheden die COVID-19 met zich mee heeft gebracht. (Brown, 2020).

Er is echter weinig specifiek geschreven over het wel of niet gebruik maken van experts bij het nemen van besluiten gedurende crisissituaties specifiek in ziekenhuizen. Tevens wordt er in het artikel van Broekema et al. (2018) een suggestie voor toekomstig onderzoek gegeven. Zij adviseren om in vervolgonderzoek de rol van experts te onderzoeken in een andere institutionele context dan de overheid, zodat kan worden nagegaan of de betrokkenheid van experts anders werkt binnen publieke systemen met een andere crisismanagement structuur. Dit gegeven biedt een interessante opening voor het onderzoek in deze scriptie, specifiek gericht op ziekenhuizen.

In het artikel van Westra en Tietschert (2020) worden een aantal lessen benoemd die de zorgsector kán en móét leren van de COVID-19-crisis. Zo beargumenteren zij dat de primaire waarde van management binnen zorgorganisaties tijdens een crisis als COVID-19, zit in het stellen van randvoorwaarden waarbinnen zorgprofessionals zo goed en zo veel mogelijk patiënten kunnen helpen. In dit artikel wordt er niet specifiek ingegaan op de rol van experts in deze manier van managementvoering. Het zou daarom interessant kunnen zijn om te onderzoeken hoe het gebruik van experts een invloed heeft in het opstellen van deze randvoorwaarden en het begeleiden en adviseren in de uitwerking.

Verder is het interessant om een focus te leggen op Nederland als het gaat om de invloed van experts op besluitvorming. In het onderzoek van Van den Berg (2017) naar het Nederlandse beleidsadviseringssysteem wordt ook Nederland als focus regio gekozen vanwege de sterke tradities in consensuele en maximale meerderheidsbeleidsvorming die heerst in Nederland. Het Nederlandse systeem staat bekend om het op hoog niveau leveren van inhoudelijke expertise (rationalisatie) en de representatie van verschillende maatschappelijke groepen (legitimering).

Indachtig het bovenstaande zal dit onderzoek zich richten op het al dan niet gebruik van experts bij het nemen van besluiten omtrent de aanpak van COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen. Dit onderzoek kan zo mogelijk een bijdrage leveren aan het onderzoek naar de genomen besluiten omtrent de COVID-19 problematiek in Nederlandse ziekenhuizen.

1.5 Leeswijzer

Deze scriptie is opgebouwd uit zes hoofdstukken. Na deze inleiding zal in hoofdstuk twee een theoretisch kader gegeven worden. In dit kader zullen verschillende relevante concepten worden beschreven en zullen de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabelen uiteen worden gezet. In hoofdstuk drie worden de methoden van het onderzoek beschreven. De onderzoeksofzet, maar ook de onderzoekspopulatie en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden uiteengezet. In het vierde hoofdstuk worden de bevindingen uit de interviews gepresenteerd en wordt de data geanalyseerd. Uiteindelijk wordt er onderzocht of de resultaten van de interviews overeenkomen met de verwachtingen uit het theoretisch kader. Hoofdstuk vijf is een concluderend hoofdstuk waarin de verschillende bevindingen van de scriptie uiteen worden gezet en er een terugkoppeling wordt gemaakt met de hypothesen. In slothoofdstuk zes worden de beperkingen van het onderzoek besproken en worden er aanbevelingen gedaan voor eventueel vervolgonderzoek.

2 Theoretisch kader

Het theoretisch kader van deze scriptie is opgebouwd uit zes paragrafen. In de eerste vier hoofdstukken zal overzicht worden gegeven van relevante literatuur, welke ingaat op de literatuur die er al beschikbaar is over crises, experts, besluiten in ziekenhuizen ten tijde van crisis en besluiten die genomen wordt op basis van 'evidence' of niet. In de vijfde paragraaf wordt de afhankelijke variabele beschreven en in de zesde paragraaf de vier categorieën van onafhankelijke variabelen met bijbehorende factoren en sub factoren.

2.1 Crisis

2.1.1 Definitie crisis

In verschillende onderzoeken worden er gelijksoortige definities gegeven aan het begrip 'crisis'. Zo definieert Coombs (2007) een crisis als "significante dreigingen voor operaties die negatieve gevolgen kunnen hebben als ze niet goed worden aangepakt". Ook van Fearn-Banks (1996) stelt dat een crisis potentieel slecht kan aflopen, maar dat 'het tij' ook nog gekeerd kan worden. Dit is anders bij een ramp, waarin er per definitie een slechte afloop is. (Fearn-Banks 1996 in van Eijk et al. 2013).

Van Eijk et al. (2013) definiëren een crisis als "een situatie waarbij de perceptie bestaat dat (a) een incident vitale belangen in de samenleving bedreigt, dat (b) niet beheerst kan worden door reguliere structuren en waarin (c) besluiten genomen moeten worden onder tijdsdruk, ambivalentie en onzekerheid" (p. 9). Zoals in het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming ook wordt uitgelegd, wordt er doorgaans gesproken van een nationale crisis wanneer één van de vitale belangen van de Nederlandse samenleving in het geding is (Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid, 2009). In de inleiding van deze scriptie is reeds vermeld dat er in het geval van COVID-19 in het bijzonder sprake is van bedreiging van de fysieke veiligheid. Fysieke veiligheid wordt hier gedefinieerd als "het ongestoord functioneren van de mens in Nederland en zijn omgeving" (Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid, 2009, p. 13). De vitale belangen kunnen echter niet los van elkaar worden gezien volgens de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). Er is vaak sprake van een nauwe samenhang tussen de afzonderlijke vitale belangen (2009, p. 13).

Gebaseerd op de hierboven genoemde verschillende definities wordt in dit onderzoek een crisis gedefinieerd als 'een situatie waarbij de perceptie bestaat dat (a) een incident vitale belangen in de samenleving bedreigt, dat (b) niet beheerst kan worden door reguliere structuren en waarin (c) besluiten genomen moeten worden onder tijdsdruk, ambivalentie en onzekerheid, met een

potentiele slechte afloop'. De onzekerheid die tijdens een crisis speelt kan volgens van Eijk et al. (2013) gereduceerd worden wanneer er betekenis wordt gegeven aan gepresenteerde feiten over de crisis. Experts kunnen invloed hebben op deze beeldvorming en betekenisgeving van de COVID-19 crisis (Bos & Jong, 2009, in van Eijk et al. 2013).

2.1.2 Volksgezondheids crisis

In het onderzoek van Van Eijk et al. (2013) wordt er een onderscheid gemaakt in verschillende voorkomende crises. Een mogelijke manier om crises in te delen is door te kijken naar de inhoudelijke aard en achtergrond van de crisis. Eén van de crisistypen is een volksgezondheids crisis. Een volksgezondheids crisis betreft een crisis waarbij de volksgezondheid in het geding is (e.g. uitbraak van epidemieën en gebeurtenissen met gevaarlijke stoffen) (p. 9). COVID-19 is op 11 maart 2020 uitgeroepen tot een pandemie en kan daarom worden geschaard onder een volksgezondheids crisis (NOS, 2020).

2.1.3 Sluimerende crisis

Een andere manier waarop verschillende crises van elkaar kunnen worden onderscheiden is op basis van het tijdsverloop van de crisis. Zo bestaan er snel brandende, traag brandende, cathartische en sluimerende crises (Van Eijk et al. 2013). De sluimerende crisis wordt gekenmerkt door de geleidelijke opbouw, waarbij steeds meer mensen zullen beseffen dat er iets bijzonders aan de hand is en waarbij het kritieke punt van de crisis vaak moeilijk te voorspellen is ('t Hart, in Klarenbeek, 2012, p. 46). Volgens Kees Boersma, universitair hoofddocent van de VU aan de faculteit sociale wetenschappen en expert in rampenbestrijding, is dit bij de COVID-19 crisis ook het geval. Hij onderscheidt in een artikel in het Parool twee soorten rampen: een flitsramp (zoals een orkaan of een aardbeving) en een sluimerende crisis. De COVID-19 crisis schaaft hij onder een sluimerende crisis. Ook bij deze crisis waren mensen zich eerst nog niet zo bewust van de ernst van de situatie. Er werd zelfs een beetje lacherig over gedaan (Duin, 2020). Pas later begon men het serieuzer te nemen. Daarnaast kon men de uiteindelijke piek van de crisis niet voorspellen (Keulemans, 2020).

2.2 Complexiteit van besluiten in ziekenhuizen ten tijde van crisis

2.2.1 Besluiten tijdens crisis

De COVID-19 crisis leidt tot een onzekere tijd voor ziekenhuizen (Neureiter, 2020). Besluitvormers in ziekenhuizen hebben de taak om een crisis te managen en dienen besluiten te nemen onder complexe omstandigheden, die verregaande gevolgen kunnen hebben voor de samenleving. Het is typerend voor een crisissituatie dat er onzekerheid bestaat over wat er is gebeurd, hoe dat komt en wat er nog kan gebeuren (Broekema et al. 2018). Besluitvormers in ziekenhuizen zijn

verantwoordelijk voor het sturen, inrichten, afstemmen en aanpassen van de organisatie en de wisselwerking tussen interne en externe organisatorische processen (Van Deemen, 2006). Het concept besluitvorming wordt verder gedefinieerd als “het proces van interactie tussen partijen om te komen tot een beslissing” (WRR, 1994 in Van der Pennen, 2016, p. 27). “Het concept ‘besluiten’ kan worden beschouwd als een min of meer geformaliseerde “*commitment to action*”, als geformaliseerde handelingsintenties, waarin de besluiten de resultante zijn van de besluitvorming die zich over de tijd heen voltrekt, en dus als processen kunnen worden beschouwd” (Noordegraaf, 2009, p. 3). Verder stelt Noordegraaf (2009) dat actoren of ‘stakeholders’ dit proces dragen. De actoren kunnen individuen zijn, maar ook samengestelde groepen, organisaties, of delen van organisaties.

2.2.2 Besluiten op basis van onzekerheden

In een webinar stelt Ken Campbell dat ziekenhuizen zich bewust worden van onzekerheden, informatiekloven, beperkingen en nuances die gepaard gaan met de COVID-19 crisis. Volgens hem is het de rol van de besluitvormers in ziekenhuizen om deze onzekerheid te managen en de risico's af te wegen door juiste besluiten te nemen namens de patiënten, staf en het gehele gezondheidszorgsysteem (Campbell, 2020). Dit is niet gemakkelijk. Besluitvormers missen tijdens een crisis vaak relevante ervaring en betrouwbare kennis en informatie. Daarnaast wordt de beschikbare informatie vaak vertroebeld door subjectieve en vooringenomen input van anderen en kan er politisering ontstaan door politieke belangen vanuit de overheid die meespelen. Ondanks dit wordt er van besluitnemers in ziekenhuizen verwacht dat zij besluiten nemen in crisissituaties. Door dit gebrek aan heldere en juiste informatie en door eventuele publieke of politieke belangen is het moeilijk voor ziekenhuizen om alternatieve besluiten te beoordelen en de gevolgen van deze besluiten te kunnen voorspellen (Broekema et al. 2018, p. 21).

Gegeven deze onzekerheden zijn besluitvormers geneigd de meest strenge maatregelen te treffen. Zelfs bij gebrek aan bewijs of met overwegend negatief bewijs zal men bepaalde maatregelen implementeren als daar mogelijke voordelen uit te behalen lijken. Deze manier van redeneren negeert echter de mogelijke nadelige gevolgen (Ioannidis, 2020).

2.3 Experts

2.3.1 Definitie experts

Het concept ‘experts’ wordt door van Eijk et al. (2013) gedefinieerd als iemand met specifieke kennis op een bepaald gebied. Door hun ervaring en kennis zijn experts in staat effectief te handelen in uitzonderlijke of complexe situaties. Uiteindelijk verwerven experts door hun vaardigheden,

eigenschappen en kennis een bepaalde vorm van autoriteit. Ook in het artikel van Broekema et al. (2018) worden experts gedefinieerd. Dit keer op basis van drie eigenschappen. De eerste eigenschap is dat experts gespecialiseerde kennis en/of vaardigheden hebben in een specifiek veld of gebied. Ten tweede worden experts beschouwd als een professionele community en als laatste hebben experts een bepaalde autoriteit die ontstaat uit hun expertise. Het externe element van de ‘externe experts’ verwijst naar de mate waarin de experts een integraal onderdeel zijn van de crisismanagement structuur. Welke actoren tot dit integrale onderdeel behoren en welke regelmatig (en soms formeel) betrokken zijn, wordt beschreven in crisisplannen en varieert per crisis (Broekema et al. 2018).

2.3.2 Besluiten op basis van experts

Tijdens de COVID-19 crisis worden overheidsbesluiten genomen op basis van de informatie van experts. Zo zijn de maatregelen die tot nu toe door de overheid zijn opgelegd tijdens de COVID-19 crisis voornamelijk gebaseerd op uitspraken en onderzoek van het RIVM. Jaap van Dissel, directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM, laat in een interview met de Volkskrant weten dat het RIVM een regieorganisatie is. Zij brengen de expertise uit de wetenschap bijeen en worden geacht op basis van de wetenschap advies te geven (Keulemans, 2020a). Het RIVM stelt ook adviezen op voor professionele organisaties zoals ziekenhuizen (RIVM, z.d.). Er zijn protocollen voor zorgmedewerkers na contact met een bevestigde patiënt met COVID-19 en adviezen voor het herverwerken van medische materialen en kwaliteitsbeoordelingen voor beschermingsmiddelen (RIVM (2), z.d.)

2.4 Het gebruik van ‘evidence’ tijdens het nemen van besluiten

Omdat er nog niet veel wetenschappelijk bewijs is over COVID-19 bestaan er in Nederland verschillende meningen omtrent COVID-19, en spreken verschillende deskundigen elkaar soms tegen met betrekking tot de genomen maatregelen. Dat er (nog) geen wetenschappelijke consensus is blijkt ook uit het feit dat er verschillende *peer-reviewed* artikelen over COVID-19 zijn geschreven die later weerlegd zijn (Ioannidis, 2020).

2.4.1 Bounded rationality

Cairney en Oliver (2017) spreken in hun artikel over ‘*bounded rationality*’. Zij laten zien dat de meeste beleidsmakers beperkt worden door ‘*bounded rationality*’ en dat zij tegelijkertijd hun macht moeten delen met veel actoren in complexe beleidsvormingssystemen. Peirce (2004) legt in haar artikel uit dat ook besluitvormers in ziekenhuizen hiermee te maken krijgen. ‘*Bounded rationality*’ houdt voor een deel verband met het feit dat beleidsmakers niet de mogelijkheid hebben om alle

relevante kennis voor de beleidsproblemen in een crisis te verzamelen en te analyseren. “In plaats daarvan gebruiken ze twee snelkoppelingen: rationeel; duidelijke doelen nastreven en prioriteit geven aan bepaalde informatiebronnen, en irrationeel; gebruikmakend van emoties, onderbuikgevoelens, overtuigingen en gewoonten om snel beslissingen te nemen” (Cairney & Oliver, 2017, p. 3). Op deze manier richt men zich al gauw op de eerste, de beste optie. De problemen waar onzekerheid over bestaat en waar onvoldoende informatie over beschikbaar is worden geïdentificeerd. Om deze problemen op te lossen wordt geprobeerd bewijs te prioriteren en de informatievoorziening richting besluitvormers te verbeteren. Bewijs voor bepaalde maatregelen ontbreekt echter in het geval van de COVID-19 crisis (Ioannidis, 2020, p. 6).

Pierce (2004) stelt dat het belangrijk is om in acht te nemen dat experts ook een rol kunnen spelen in dit gebrek aan kennis of informatie, door hun eigen kennis en informatie mee te nemen in de adviezen. Omdat besluitvormers door een gebrek aan kennis en informatie vaak eerder handelen naar alles wat een kans van slagen heeft, kan men verwachten dat besluitvormers relatief afhankelijker wordt van experts ten tijde van een crisis dan tijdens ‘reguliere’ besluitvorming, omdat alle adviezen welkom zijn (van Eijk et al., 2013, p. 2). Eén van deze expertorganisaties is de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Echter, zij voegen aan hun advies aan de ziekenhuizen een disclaimer toe waarin staat dat de adviezen ook hier waar mogelijk gebaseerd zijn op richtlijnen en literatuur, maar dat er soms ook ‘experience’ of ‘opinion-based’ aan te pas is gekomen (NIVIC, 2020).

2.5 Afhankelijke variabele

De enige afhankelijke variabele in dit onderzoek is het al dan niet gebruiken van expertadviezen bij besluiten omtrent COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen. Er zijn momenten geweest in de COVID-19 crisis dat de adviezen van experts niet zijn gebruikt. Ook is het voorgekomen dat er adviezen van bepaalde expertgroepen zijn verkozen boven anderen. Expert organisaties zitten met hun advies niet altijd op één lijn, wat maakt dat zij verschillende oplossingen kunnen bieden en verschillende meningen kunnen vormen over het probleem (Van Eijk et al. 2013).

Begin maart werd er een advies van het RIVM en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) vastgesteld waarin geadviseerd werd om ziekenhuispersoneel uitsluitend bij klachten thuis te laten (Sevil, 2020). Echter, in de praktijk bleek dat er een verschil in aanpak was tussen het Amphia Ziekenhuis in Breda en het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) in Den Bosch. Zo werden medewerkers uit het Amphia Ziekenhuis uit voorzorg naar huis gestuurd als zij in direct contact waren gekomen met een besmette collega. Daarentegen, werkten in het JBZ-medewerkers gewoon door wanneer zij in contact waren gekomen met een besmette collega. Daar lag de verantwoordelijkheid bij de medewerkers zelf om hun eigen gezondheid te monitoren.

2.6 Onafhankelijke variabelen

Er zijn vier categorieën van onafhankelijke variabelen die onderzocht worden in deze scriptie. Onafhankelijke variabelen zijn erop gericht om de afhankelijke variabele in dit onderzoek uit te kunnen leggen: het al niet gebruiken van de adviezen van experts in Nederlandse Ziekenhuizen tijdens de COVID-19 crisis.

De vier categorieën van onafhankelijke variabelen zijn gerelateerd aan expertorganisaties en/of ziekenhuizen:

- Karakteristieken van expert(organisaties)
- Organisatiestructuur van een ziekenhuis
- Politieke belangen
- Relatie tussen experts en ziekenhuizen.

Deze concepten zijn gekozen omdat deze in de literatuur worden beschouwd als factoren die bevorderlijk, dan wel belemmerend kunnen werken ten aanzien van het gebruik van expert adviezen bij het maken van besluiten in ziekenhuizen tijdens een crisis. Zodoende zouden deze variabelen ook het al dan niet gebruiken van expert adviezen in ziekenhuizen tijdens de COVID-19 crisis kunnen verklaren. Het is belangrijk om hierbij te vermelden dat er nog andere variabelen invloed kunnen hebben op het al dan niet gebruiken van expert adviezen in Nederlandse ziekenhuizen. Om echter een reëel en uitvoerbaar onderzoek uit te kunnen voeren zijn er vier categorieën van onafhankelijke variabelen gekozen die geanalyseerd zullen worden. Deze vier categorieën van onafhankelijke variabelen kunnen nog worden opgesplitst in verschillende factoren.

Deze vier categorieën variabelen zijn gekozen omdat de variabelen zowel factoren beschrijven die betrekking hebben op de experts als factoren die betrekking hebben op ziekenhuizen. In de volgende paragrafen worden de verschillende onafhankelijke variabele uiteengezet en worden bijbehorende factoren genoemd die het al dan niet gebruiken van expert adviezen zouden kunnen verklaren. Onder elke factor of subfactor zal een hypothese worden geformuleerd.

2.6.1 Karakteristieken van de expert(organisaties)

Er zijn bepaalde karakteristieken van expert(organisaties) die bepalend kunnen zijn voor het al dan niet gebruiken van de adviezen van experts in Nederlandse ziekenhuizen tijdens de COVID-19 crisis. De 'karakteristieken van de expert(organisaties)' wordt in dit onderzoek dan ook beschouwd als een overkoepelend concept van verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op het al dan niet gebruiken van expertadviezen. Deze verschillende factoren zijn achtereenvolgens; het

(advies)rapport van de expertorganisaties, de organisatiestructuur van de expertorganisatie en de autoriteit van expertorganisaties. Deze factoren zullen hieronder nader worden toegelicht.

Rapport

- Overeenkomstige informatie

Van Eijk et al. (2013) leggen in hun onderzoek uit dat wanneer experts betrokken worden bij (crisis)besluitvorming of communicatie er sprake is van een bepaalde vorm van kennisintegratie. Volgens hen gaat het erom dat de kennis en ervaringen van experts zullen integreren in de besluitvormende organisatie en dat dat uiteindelijk tot gezamenlijke besluiten of acties zal leiden (Mengis (2007) in van Eijk et al. 2013). Als het gaat over de inhoud van het advies zijn besluitvormers vaak eerder geneigd die informatie te volgen die overeenkomt met de ideeën die zij zelf al hebben bedacht (van Eijk et al. 2013). Het is volgens van Eijk et al. daarom belangrijk dat de inhoud van het advies afgestemd wordt tussen de besluitvormer en de expert om de kans te vergroten dat het advies gebruikt wordt (van Eijk et al. 2013). Peirce (2004) voegt daar in haar artikel nog iets aan toe. Zij stelt dat een diversiteit aan meningen ervoor helpt te zorgen dat alle relevante aspecten van de situatie in aanmerking kunnen komen. Het is vaak makkelijk voor een gelijkgestemde groep mensen om een beslissing te nemen zonder rekening te houden met tegengestelde standpunten (p. 5). Dat dit makkelijker is sluit aan bij het idee dat besluitvormers eerder geneigd zijn deze adviezen te gebruiken waar zij het er op voorhand al mee eens zijn. Het is daarom interessant om in deze scriptie te achterhalen of de bevindingen uit bovengenoemde onderzoeken ook van toepassing zijn op de gemaakte besluiten in Nederlandse ziekenhuizen gedurende de COVID-19 crisis.

Hypothese: Wanneer de informatie in het adviesrapport van de expertorganisatie overeenkomt met de informatie en de ideeën van de besluitvormer in ziekenhuizen zal de besluitvormer eerder geneigd zijn de adviezen te gebruiken.

- Jargon

Experts kunnen in hun adviesrapporten vakjargon of technische termen gebruiken. Wanneer deze adviesrapporten gecommuniceerd worden naar een breder publiek zal dit soms 'vertaald' moeten worden naar een heldere en begrijpelijke boodschap (van Eijk et al. 2013). Wanneer experts een onbegrijpelijk jargon gebruiken bestaat er een kans dat experts en besluitvormers elkaar niet goed begrijpen. Het is daarom belangrijk om dit te ondervangen door goede communicatie, waardoor er een 'gezamenlijk kader' gecreëerd kan worden, wat voor zowel de besluitvormer als de expert begrijpelijk is (van Eijk et al. 2013). In dit onderzoek zal achterhaald worden of het jargon wat gebruikt wordt in adviesrapporten omtrent COVID-19 ook begrijpelijk is voor de besluitvormers in

ziekenhuizen. Wanneer dit het geval is zal de kans dat besluitvormers in ziekenhuizen de adviezen van experts ook daadwerkelijk gebruiken, groter zijn.

Hypothese: Door het gebruik van een begrijpelijk jargon voor de besluitvormers in het adviesrapport, zullen besluitvormers eerder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken.

Autoriteit

- Expertise

Bij de aanvang van de COVID-19 crisis zijn er verschillende adviesrapporten opgesteld door verschillende experts omtrent COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. Broekema et al. (2018) stellen in hun onderzoek dat de adviezen van expertorganisaties tijdens een crisis veelal gebaseerd zijn op eerdere ervaringen en specifieke kennis (Broekema et al. 2018). De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) heeft begin april een adviesrapport opgesteld omtrent de beademing van COVID-19 patiënten. Zij stelden in hun rapport: “De adviezen gegeven in dit document zijn gebaseerd op beschrijvingen van de respiratoire fysiologie van deze patiënten en dus vooral “expert opinion”. Het document is niet opgesteld volgens zogenaamde criteria van “evidence based medicine”. De belangrijkste reden hiervoor is dat er weinig studies verricht zijn bij beademde COVID-patiënten en ook de tijd niet beschikbaar is om een zeer uitgebreid document samen te stellen” (Heunks et al., 2020, p. 1). De meeste rapporten omtrent de COVID-19 besluiten in ziekenhuizen zijn gemaakt op basis van ervaring en niet altijd op basis van specifieke kennis van COVID-19. Broekema et al. (2018) veronderstellen dat door de inhoudelijke kennis van experts, experts in staat zijn informatie snel en effectief te doorgronden. Dit helpt volgens Broekema et al. bij aan het reduceren van de onzekerheid in een complex beleidsproces tijdens een crisis (2018, p. 14). Bij een gebrek aan kennis, is het interessant om te onderzoeken wat experts voor effect hebben op deze onzekerheid in het beleidsproces en of dit dus uiteindelijk invloed heeft op het al dan niet gebruiken van expertadviezen.

Hypothese: Wanneer experts inhoudelijke kennis en ervaring over COVID-19 bezitten zullen besluitvormers eerder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken.

- Uitstralen van autoriteit

Van der Pennen (2016) beschrijft in zijn onderzoek dat de Nederlandse ziekenhuizen tal van ontwikkelingen en uitdagingen te wachten staan en dat deze zaken vragen om besluitvorming. Het is belangrijk dat bij het maken van bepaalde besluiten alle betrokken partijen deze besluiten als legitiem bestempelen (p. 243). Hetzelfde geldt tijdens een crisis. Tijdens een crisis worden bepaalde

besluiten genomen om de crisis te kunnen 'beheersen'. Volgens van Eijk et al. (2013) zijn experts in staat bij te dragen aan de stabiliteit en legitimering van de crisisbeheersing door hun eigenschappen, vaardigheden en kennis. Door deze eigenschappen, vaardigheden en kennis kunnen experts een bepaalde vorm van autoriteit uitstralen (p. 13). "Wanneer een besluitvormer bouwt op de kennis en inzichten van een expert kan dat vertrouwen uitstralen en zorgen voor een gefundeerd en legitiem besluit..." (van Eijk et al. 2013, p. 24). Besluitvormers zullen hierdoor wellicht eerder geneigd zijn expertadviezen te volgen wanneer de expertorganisaties autoriteit uitstralen. In dit onderzoek zal onderzocht worden welke expertorganisaties autoriteit uitstralen tijdens de COVID-19 crisis en of de besluitvormers hierdoor ook eerder geneigd zijn deze adviezen op te volgen dan de adviezen van expertorganisaties die minder autoriteit uitstralen.

Hypothese: Besluitvormers zullen eerder geneigd zijn de adviezen te volgen van expertorganisaties die autoriteit uitstralen dan expertorganisaties die dat minder doen.

2.6.2 Organisatiestructuur van een ziekenhuis

De organisatiestructuur van een ziekenhuis zou invloed kunnen hebben op het al dan niet gebruiken van expertadviezen omtrent COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. De organisatiestructuur van een ziekenhuis bestaat uit twee sub-factoren, te noemen; de betrokkenheid van experts in het besluitvormingsproces en de interne kennis omtrent COVID-19 in een ziekenhuis.

- Betrokkenheid van experts

Ziekenhuizen bestaan uit veel verschillende complexe structuren. Van Deemen (2016) stelt in zijn onderzoek dat in de bedrijfs- en organisatiwetenschap nauwelijks rekening gehouden wordt met de organisatorische context van besluitvorming. Te vaak worden organisaties gezien als een monoliet en wordt de wisselwerking tussen de structuur van de organisatie en de besluitvorming genegeerd. Dit is kwalijk volgens van Deemen omdat de structuur een rol speelt in besluitvormingsprocessen (2016). Zo zijn er verschillende beleidsvoorbereidende, maar ook beleidsuitvoerende commissies in ziekenhuizen. Soms vervullen deze commissies een adviserende rol en soms een meer formele beleidsvormende rol. Het is in ziekenhuizen echter vaak onduidelijk wie de opdrachtgever van een commissie is, wie welke verantwoordelijkheden heeft en aan wie en hoe er gerapporteerd moet worden. Ook is de samenhang tussen de verschillende commissies in de meeste ziekenhuizen onduidelijk (Weggelaar-Jansen et al. 2015). In het onderzoek van Van der Pennen (2016) wordt nog geen aandacht besteed aan de rol van experts in het bestuurlijke systeem van ziekenhuizen. In het onderzoek van Van Eijk et al. (2013) wordt wel uitgebreid de positie van de expert ten opzichte van de bestuurlijke en operationele kern van de crisisbeheersingsorganisatie besproken (p. 75). Zij stellen

in hun onderzoek dat er een duidelijke structuur moet worden opgesteld ten aanzien van de betrokkenheid van experts, waarin duidelijk de rollen en verantwoordelijkheden beschreven worden (van Eijk et al. 2013). Verder benoemen zij dat het effectief lijkt om de coördinerende rol als crisisorganisatie zelf in de hand te houden en externen niet volledig zelf te laten besluiten. Tot slot geven zij als advies gebruik te maken van de inzichten van experts, maar de experts niet te betrekken bij de daadwerkelijke besluitvorming. Hoe deze organisatiestructuur er in ziekenhuizen tijdens de COVID-19 crisis uitziet en wat de betrokkenheid is van experts is nog onbekend. Het is daarom interessant om te onderzoeken of experts bij de besluiten omtrent COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen ook betrokken zijn bij de daadwerkelijke besluitvorming.

Hypothese: Wanneer experts niet betrokken worden bij de daadwerkelijke besluitvorming zullen besluitvormers in ziekenhuizen eerder de neiging hebben de expertadviezen te gebruiken.

- Interne kennis

In de voorgaande paragraaf is de definitie van ‘organisatiestructuur’ al gegeven. Dit is ‘het formele systeem van taken en gezag relaties dat bepaalt hoe mensen hun handelingen coördineren en hoe bepaalde bronnen worden gebruikt om de doelen van de organisatie te bereiken’ (Jones, 2007). Broekema et al. (2018) stellen in hun onderzoek dat ten tijde van crisis, een crisismanagement organisatie alleen externe experts moet betrekken wanneer de specifieke kennis en vaardigheden die nodig zijn bij het crisismanagement niet in de organisatie zelf aanwezig zijn. In 2011 tijdens de brand bij GGZ Rivierduinen heeft de crisisorganisatie besloten geen externe experts te betrekken. Dit gebeurde met de reden dat er voldoende huisvestingscapaciteit voor calamiteiten aanwezig was, zowel qua voorzieningen als benodigde expertise en behandelingscapaciteit (van Eijk et al. 2013). Er is nog niet onderzocht welke interne kennis en expertise er bij de Nederlandse ziekenhuizen al was over besluiten omtrent de aanpak van COVID-19. In dit onderzoek zal daarom onderzocht worden welke kennis en expertise er al aanwezig is in de organisatie omtrent COVID-19, welke kennis er nog nodig was en welke experts deze kennis wellicht hadden kunnen leveren.

Hypothese: Wanneer kennis en expertise van besluiten omtrent de aanpak van COVID-19 al aanwezig is de ziekenhuisorganisatie, zullen de besluitvormers minder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken.

2.6.3 Politieke belangen

Als derde categorie van onafhankelijke variabele blijken politieke belangen een belangrijke rol te spelen in het al dan niet gebruiken van de adviezen van experts in de COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. Te noemen; politieke belangen en politieke druk.

In het artikel van Putters (2009) wordt een analyse gegeven van de relatie tussen zorgbestuurders en de politiek. Zorgbestuurders krijgen doorgaans te maken verschillende actoren of ‘trekkrachten’ waar zij rekening mee dienen te houden bij het maken van besluiten. Daarin geeft Putters aan dat de politiek zorginstellingen ziet als ‘hoeders’ van het publieke belang of als partij in de maatschappelijke dienstverlening. Als hoeder van het publieke belang appelleert een ziekenhuis volgens Putters (2009) aan gelijke toegankelijkheid, solidariteit en rechtvaardigheid.

Volgens Boin (2017) zijn de zorgbestuurders zich ervan bewust dat elke crisis een dergelijke politieke dimensie kent en worstelen zij tijdens een crisis met het maken van een beslissing die het publieke belang dient. Onder andere door deze publieke belangen is een grondige beoordeling van eventuele alternatieve besluiten en het inzicht in de gevolgen daarvan, moeilijk in te schatten voor ziekenhuizen. Broekema et al. (2018) stellen in hun onderzoek dat dit komt omdat beschikbare informatie vaak wordt vertroebeld door subjectieve en vooringenomen input van andere actoren in de crisissituatie en dat er daardoor politisering kan ontstaan door de politieke belangen die meespelen (Broekema et al. 2018, p. 21). Ziekenhuizen worden ten tijde van de COVID-19 crisis ook geadviseerd door overheidsorganisaties, zoals bijvoorbeeld het RIVM. Het RIVM maakt hierdoor deel uit van het politiek besluitvormingsproces (Keulemans, 2020a). Expertorganisaties als deze zijn toegevoegde actoren die wellicht participeren in het besluitvormingsproces (van Eijk et al. 2013). Zij kunnen dit besluitvormingsproces complexer maken door eigen, publieke en politiek maatschappelijke belangen door te laten klinken in de crisissituatie. Van Eijk et al. (2013) vertellen dat er hierdoor meerdere probleemdefinities en betekeniskaders kunnen ontstaan. Dit alles kan de controle op de besluitvorming en de besluitvorming zelf vertragen (Broekema et al. 2018). Wanneer de expertadviezen leiden tot een verminderde controle op en een vertraging van het besluitvormingsproces zullen besluitvormers minder geneigd zijn de adviezen van expertorganisaties te gebruiken (Broekema et al. 2018).

Hypothese: Wanneer de adviezen van expertorganisaties expliciet politieke belangen vertolken zullen besluitvormers minder geneigd zijn deze adviezen te gebruiken.

2.6.4 Relatie tussen de experts en de ziekenhuizen

De ‘relatie tussen experts en ziekenhuizen’ is de laatste categorie van onafhankelijke variabelen in dit onderzoek. Deze variabele is op te delen in drie factoren die van invloed kunnen zijn op het al dan niet gebruik van expertadviezen omtrent COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen. Deze factoren zijn achtereenvolgens; wederzijdse belangen, persoonlijke relaties en communicatie.

Wederzijdse belangen

Van der Pennen (2016) stelt in zijn onderzoek naar besluiten in ziekenhuizen dat vanuit een handelingsperspectief de institutionele structuur niet los kan worden gezien van het individueel handelen van de actor. Dit houdt in dat binnen de verschillende structuren in ziekenhuizen er verschillende partijen zijn die betrokken zijn bij het maken van besluiten in het ziekenhuis en er uiteenlopende belangen, oriëntaties en uitgangspunten bestaan over wat het 'juiste' is voor het ziekenhuis en de omgeving van het ziekenhuis. Deze belangen zijn regelmatig tegengesteld aan elkaar (van der Pennen, 2016). In het artikel van Klarenbeek (2007) wordt er beschreven dat de belangen op verschillende niveaus afgewogen moeten worden ten opzichte van elkaar. In dat artikel wordt het concept bestuurlijke risico's hieraan gekoppeld. Vanuit de omgeving van een publieke organisatie (zoals een ziekenhuis), kunnen bestuurlijke risico's worden gezien als de onzekerheid over welke actor welk besluit neemt, hoe bepaalde procedures verlopen, welke informatie waar precies beschikbaar is en hoe men besluitvorming kan beïnvloeden (Klarenbeek, 2007). Van Mierlo (1993) stelt in zijn onderzoek dat advisering een belangrijke invloed kan hebben op de besluitvorming omdat adviesorganen in staat zijn unanimititeit te creëren. Dit kan de belangenverstrengelingen binnen ziekenhuizen wellicht verhelpen. Experts zouden hier een rol kunnen spelen.

Naast de besluitvormers in ziekenhuizen, zijn experts uit expertorganisaties ook vaak onderdeel van een bepaalde crisiscommunicatie of crisisbeheersing. De experts nemen binnen deze crisisbeheersing ook een bepaalde eigen positie in en kunnen dan handelen vanuit de belangen van hun 'eigen' organisatie (van Eijk et al. 2013, p. 15). Meykamp et al. (1992) definiëren iemands belang als "een handeling, maatregel of praktijk die bijdraagt aan het persoonlijk welzijn van de betrokkenen en ook als zodanig wordt gearticuleerd". Experts kunnen hierdoor het besluitvormingsproces complexer maken door naast wetenschappelijke informatie ook eigen standpunten in te brengen. Het is dan belangrijk om in ogenschouw te nemen dat besluitvormingsprocessen op zichzelf al vaak al moeilijk genoeg zijn, zoals eerder al is omschreven. Wanneer er dan andere belangen inmenging in het besluitvormingsproces, kan het besluitvormingsproces nog complexer worden (Van Eijk et al. 2013). Op deze manier stellen van Eijk et al. (2013) dat het belangrijk is dat experts en besluitvormers geen tegengestelde belangen hebben. Wanneer dit het geval is zullen besluitvormers minder snel geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken. In dit onderzoek zal gekeken worden welke de belangen speelden tijdens de COVID-19 crisis bij Nederlandse ziekenhuizen en expertorganisaties en of deze met elkaar konden conflicteren.

In 2009 bij de uitbraak van de Mexicaanse griep werkte de toenmalige nationale crisisorganisatie samen met professor Coutinho van het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIb) en professor viroloog Ab Osterhaus van het Erasmus Medisch Centrum. Deze professoren vervulden een belangrijke rol in de communicatie richting de media en fungeerden later ook als ‘publiek figuur’ van de crisismanagement response structuur. Echter, de betrokkenheid van professor Osterhaus werd ernstig controversieel toen ontdekt werd dat hij persoonlijke belangen had in de farmaceutische industrie.

Hypothese : De besluitvormer in het ziekenhuis zal minder geneigd zijn expertinformatie te gebruiken indien de belangen van de expert en de ziekenhuizen tegengesteld zijn.

Persoonlijke relaties

Volgens van Eijk et al. (2013) geven besluitvormers vaker de voorkeur aan informatie van bronnen die zij kennen en vertrouwen (van Eijk et al. 2013). Het onderhouden van een netwerk, ook buiten crisistijd kan helpen dit vertrouwen te behouden. Bij het onderhouden van een netwerk spelen ook de belangen van experts een rol. De belangen die verwerkt kunnen zijn in de adviesrapporten waar in eerdere deelparagrafen al over gesproken is, kunnen ook doorklinken in de relatie tussen experts en ziekenhuizen. Een constructieve benadering voor eventuele belangenconflicten is dan van groot belang. Het is belangrijk om de relaties tussen personen, individuele kenmerken en karakters mee te nemen in deze benadering. Hoe sterker deze relatie, hoe effectiever de communicatie en kennisoverdracht tussen deze partijen, hoe meer invloed de expert kan hebben op de besluitvorming en dus ook hoe eerder de adviezen van experts gebruikt zullen worden door ziekenhuizen (van Eijk et al. 2013). In dit onderzoek zal onderzocht worden of dit ook betrekking heeft op de persoonlijke relaties tussen besluitvormers in ziekenhuizen en expertorganisaties tijdens de COVID-19 crisis.

Hypothese: Besluitvormers zullen eerder geneigd zijn de voorkeur aan experts geven met wie zij een persoonlijke relatie onderhouden.

Communicatie

- Korte en directe communicatielijnen

De mate van invloed van het advies op de te maken besluiten kan ook vergroot worden door de manier waarop de boodschap wordt overgebracht. In de literatuur spreekt men van een ‘multipliereffect’ (Benveniste, in van Eijk et al. 2013). Er wordt dan door de besluitvormer niet alleen gekeken naar de voorkeuren voor bepaalde besluiten, maar ook naar de (subjectieve) waarschijnlijkheid van wenselijke uitkomsten. De besluitvormer wil namelijk weten wat de kans is dat de voorspelde wenselijke uitkomst zich daadwerkelijk voordoet. Een expert zal hier dus op moeten

inspelen in het overbrengen van de boodschap (Benveniste, in van Eijk et al. 2013). In het onderzoek van Van Eijk et al. (2013) wordt beschreven wat een positieve invloed kan hebben op een efficiënte en gecoördineerde kennisoverdracht. Zo is het volgens Van Eijk et al. (2013) belangrijk om korte en directe lijnen te onderhouden tussen het crisisteam waar de besluitvormers deel van uitmaken en de experts. Zij stellen dat dit te bewerkstelligen is door experts bijvoorbeeld zitting te laten nemen in het crisisteam. Het is dan wel belangrijk dat alle betrokken partijen bekend zijn met elkaars verantwoordelijkheden, taken en rollen. Daarnaast kan het gunstig zijn om experts naar specifieke informatie te vragen en duidelijk te maken wat de status van het advies is (p. 74). In het onderzoek van Van Eijk et al. (2013) is er niet specifiek onderzoek gedaan naar deze kennisoverdracht tussen experts en ziekenhuizen en ook niet specifiek tijdens de COVID-19 crisis. Het is dus interessant om te onderzoeken of er ook korte en directe lijnen waren tijdens de kennisoverdracht in de COVID-19 crisis en welke invloed dit heeft gehad op het al dan niet gebruiken van expertadviezen.

Hypothese: Wanneer er korte en directe communicatielijnen zijn tussen besluitvormers en experts kunnen besluitvormers in ziekenhuizen eerder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken.

- Vraag-gestuurd advies en mondelinge toelichting

De communicatie tussen experts en ziekenhuizen is van essentieel belang voor het al dan niet gebruiken van expertadviezen, zelfs als er weinig informatie beschikbaar is en vooral als experts geen eenduidige conclusies kunnen vormen over eventuele gezondheidseffecten (Dückers et al. 2019). Deze communicatie heeft ook effect op de relatie tussen experts en de ziekenhuizen. Wanneer er betere communicatie plaatsvindt, zal het vertrouwen tussen de partijen sterker worden. Dit vergroot de kans dat de adviezen van experts gebruikt worden in de besluiten van ziekenhuizen. Een onderdeel van deze communicatie is de manier waarop de informatie wordt overgebracht. Wanneer er advies wordt gegeven door de experts naar aanleiding van een vraag vanuit de besluitvormers en dit advies ook nog mondeling wordt toegelicht zal de kans worden vergroot dat de adviezen van experts worden gebruikt (van Eijk et al. 2013). In dit onderzoek zal onderzocht worden of dit ook voor besluitvormers in ziekenhuizen geldt tijdens de COVID-19 crisis.

Hypothese: Wanneer een expertadvies ontstaat naar aanleiding van een vraag vanuit het ziekenhuis zullen de besluitvormers in de ziekenhuizen eerder de neiging hebben deze adviezen te gebruiken.

Hypothese: Besluitvormers in ziekenhuizen zullen eerder de neiging hebben expertadviezen te volgen die mondeling worden toegelicht.

3 Methode

In de voorgaande hoofdstukken is een heldere en concrete onderzoeksvraag opgesteld en daarbij is er relevante literatuur beschreven. In dit derde hoofdstuk wordt het onderzoeksontwerp beschreven en zal aandacht worden besteed aan de afgenomen interviews. Vervolgens zal nader worden beschreven hoe de onderzoekspopulatie tot stand is gekomen. Tot slot zal de mate van betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoeksontwerp en de onderzoeksgegevens van dit onderzoek beschreven worden.

3.1 Onderzoeksontwerp

Het doel van deze scriptie is om te onderzoeken hoe het al dan niet gebruiken van expertadviezen bij de besluiten in Nederlandse ziekenhuizen met betrekking tot COVID-19 kan worden verklaard en om een eventueel causaal verband te vinden tussen de bovengenoemde onafhankelijke variabelen (karakteristieken van experts, organisatiestructuur van een ziekenhuis, politieke belangen en de relatie tussen experts en ziekenhuizen) en de afhankelijke variabele (het al dan niet gebruiken van expertadviezen bij COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen).

In dit onderzoek is *een vergelijkende case study* als onderzoeksmethode gebruikt. Dit is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij op een deductieve manier causale mechanismen in het besluitvormingsproces worden onderzocht (Loyens, 2014). Door het afnemen van interviews kan er antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag en kan de causale relatie tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele worden verklaard. Daarom worden verschillende actoren die betrokken zijn of betrokken kunnen worden in het besluitvormingsproces geïnterviewd (raad van bestuur, medische staf en expertorganisaties).

Een vergelijkende case study maakt het mogelijk om interactie-effecten tussen experts en ziekenhuizen te meten, door exploratie van causale mechanismen tussen deze experts en ziekenhuizen en het al dan niet gebruiken van het advies die verklaart dient te worden (Loyens, 2014). Ook wordt er door het gebruiken van *een vergelijkende case study* de mogelijkheid geboden om aandacht besteden aan 'equifinaliteit'. 'Equifinaliteit' betekent hier de kans dat eenzelfde type besluit in verschillende cases (bv. andere ziekenhuizen) verklaard kan worden door verschillende causale paden (combinatie van situationele condities en causale mechanismen) (Bennett, in Loyens, 2014).

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft enerzijds besluitvormers in Nederlandse ziekenhuizen en anderzijds, verschillende bestuurders van 'expertorganisaties'. Via netwerken binnen Deloitte zijn er bestuurders uit verschillende ziekenhuizen in Nederland via de mail benaderd met een verzoek voor een interview. Verder is er gebruik gemaakt van LinkedIn-netwerken en ook daar is contact gelegd met ziekenhuisbestuurders en bestuurders van expertorganisaties. In het bericht richting de bestuurders is er inleidende informatie gegeven over het onderzoek. Op het moment dat de interviews afgenomen werden was de COVID-19 crisis nog gaande en waren de maatregelen in Nederland nog van kracht. Hierdoor was het niet mogelijk om een face-to-face interview te doen. Alle interviews zijn telefonisch of via online videoprogramma's als Zoom of Teams afgenomen. Daarnaast is er in dit onderzoek geprobeerd gebruik te maken van bronnentriangulatie, door naast de analyse van individuele interviews van experts en besluitvormers ook een analyse te doen van de adviesdocumenten van de verschillende expertorganisaties in het onderzoek. In de volgende deelparagrafen zal dit worden toegelicht.

De interviews

De interviews zijn afgenomen op een semigestructureerde manier. Hierdoor heeft de interviewer de mogelijkheid om dieper in te kunnen gaan op de antwoorden van de respondent, om zo de benodigde informatie te verkrijgen (Bryman, 2012). Om dit te realiseren is er een interviewlijst opgesteld met onderwerpen in willekeurige orde en is de volgorde van de vragen afhankelijk van de interactie met de respondent. De semigestructureerde vragenlijsten zijn terug te vinden in appendix A. Alle interviews zijn opgenomen, zodat er geen informatie verloren kan gaan. Verder zijn alle interviews letterlijk uitgeschreven om te voorkomen dat de onderzoeker direct een eigen interpretatie kon geven aan de antwoorden. Om de anonimiteit van de respondenten te kunnen waarborgen zijn de interviewtranscripten apart van deze scriptie opgenomen in appendix C. In hoofdstuk 5, de analyse, zal de waardevolle informatie uit de interviews uiteen worden gezet om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag.

In totaal zijn er elf interviews afgenomen. Daarvan zijn er zeven ziekenhuisbestuurders, één medisch stafvoorzitter en drie bestuurders van expertorganisaties geïnterviewd. Door naast besluitvormers in ziekenhuizen ook expertorganisaties te interviewen is de betrouwbaarheid van de uitkomsten van het onderzoek vergroot. In de interviews zijn de bestuurders van ziekenhuizen gevraagd of zij adviesrapporten ontvingen over bepaalde besluiten omtrent COVID-19 en welke organisaties deze adviesrapporten opstelden. Uit de antwoorden van de ziekenhuizen zijn er vier groepen expertorganisaties gekomen. Deze expertorganisaties zijn het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en

Milieu (RIVM), Regionale Organisatie Acute Zorg (ROAZ), wetenschappelijke beroepsverenigingen en de GGD.

De ziekenhuizen

Het ziekenhuislandschap van Nederland bestond begin 2018 uit 79 ziekenhuisorganisaties. Dit was onder andere inclusief acht universitaire medische centra (UMC's). Verder zijn er topklinische ziekenhuizen (TZ), algemene ziekenhuizen (AZ) en categorale instellingen (e.g. astmacentra, revalidatiecentra, kankercentra etc.) te onderscheiden (Maes, 2019).

- De ziekenhuisrespondenten

Er zijn zeven ziekenhuisbestuurders en er is één medisch stafvoorzitter geïnterviewd. Dit omdat naar aanleiding van de eerste interviews bleek dat er ook stafvoorzitters zijn die inspraak hebben in welke besluiten al dan niet genomen dienen te worden. De ziekenhuisrespondenten zijn afkomstig uit ziekenhuizen in het Noorden, Oosten, Zuiden, Westen en Midden van Nederland. Verder is er geprobeerd een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van de verschillende typen ziekenhuizen die er in Nederland bestaan. Zo zijn er respondenten uit Topklinische Ziekenhuizen (TZ), Algemene Ziekenhuizen (AZ) en Universitaire Medische Centra (UMC). Er zijn geen interviews afgenomen onder categorale instellingen omdat deze instellingen niet specifiek ingericht waren op COVID-19 zorg. (Girbes, 2020). Om de externe validiteit van het onderzoek te vergroten zouden er meer ziekenhuizen geïnterviewd moeten worden, in hoofdstuk zeven zullen de beperkingen van dit onderzoek verder worden besproken.

Hieronder volgt een opsomming van de Nederlandse ziekenhuizen waar bestuurders van geïnterviewd zijn.

Tabel 1: Ziekenhuisrespondenten

Medisch Centrum Leeuwarden	Topklinisch Ziekenhuis (TZ)
Antonius Ziekenhuis Sneek	Algemeen Ziekenhuis (AZ)
Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	Algemeen Ziekenhuis (AZ)
Bovenij Ziekenhuis Amsterdam	Algemeen Ziekenhuis (AZ)
Topklinisch ziekenhuis (1)	Topklinisch Ziekenhuis (TZ)
Spaarne Gasthuis Hoofddorp	Topklinisch Ziekenhuis (TZ)
Tergooi Ziekenhuis Hilversum	Algemeen Ziekenhuis (AZ)
MUMC Maastricht	Universitair Medisch Centrum (UMC)

De expertorganisaties

Naar aanleiding van een kort documentenonderzoek en antwoorden van de ziekenhuisrespondenten kon worden gesteld dat er grofweg vier belangrijke expertorganisaties zijn die adviezen hebben verschaft aan ziekenhuizen omtrent de aanpak van COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen. Elk van deze organisaties heeft een andere rol vervuld in wijze waarop er geadviseerd werd. Sommige organisaties waren verantwoordelijk voor het monitoren van COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen en konden aan de hand hiervan adviezen opstellen, anderen vormen meer overkoepelende organisaties die belangen behartigen van bepaalde groepen. Hieronder zal iedere expertorganisaties in meer detail worden besproken.

- RIVM

Het RIVM is een onderdeel van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het is een instituut dat zich inzet voor een gezonde bevolking in een gezonde leefomgeving. Zij hebben een centrale rol in infectieziektebestrijding en in landelijke preventie- en screeningsprogramma's, via onafhankelijk (wetenschappelijk) onderzoek op het gebied van Volksgezondheid, Zorg, Milieu en Veiligheid. Ook in deze COVID-19 crisis ondersteunt het RIVM, overheden, burgers en professionals bij het gezond houden van de onszelf en de leefomgeving (RIVM, z.d.).

- ROAZ

De ROAZ-organisaties zijn regionale organisaties die vier formele taken hebben. Allereerst het afstemmen van activiteiten tussen aanbieders van acute zorg, ziekenhuizen bijvoorbeeld. Ten tweede, het in kaart brengen van het acute zorgaanbod in de regio. Inzicht in de behandelcapaciteit, welke afspraken er al aanwezig zijn en wie welke zorg levert. Ten derde, het inzicht krijgen en oplossen van 'witte vlekken' in de bereikbaarheid. En als laatste, hulpverlening bij een goede voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen, zoals bij de COVID-19 crisis (ROAZ, z.d.).

- Wetenschappelijke beroepsverenigingen en vakgroepen

Elke afdeling of specialisme in het ziekenhuis kent een aparte beroepsvereniging, maar er bestaat ook een Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ). De NVZ is een branchevereniging voor categorale instellingen en algemene ziekenhuizen in Nederland. Zij behartigen de belangen van hun leden op economisch, sociaal en zorginhoudelijk gebied. Daarbij ondersteunen zij hun leden in kennisontwikkeling, bijvoorbeeld via verschillende tools en via trainingen of digitaal. De NVZ is een invloedrijke behartiger van de belangen in de zorgsector (NVZ, z.d.). De NVZ behartigt de belangen van alle ziekenhuizen en zorgafdelingen in Nederland. Verder bestaan er ook dus aparte verenigingen per afdeling of specialisme. Zo is er een Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en een Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH). Deze brancheverenigingen behartigen de belangen van die specifieke afdeling of dat specifieke specialisme (NVIC, z.d.). Al deze wetenschappelijke beroepsverenigingen samen vormen de Federatie Medisch Specialisten (FMS). De voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen vormen samen de Algemene Vergadering. Zij controleren het bestuur van de Federatie (Federatie Medisch Specialisten, 2020)

- GGD/GHOR

De Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) is een organisatie die de gezondheid van Nederlandse inwoners bewaken, beschermen en bevorderen. Deze publieke gezondheidszorg heeft onder andere als wettelijke taak om infectieziekten te bestrijden (GGD/GHOR, 2019). In een handreiking van pgv Nederland (de Vereniging voor GGD en GHOR) wordt uitgelegd dat er bij de bestrijding van een infectieziekte zoals COVID-19 altijd meerdere partijen betrokken zijn. Zoals patiënt, familie, huisarts, GGD en RIVM. Soms is de bestrijding grootschaliger en zijn er ook andere partijen betrokken zoals ziekenhuizen, verzorgings- en verplegingshuizen, gemeenten, bestuurders etc. Elke partij is in deze bestrijding verantwoordelijk voor zijn eigen taken, maar wanneer er meer partijen bij betrokken raken is het ook belangrijk dat de samenwerking tussen de verschillende partijen worden georganiseerd en afgestemd. Bij een kleinschalige infectiebestrijding kunnen de huisarts en de GGD dit vaak zelf organiseren, maar bij een grootschaligere situatie ligt dat gecompliceerder, zoals bij de

COVID-19 crisis. Vaak wordt dan de GHOR in geschakeld voor (advies over) de regie op de samenwerking (Rust, 2014).

- De expertrespondenten

Zoals al eerder vermeld is, zijn naar aanleiding van de interviews met de ziekenhuizen de vier bovenstaande organisaties benaderd voor interviews. Door verschillende contacten van de ziekenhuisrespondenten is door middel van een e-mail geprobeerd in contact te komen met de vier expertorganisaties. Er zijn drie bestuurders van de bovenstaande expertorganisaties geïnterviewd. Eén van deze bestuurders wenste anoniem te blijven in dit onderzoek. Deze organisatie zal in dit verslag daarom worden aangeduid als 'expertorganisatie 1'. Verder is er een interview afgenomen bij een bestuurder van ROAZ-regio Midden Nederland en bij ROAZ-regio Noordwest. Echter, bij andere expertorganisaties is geen data verkregen door middel van interviews aangezien er geen betrokken leden waren die hieraan wilden of konden meewerken. Ook hierover wordt verder gesproken in de beperkingen van dit onderzoek in hoofdstuk 6.

Tabel 2: Expertrespondenten

Expertorganisatie 1
ROAZ - regio Midden Nederland
ROAZ- regio Noord West

3.2.1 Documentenanalyse

Er is een analyse gedaan naar de verschillende adviesdocumenten van experts omtrent COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. Deze analyse dient inzicht te verschaffen in de gegeven adviezen door experts over besluiten omtrent de aanpak van COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen. De respondenten uit de ziekenhuizen is gevraagd welke besluiten omtrent COVID-19 zij als belangrijkst beschouwen. Hiermee kan bedoeld worden welke besluiten het meeste prioriteit hebben en welke de meeste impact hebben op het ziekenhuis. Naar aanleiding daarvan is er onderzoek gedaan naar adviesrapporten over desbetreffende besluiten. Voor de volledigheid is geprobeerd de documenten te analyseren van de meest genoemde expertorganisaties door ziekenhuizen. Vervolgens is er onderzocht wat de inhoud van deze adviezen is. Een overzicht van de adviesrapporten die onderzocht zijn in dit onderzoek is terug te vinden in de apart opgenomen appendix B.

3.3 Operationalisatie

In onderstaande tabel worden de vier categorieën van onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele die in het theoretisch kader zijn besproken uiteengezet. Naast de kolom met de onafhankelijke en afhankelijke variabelen zijn er kolommen met de factoren en sub factoren van de onafhankelijke variabelen weergegeven, met eventuele definities en bijbehorende indicatoren. De indicatoren geven aan op welke manier de verschillende factoren en sub factoren zijn gemeten in het onderzoek.

Tabel 3: Operationalisatie

Onafhankelijke variabelen	Factor	Sub factor	Definitie	Indicator
Karakteristieken van expert(organisaties)				
	Overeenkomstige informatie			
		Kennis of informatie		- De adviezen met betrekking tot de aanpak van COVID-19 die gegeven worden in de adviesrapporten
		Jargon		- Het taalgebruik wat gebruikt wordt in de adviesrapporten door experts. - Het taalgebruik wat besluitvormers gebruiken met betrekking tot COVID-19
	Autoriteit			
		Expertise		De kennis omtrent COVID-19 die aanwezig was bij de expertorganisatie
		Uitstralen van autoriteit		De mate van gezag die een expertorganisatie uitstraalt.
De organisatiestructuur van ziekenhuizen			“Het formele systeem van taken en gezag relaties dat bepaalt hoe mensen hun handelingen coördineren en hoe bepaalde bronnen worden gebruikt om de doelen van de organisatie te bereiken” (Jones, 2007).	De omschrijving van de manier waarop taken en gezag relaties in de organisatie zijn verdeeld.
		Besluiten	“Het concept ‘besluiten’ kan worden beschouwd als een min of meer geformaliseerde “ <i>commitment to action</i> ”, als geformaliseerde handelingsintenties, waarin de besluiten de resultante zijn van de besluitvorming die zich over de tijd heen voltrekt, en dus als processen kunnen worden beschouwd” (Noordegraaf, 2005)	De besluiten met betrekking tot COVID-19 die genomen zijn door het ziekenhuis.
		Interne kennis		Kennis die al binnen de besluitvormende organisatie aanwezig is

Politieke belangen				De mate van overeenkomst tussen adviezen en politieke prioriteiten
Relatie tussen experts en ziekenhuizen				
	Wederzijdse belangen		“Een handeling, maatregel of praktijk die bijdraagt aan het persoonlijk welzijn van de betrokken en ook als zodanig wordt gearticuleerd” (Meykamp et al. 1992).	De besluiten rondom COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen die voor de desbetreffende actor persoonlijk het belangrijkst zijn.
	Persoonlijke relaties			- De aanwezigheid van persoonlijke relaties tussen experts en besluitvormers. - Op welke manier de relaties onderhouden worden tussen experts en besluitnemers - De belangrijkste aspecten in die persoonlijke relaties
	Communicatie			- De actoren die de communicatie doen met de experts - Of adviezen wel of niet naar aanleiding van een vraag vanuit het ziekenhuis worden gegeven. - Alleen adviesrapport of ook mondelinge toelichting
Afhankelijke variabele				
	Het gebruik van adviezen van experts in Nederlandse ziekenhuizen			Of de adviezen van experts al dan niet worden gebruikt in de besluiten met betrekking tot de aanpak van COVID-19

3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Validiteit en betrouwbaarheid zijn cruciaal in wetenschappelijk onderzoek. Hierin is betrouwbaarheid de mate waarin de resultaten van het onderzoek reproduceerbaar zijn. Dit betekent dat wanneer een onderzoek voor een tweede maal uitgevoerd gaat worden, het dezelfde uitkomsten zou moeten krijgen. In dit onderzoek is veel aandacht besteed aan het waarborgen van de betrouwbaarheid. Door gebruik te maken van semigestructureerde interviews kreeg de onderzoeker enerzijds de vrijheid in te kunnen gaan op de antwoorden van de respondent, maar was er anderzijds ook een bepaalde structuur om onderzoeksresultaten op eenzelfde manier te kunnen interpreteren. De vragen werden zoveel mogelijk algemeen en open geformuleerd. Ook zijn er zowel besluitvormers uit ziekenhuizen als expertorganisaties geïnterviewd. Tot slot zijn alle interviews opgenomen en getranscribeerd en zijn gebruikte beleidsdocumenten opgeslagen.

De validiteit van het onderzoek bestaat uit interne en externe validiteit. Interne validiteit laat zien in hoeverre de resultaten van het onderzoek overeenkomen met de gemeten variabelen en niet variabelen die niet opgenomen zijn in het onderzoek. Door een heldere definitie te geven van de verschillende concepten (e.g. experts en besluitvorming) is geprobeerd deze interne validiteit te waarborgen.

Externe validiteit is een graadmeter voor de mate waarin de conclusies van het onderzoek kunnen worden gegeneraliseerd. Door verschillende typen ziekenhuizen (TK, AZ, UMC) uit verschillende regio's (Noord, Oost, Zuid, West, Midden) in Nederland te onderzoeken kunnen de conclusies in een bepaalde mate gegeneraliseerd worden voor Nederlandse ziekenhuizen. De externe validiteit heeft wel zijn beperkingen door het gegeven dat er in dit onderzoek niet met alle hierboven beoogde expertorganisaties en ziekenhuizen interviews afgenomen zijn. Verder is geprobeerd de externe validiteit te vergroten door het concept 'COVID-19 besluiten' zo breed mogelijk in te steken. Door de respondenten dit concept zo breed mogelijk op te laten vatten, wordt er minimale sturing gegeven waardoor de respondenten de meest eerlijke antwoorden kunnen geven. Verder kan er hierdoor makkelijker veralgemeend worden naar andere typen COVID-19 besluiten. De resultaten van de interviews zijn ieder afzonderlijk uitgeschreven in een transcript en de belangrijkste codes daaruit zijn verwerkt in een codeboom. Deze codeboom is manueel opgesteld in Word en opgenomen in appendix A3.

4 Analyse

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek uiteen worden gezet en zal er antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag. De resultaten zijn in drie onderdelen opgedeeld. Allereerst wordt de afhankelijke variabele toegelicht. Vervolgens worden de (volgens de respondenten) meest belangrijke genomen besluiten door ziekenhuizen uiteengezet en daarna worden de verschillende onafhankelijke variabelen beschreven. In de vierde paragraaf zullen de resultaten van de interviews met de expertorganisaties worden beschreven. Tot slot zal in de vijfde paragraaf een analyse gegeven worden van relevante documenten.

4.1 De besluiten in de COVID-19 crisis

Naar aanleiding van de interviews zal er eerst een beschrijving worden gegeven van de besluiten die tot nu toe zijn genomen tijdens de COVID-19 crisis in de Nederlandse ziekenhuizen. Om daar inzicht in te krijgen begon elk interview met de vraag wat voor het ziekenhuis (of voor een bepaalde afdeling in het ziekenhuis) de twee meest belangrijke besluiten zijn omtrent COVID-19. De geïnterviewde ziekenhuizen hebben aangegeven welke twee à drie besluiten voor hen als meest belangrijk worden gezien tijdens de COVID-19 crisis. In onderstaande tabel zijn de verschillende respondenten tegenover de meest gegeven antwoorden gezet. De plus-symbolen in de tabel geven aan om welke besluiten dit ging.

Tabel 4: De belangrijkste besluiten

	MCL Leeuwarden	Antonius Ziekenhuis Sneek	Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	Bovenij Ziekenhuis Amsterdam	Topklinisch ziekenhuis (1)	MUMC Maastricht	Spaarne Gasthuis Hoofddorp	Tergooi Ziekenhuis Hilversum
Opschalen COVID-19 zorg/Afschalen reguliere zorg	+	+		+	+	+	+	+
Opzetten crisisteam	+			+				+
Opschalen reguliere zorg/Afschalen COVID-19 zorg	+	+		+	+		+	+
Volledige inzet zorgpersoneel/scholing van personeel			+			+		

Het overgrote deel van de bestuurders beantwoorde deze vraag met het 'opzetten van een crisisteam' en vervolgens het 'op- en afschalen van de zorg'. Een van de bestuurders beschreef dit als volgt. *"Dat is denk ik ten eerste het besluit tot het in werking stellen van het rampen opvangplan. Dus met het crisisbeleid team, waaronder een aantal operationele teams. En dus het hele verhaal van het afschalen van de zorg ten behoeve van de komende stroom van COVID-patiënten en daarna eigenlijk weer het moment dat je met elkaar gaat zeggen dat je de zorg weer gaat opschalen omdat het aantal COVID-patiënten onder controle lijkt te zijn"*.

Vervolgens werd de respondenten gevraagd of er adviezen en/of adviesrapporten waren omtrent deze besluiten. Een respondent legt uit dat er heel veel verschillende organisaties waren die met adviezen over verscheidene onderwerpen kwamen. *"De Nederlands Vereniging van Ziekenhuizen, ROAZ, GGD/GHOR, alles en iedereen ging dingen mailen"*. Deze adviezen hadden betrekking op verschillende onderwerpen. *"Over capaciteit van personeel, bedden en persoonlijke beschermingsmiddelen"*. Een andere respondent beschreef dat er geen externe organisaties specifiek zijn ingehuurd om adviezen te geven. *"We zijn een topklinisch ziekenhuis dus de meeste dingen hebben we zelf wel in huis, beleidsmedewerkers en allemaal mensen die daar verstand van hebben. We hebben niet extern expertise ingehuurd om ons te begeleiden. Dat hebben we gewoon zelf gedaan. Er komt ook bij dat we wel gewend zijn met een CBT (crisisbeleid team) en OT (operationeel team) te werken"*.

4.2 Documentenanalyse

De ziekenhuisrespondenten hebben in de interviews aangegeven wat naar hun idee de meest belangrijke COVID-19 besluiten zijn geweest, deze zijn in paragraaf 4.1 gepresenteerd en besproken. Aan de hand van deze antwoorden is er onderzoek gedaan naar adviesrapporten die betrekking hebben op deze besluiten. In deze paragraaf zullen de hoofdaspecten van deze adviesrapporten worden gepresenteerd per besluit.

4.2.1 Opzetten crisisteam

In mei 2020 is er een draaiboek pandemie deel 1 opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en andere wetenschappelijke beroepsverenigingen (zie appendix B1). De hoogtepunten uit dit draaiboek met betrekking tot het opschalen van de COVID-19-zorg zullen hieronder worden genoemd.

- Ten eerste wordt gesteld dat ieder ziekenhuis afzonderlijk een intensivist aan dient te wijzen die de planning van de piek-capaciteit op de IC coördineert en optimaliseert. Dit moet een

ervaren intensivist zijn die ook verantwoordelijk is voor de opname en het ontslag van IC-patiënten.

- Ten tweede wordt gesteld dat er afgesproken dient te worden welke personen regionaal en lokaal betrokken worden bij het voorbereiden van verschillende fasen tijdens de COVID-19 crisis. Vragen als wie er afgevaardigd zijn in commissies, wie er zitting hebben in het ROAZ-overleg etc.

4.2.2 Opschalen COVID-19-zorg

In het Draaiboek Pandemie deel 1 van de NVIC en FMS (zie appendix B1) worden naast het opzetten van een crisisteam ook nog een aantal andere aspecten genoemd aan die de ziekenhuizen worden geadviseerd voor het opschalen van COVID-19 zorg. Zo worden er adviezen gegeven omtrent

- Het vervoer tijdens het opschalen
- Het inzicht in de piek van de IC-capaciteit
- Het personeel tijdens het opschalen

In het draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen IC-opname' van de FMS (zie appendix B2) zijn adviezen opgenomen wanneer opgeschaald moet worden naar 'code zwart'. Code zwart betreft hier de situatie waarin een epidemie/pandemie niet meer regionaal gecoördineerd kan worden en bovenregionale afstemming van het zorgaanbod noodzakelijk is. Er worden hier aanbevelingen gegeven voor onder andere de ethische overwegingen die in acht genomen dienen te worden.

4.2.3 Opschalen (reguliere) poliklinische non-COVID zorg

In de 'Handreiking opstarten poliklinische non-COVID zorg' (zie appendix B3) zijn er verschillende wetenschappelijke beroepsverenigingen die vanuit de FMS een document hebben opgesteld met adviezen over het opschalen van de reguliere poliklinische non-COVID zorg. Er wordt hier onder andere een samenvattingskaart gepresenteerd waar de belangrijkste stappen en adviezen staan weergegeven. Verder staat er in de handreiking meer in detail beschreven hoe de communicatie het beste kan verlopen tussen patiënten en ziekenhuizen en worden de belangrijkste uitdagingen voor de ziekenhuizen uiteengezet met alternatieve oplossingen voor de zorg.

Verder hebben de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) een adviesrapport opgesteld specifiek voor het opschalen van non-COVID-operaties (zie appendix B4) In dit adviesrapport wordt een stappenplan gepresenteerd voor het opschalen van de operaties.

4.2.4 Omscholen zorgpersoneel

Door de sterke en snelle toegenomen drukte in onder andere het Jeroen Bosch Ziekenhuis vanwege COVID-19 gaf het ziekenhuis aan behoefte te hebben aan een dat model die de toestroom van COVID-19 patiënten op de verschillende afdelingen kan berekenen in relatie tot de gevraagde zorgcapaciteit. Op deze manier heeft de Jeroen Bosch Academie in samenwerking met Pipple B.V. en de Federatie Medisch specialisten een capaciteitsmodel opgezet (zie appendix B5) om op de inzet en scholing van artsen af te kunnen stemmen op de toekomstige behoefte.

4.2.5 Terugkoppeling naar de interviews

In de interviews met de verschillende ziekenhuizen is na de vraag over welke COVID-19 besluiten als ‘meest belangrijk’ worden beschouwd gevraagd of hier adviesrapporten over bestaan die zij kunnen raadplegen. Vier van de acht ziekenhuisrespondenten antwoorden echter dat er geen adviesrapporten voorhanden zijn over deze onderwerpen. Dit lijkt vreemd gezien de hierboven besproken adviesrapporten. Redenen waarom een aantal ziekenhuisrespondenten ontkent dat er adviesrapporten over bestaan, kan zijn dat zij zelf de kennis en ‘knowhow’ al hadden en daar niet naar op zoek zijn in adviesrapporten. Zo vertelt een respondent: *“Dat hebben we gewoon zelf gedaan. Er komt ook bij dat we wel gewend zijn met een CBT (crisisbeleid team) en OT (operationeel team) te werken. Wij zijn wel een ziekenhuis dat heel geoefend is in het afschalen en het werken in een crisisteam. Die kennis hebben we redelijk in huis”*. Een andere reden voor het niet lezen en/of gebruiken van deze rapporten is wellicht dat ziekenhuizen overspoeld worden met informatie van verschillende expertorganisaties. *“Aan documenten werd je helemaal gek gemaild. Ik denk dat ik niet eens alles heb gelezen”*.

Niet alleen zijn er rapporten die niet per se relevant worden beschouwd voor de ziekenhuizen, maar ook zijn er ziekenhuizen die stellen dat veel adviezen te laat zijn gekomen.

Zo wordt er door een respondent benoemd dat er bepaalde adviezen eerder gegeven hadden moeten worden. *“We gingen alleen op een gegeven moment rekening houden met code zwart. Daar hebben we een heel protocol voor gemaakt. Dat hebben we opgestuurd naar de inspectie, maar daar hebben we eigenlijk nooit reactie op gehad en dat protocol ontbrak eigenlijk in Nederland. Op een gegeven moment leek het erop dat we wel eens ic-bedden te kort zouden kunnen komen en dat je moet gaan selecteren op patiënten die je wel opneemt en niet op de ic en daar is nooit een helder protocol over gekomen. Ik heb het idee dat dat nu ook weer doodbloedt. Die piek is nooit bereikt en eigenlijk ben ik wel een beetje verbaasd dat daar nog niet een goeie richtlijn over is”*. Dit valt te verklaren uit het feit dat het interview met deze respondent is afgenomen op 5 juni 2020 en het

draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen IC-opname' van de FMS (zie appendix B2) is uitgebracht op 16 juni 2020.

4.3 Afhankelijke variabele

Zowel de afhankelijke als de onafhankelijke variabelen zullen in deze analyse aangeduid worden met symbolen. De symbolen hebben de volgende betekenissen:

- = de factor is niet aanwezig
- +/- = de factor is incidenteel aanwezig
- + = de factor is aanwezig
- * = de factor is niet expliciet bevraagd of is geen expliciet antwoord op gegeven

In onderstaand tabel 5 wordt de afhankelijke variabele (het al dan niet gebruiken van expertadviezen) tegenover de geïnterviewde ziekenhuizen gezet. Door middel van een symbool wordt aangegeven in welke mate de afhankelijke variabele aanwezig was volgens de respondenten uit de ziekenhuizen. Om de afhankelijke variabele te toetsen is er in de interviews gevraagd of de adviezen van experts omtrent besluiten over de aanpak van COVID-19 ook daadwerkelijk gebruikt worden in Nederlandse ziekenhuizen. De Nederlandse ziekenhuisbestuurders gaven hierop wisselende antwoorden.

Tabel 5: De afhankelijke variabele

	MCL Leeuwarden	Antonius Ziekenhuis Sneek	Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	Bovenij Ziekenhuis Amsterdam	Topklinisch ziekenhuis (1)	MUMC Maastricht	Spaarne Gasthuis Hoofddorp	Tergooi Ziekenhuis Hilversum
Het gebruiken van expertadviezen	+/-	+/-	+/-	+	+/-	+	+/-	+/-

De respondenten geven aan dat het wisselde in welke adviezen wel gebruikt werden en welke niet. *"Ik ken dat ene voorbeeld van die leidraad van de chirurgie waarvan we zeiden van dat onderdeel gebruiken we wel en dat onderdeel niet. Er zullen er best wel meer zijn geweest. Ik herinner me een advies over hoe je poliklinieken op een veilige manier kan inrichten. Dat heb ik opgestuurd met de*

boodschap doe ermee wat je denkt dat goed is. De beschermingsmiddelen en het testen was opeens zo cruciaal om COVID onder controle te krijgen dat we dat eigenlijk automatisch als uitgangspunt namen en dat er ook ruimte was voor discussie omdat je er gewoon ook wel goed over moet nadenken, zoals zo'n leidraad over diagnostiek. Daar kon je verschillende dingen van overnemen en andere onderdelen niet. Daar zat wel een verschil in". Daarnaast bleek dat de adviezen van sommige expertorganisaties (e.g. RIVM) door een aantal ziekenhuizen ook niet als adviezen beschouwd, maar meer als richtlijnen of zelfs als 'eisen' waar je aan moet voldoen als organisatie en die adviezen werden dan ook altijd gebruikt. *"Het is ook gewoon een pikorde soms. He, zoals het in het leger is. Als de generaal zegt dat je linksaf gaat ga je niet rechtsaf, dan ga je met zijn allen linksaf".* Een meer uitgebreide beschrijving van de rol van de verschillende experts is gegeven in paragraaf 5.5.

Omdat de adviezen op veel verschillende besluiten betrekking hebben, is er besloten om in dit onderzoek de onafhankelijke variabelen meer algemeen te toetsen op 'COVID-19 besluiten' in Nederlandse ziekenhuizen. Door de verschillende opvattingen van ziekenhuisbestuurders zou de focus op slechts een aantal besluiten het onderzoek te beperkt maken.

In paragraaf vier worden de verschillende onafhankelijke variabelen in verschillende tabellen uiteengezet. In de tabellen wordt systematisch bekeken welke factoren en sub factoren van de onafhankelijke variabelen aanwezig zijn in het maken van COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen om zo te kunnen stellen of deze onafhankelijke variabelen van invloed zijn op het al dan niet gebruiken van expertadviezen.

4.4 Onafhankelijke variabelen

In deze paragraaf zullen de resultaten van de interviews uiteen worden gezet in tabellen. Om een duidelijk beeld te kunnen schetsen van de resultaten van de interviews is ervoor gekozen om voor elke categorie van de onafhankelijke variabelen een aparte tabel op te stellen. In de tabel worden factoren van de categorieën van onafhankelijke variabelen tegenover de verschillende respondenten gezet. De factoren in de tabellen zijn als hypothesen beschreven. Door middel van de symbolen (+, -, +/-, en *) die eerder zijn toegelicht, wordt aangegeven of de factoren al dan niet aanwezig zijn binnen de verschillende ziekenhuizen. Bijvoorbeeld, in de linker kolom wordt gesteld: *Het jargon is duidelijk voor de besluitvormer.* Wanneer dit het geval is in een bepaald ziekenhuis zal deze factor worden aangeduid met een (+) symbool. Onder de tabel zullen gevonden patronen verder in detail worden besproken. Dit zal vervolgens geïllustreerd worden met interviewdata.

4.4.1 Karakteristieken van experts

Naar aanleiding van de literatuur uit het theoretisch kader zijn er twee factoren van de karakteristieken van experts die invloed kunnen hebben op het al dan niet gebruiken van expertadviezen in de besluiten omtrent COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen. Deze factoren zijn de volgende; het rapport van de expert en de mate van autoriteit van de expert. Het rapport bestaat nog uit twee sub-factoren. Te noemen; de informatie en het jargon. Ook autoriteit kan worden onderverdeeld in twee sub-factoren: expertise en uitstraling.

Tabel 6: Karakteristieken van experts

		MCL Leeuwarden	Antonius Ziekenhuis Sneek	Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	Bovenij Ziekenhuis Amsterdam	Topklinisch ziekenhuis (1)	MUMC Maastricht	Spaarne Gasthuis Hoofddorp	Tergooi Ziekenhuis Hilversum
Rapport	Overeenkomstige informatie tussen experts en besluitvormers	+	+	+	+/-	+/-	+	+	+/-
	Jargon is duidelijk voor ziekenhuizen	+	+	*	*	*	*	+/-	*
Autoriteit	Experts hebben expertise	-	+	+/-	+	*	*	+	+/-
	Experts stralen autoriteit uit	*	+	-	+	*	*	*	-

Rapport

- Overeenkomstige informatie

Vijf van de acht ziekenhuizen hebben aangegeven dat de informatie uit het adviesrapport van experts vaak overeenkomt met de informatie en de ideeën die ziekenhuizen zelf al hebben.

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat wanneer de informatie uit het rapport overeenkomt met de informatie en de ideeën die de besluitvormers zelf al hebben, besluitvormers eerder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken (van Eijk et al. 2013). In de tabel is een duidelijk patroon te zien waarin de ziekenhuisbestuurders aangeven dat zij eerder geneigd zijn de

adviezen van experts te gebruiken die overeenkomen met de ideeën en het beleid van het ziekenhuis zelf. Zo beschreef een respondent: *“Kiezen we voor het een of voor het andere. Dan vraag je je eigen professionals om advies en dan neem je als bestuurder de besluiten. Dus dan bepaal je met het ziekenhuis welk van de twee het meest overeenkomt met het beleid van het ziekenhuis”*.

Daarnaast bleek de besluitvorming over het te voeren beleid naast al dan niet overeenkomstige informatie, ook te maken te hebben met schaarste aan middelen, geld en/of personeel tijdens de COVID-19 crisis. Zo legt een andere respondent uit: *“Vooral omdat het UMCG in het begin nog een veel strenger beleid had dan het RIVM. Dat zou heel veel van ons vragen met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen als mondkapjes en dergelijke. Waar wij ook niet veel van hadden. Dus we moesten ook wel genoeg middelen hebben om ons personeel in de juiste situaties goed te beschermen. Het personeel en onze artsen. Daar hebben we dus inderdaad het RIVM-beleid gevolgd. En de rest van Nederland ook he”*.

Wanneer de adviezen in het adviesrapport van de experts overeenkomen met de ideeën en het beleid van het ziekenhuis lijkt dit een positieve invloed te hebben op het gebruik van de expertadviezen. Sommige ziekenhuisrespondenten hebben dit expliciet gebruikt als verklaring voor het gebruik van bepaalde adviezen. Toch gaven sommige respondenten die ‘aanwezig’ scoren op de factor overeenkomstige informatie aan dat zij incidenteel gebruik maken van expertadviezen in COVID-19 besluiten. Zo zouden er wellicht andere factoren kunnen zijn die van invloed zijn op het al dan niet gebruik van expertadviezen.

- Jargon

Drie van de acht ziekenhuisrespondenten hebben iets gezegd over het jargon wat gebruikt werd tijdens de COVID-19 crisis door expertorganisaties. Twee van deze drie ziekenhuizen hebben aangegeven dat het jargon duidelijk was voor de besluitvormers in de ziekenhuizen.

Volgens de literatuur uit het theoretisch kader, is het van belang dat het jargon van experts duidelijk is voor de besluitvormers om de kans te vergroten dat de adviezen van experts door besluitvormers gebruikt zullen worden (van Eijk et al. 2013). Om deze hypothese te kunnen toetsen is een aantal ziekenhuizen gevraagd of het jargon wat gebruikt wordt in de adviesrapporten duidelijk en begrijpelijk was. Een van de ziekenhuisbestuurders beschreef het gebruik van dit jargon tijdens een (onbekende) crisis en antwoordde het volgende: *“Goeie vraag! Nee, niet altijd. Je moet je voorstellen... Welke woorden je gebruikt... Dus dan heb je het ineens over iets waar je normaliter niet zoveel over praat en ineens heeft iedereen het over allerlei verschillende maskers en moet je ook nog kunnen duiden wanneer je welk masker op zet. Dan moet je daar wel even taal voor ontwikkelen. Als*

je nu iemand vraagt dan denk ik dat diegene natuurlijk weet wat het is. Je moet even een gezamenlijke taal ook vinden, omdat er gewoon allerlei nieuwe dingen aan de orde zijn”.

Het jargon was dus niet altijd duidelijk, maar door goede communicatie kon er een gezamenlijke taal gevonden worden. Andere bestuurders gaven aan dat er andere collega's binnen het ziekenhuis aanwezig waren om het jargon begrijpelijker te maken, wanneer er zaken onduidelijk waren. *“Dat heeft er alles mee te maken dat elk ziekenhuis natuurlijk ook zijn eigen experts in huis heeft en zijn eigen vakgroepen en sub specialisten. Dus als het niet meer duidelijk voor mij is dan wordt het wel vertaald”.*

Het jargon wat gebruikt wordt in adviesrapporten is voor de ziekenhuisrespondenten over het algemeen begrijpelijk. Volgens de literatuur uit het theoretisch kader, heeft een begrijpelijk jargon in de adviesrapporten voor besluitvormers een positieve invloed op het gebruiken van die specifieke expertadviezen. Om deze conclusie betrouwbaarder te maken zouden er meer interviewresultaten beschikbaar moeten zijn. Ondanks dat het jargon voor sommige respondenten helder was, scoren deze respondenten 'incidenteel aanwezig' op het gebruik van expertadviezen. Ook hier zouden andere factoren wellicht een verklaring kunnen zijn voor het incidenteel gebruik van expertadviezen.

Autoriteit

- Expertise

Vijf van de acht ziekenhuisrespondenten hebben zich uitgesproken over de mate van expertise binnen expertorganisaties. Drie van de vijf respondenten hebben aangegeven dat er een bepaalde mate van expertise aanwezig is in de expertorganisaties.

In de literatuur uit het theoretisch kader, wordt gesteld dat besluitvormers eerder geneigd zijn adviezen te volgen van experts die inhoudelijke kennis en ervaring bezitten en autoriteit uitstralen (van Eijk et al. 2013). Zodoende is in de interviews gevraagd naar de mate van expertise binnen expertorganisaties en de mate waarin de expertorganisaties autoriteit uitstralen. Over het algemeen gaven bestuurders van ziekenhuizen aan dat de expertorganisaties die hen advies geven inhoudelijke kennis en ervaring bezitten en dat zij daarom geneigd zijn die adviezen ook te volgen. *“Waar expertise... die voor een heel groot gedeelte gebaseerd is op geloof in experts... op mensen die ergens verstand van hebben en iets publiceren. Daar is de hele medische wereld en zorgwereld op gebouwd. Dus als iets komt vanuit het RIVM dan zal het grootste deel van de mensen die werken in de gezondheidszorg genegen zijn om daarvan te zeggen van daar zitten de experts”.*

Uit de interviews is verder naar voren gekomen dat het nog wel eens voorkomt dat er adviezen worden gegeven door verschillende expertorganisaties. Er wordt dan echter unaniem genoemd dat het advies van het RIVM leidend is. Hier zijn verschillende redenen voor genoemd. Zo wordt het RIVM als een kennisinstituut gezien waar doorgaans de expertise zich bevindt. Daarnaast is ook de bestaansfunctie van het RIVM van belang voor het gebruiken van bepaalde adviezen. *“Dat heb je niet voor niks in het leven geroepen in een land”* zegt één van de respondenten.

Over het algemeen was het gebruiken van expertadviezen voor de meeste ziekenhuizen belangrijk dat een expertorganisatie expertise in huis heeft en dit kan aantonen. Drie respondenten geven aan dat zij expertorganisaties expertise bezitten en twee respondenten geven aan dat expertorganisaties incidenteel expertise bezitten. Echter, een respondent die bij op de afhankelijke variabele ‘aanwezig’ scoort, scoort hier incidenteel aanwezig. Op deze manier zouden er ook nog andere factoren van invloed kunnen zijn op het al dan niet gebruik van expertadviezen.

- Uitstraling

Vier van de acht ziekenhuisrespondenten hebben aangegeven dat er expertorganisaties zijn die een bepaalde vorm van autoriteit uitstralen.

In de literatuur uit het theoretisch kader, wordt aangegeven dat wanneer expertorganisaties autoriteit uitstralen, besluitvormers eerder de neiging hebben expertadviezen te gebruiken (van Eijk et al. 2013). Een aantal ziekenhuisbestuurders zijn het erover eens dat het RIVM als het hoogste expertiseorgaan wordt gezien en dat zij daardoor een bepaalde vorm van autoriteit uitstralen. *“Het RIVM is natuurlijk het leidende instituut in infectiebestrijding, volksgezondheid en milieukunde. Dus je kan niet doen alsof het RIVM geen autoriteit is. Dan bedoel ik autoriteit in de goede zin van het woord. Dus gewoon een kennisinstituut. Dat heb je niet voor niks in het leven geroepen in een land”*. Ook noemt een respondent de mate van gezag die het RIVM uit zou stralen en dat daar behoefte aan is in tijden van een crisis. *“In tijden van crisis zoeken we allemaal naar gezag. In dit geval straalt Rijksinstituut al gezag uit”*.

Dat een expertorganisatie autoriteit uitstraalt was voor het ene ziekenhuis wel een belangrijk argument om een bepaald advies te gebruiken, maar voor het andere ziekenhuis juist niet. Toch scoren de meeste respondenten op de afhankelijke variabele ‘incidenteel aanwezig’. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er nog andere factoren van invloed zijn op het al dan niet gebruik van expertadviezen. Eén respondent scoort ‘aanwezig’ op het uitstralen van autoriteit van een expertorganisatie en scoort eveneens ‘aanwezig’ op de afhankelijke variabele. Het zou kunnen dat deze factor van grote invloed is op gebruiken van expertadviezen volgens deze respondent.

4.4.2 De organisatiestructuur van een ziekenhuis

Ook de organisatiestructuur van ziekenhuizen kan opgedeeld worden in verschillende factoren. Te noemen; de mate van betrokkenheid van experts bij de besluitvorming in ziekenhuizen en de interne kennis in ziekenhuizen die al dan niet aanwezig is. Deze factoren zullen onder de tabel verder worden besproken naar aanleiding van de interviewdata. Ook hier zal weer op dezelfde manier gebruik worden gemaakt van symbolen in de tabel.

Tabel 7: De organisatiestructuur van een ziekenhuis

		MCL Leeuwarden	Antonius Ziekenhuis Sneek	Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	Bovenij Ziekenhuis Amsterdam	Topklinisch ziekenhuis (1)	MUMC Maastricht	Spaarne Gasthuis Hoofddorp	Tergooi Ziekenhuis Hilversum
Organisatie structuur	Experts zijn betrokken in de besluitvorming	+/-	+/-	-	*	-	-	+	-
	Interne kennis is aanwezig	+/-	+/-	+	-	+	+/-	+/-	+/-

- Mate van betrokkenheid

Zeven van de acht ziekenhuisrespondenten spreekt in de interviews over de mate van betrokkenheid van experts in de daadwerkelijke besluitvorming in ziekenhuizen. Vier van de zeven respondenten geven aan dat experts geen betrokkenheid hebben bij de daadwerkelijke besluitvorming in ziekenhuizen.

In de literatuur uit het theoretisch kader, is er naar voren gekomen dat besluitvormers eerder de neiging zullen hebben om expertadviezen te gebruiken wanneer expertorganisaties niet of zo min mogelijk betrokken worden bij de daadwerkelijke besluitvorming (van Eijk et al. 2013). Uit de interviews blijkt dat sommige expertorganisaties geen directe stem hadden in de besluitvorming, maar dat het vaak is gebleven bij het geven van advies. Zo heeft het RIVM als expertorganisatie geen directe stem in de besluitvorming. Dit ligt volgens sommige ziekenhuisrespondenten anders bij wetenschappelijke beroepsverenigingen. Er zijn wetenschappelijke beroepsverenigingen waarvan het bestuur bestaat uit Nederlandse ziekenhuisbestuurders. Aan de respondenten werd gevraagd in hoeverre er daar belangenverstrengelingen plaatsvindt en of deze betrokkenheid invloed heeft op de

besluiten die genomen worden. *“Dat zie je altijd wel in bepaalde mate gebeuren. Wat je ziet is dat in veel van die besturen er wordt geprobeerd dat die besturen een representatieve afspiegeling zijn van de leden. Je probeert, wetend dat als jij een bestuurder bent van een algemeen ziekenhuis, dat de bril ‘klein algemeen ziekenhuis’ is. Dus eigenlijk herkennen en onderkennen we dat mechanisme en proberen we dat in een min of meer ‘checks and balance systeem’ in zo’n bestuur in evenwicht te brengen met elkaar”.*

De meeste ziekenhuisrespondenten geven aan dat expertorganisaties niet betrokken zijn bij de daadwerkelijke besluitvorming in ziekenhuizen. Een kleine minderheid van de ziekenhuisrespondenten geeft aan dat expertorganisaties incidenteel betrokken zijn bij de besluitvorming in ziekenhuizen en dat dit verschilt per expertorganisaties in welke mate dat is en op welke manier. Ziekenhuisrespondenten geven aan dat dit niet of nauwelijks invloed heeft gehad op het al dan niet gebruiken van expertadviezen. Dit komt niet geheel overeen met de literatuur uit het theoretisch kader. Daarin wordt er wel een negatief verband benoemd tussen het betrekken van expertorganisaties in de besluitvorming in ziekenhuizen en het gebruiken van expertadviezen door besluitvormers. Tevens scoren twee respondenten op de afhankelijke variabele ‘aanwezig’. Hierdoor zou het niet betrokken zijn van expertorganisaties bij de besluitvorming voor deze ziekenhuizen een verklaring kunnen zijn voor het gebruiken van deze expertadviezen.

- Interne kennis

Vijf van de acht ziekenhuizen geven aan dat er incidenteel interne kennis aanwezig is in het desbetreffende ziekenhuis.

In de literatuur uit het theoretisch kader, wordt genoemd dat wanneer de benodigde kennis en expertise voor de besluitvorming met betrekking tot COVID-19 reeds aanwezig is in een ziekenhuis, besluitvormers minder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken (van Eijk et al. 2013). Uit de interviews blijkt inderdaad dat ziekenhuizen veel besluiten baseren op interne, reeds aanwezige kennis. Deze kennis wordt onderverdeeld in: ‘kennis door gezond verstand’, ‘kennis door intuïtie’ en ‘kennis door praktijkervaring’. Niet alle ziekenhuizen nemen de adviezen van bijvoorbeeld het RIVM zomaar aan. *“Als het RIVM zei, de mondkapjes kunnen af. Dan zeiden we tegen elkaar, wat vinden we daar nou zelf van. Het ministerie heeft 750.000 kapjes gekocht die niet voldoen aan de richtlijnen en zo is het de hele tijd gegaan. Er zijn heel veel richtlijnen geweest en dan moest dit weer anders en dan moest dat weer anders, nooit zomaar geloven wat een ander zegt”.*

Ook zijn er respondenten die ‘incidenteel aanwezig’ scoren op de interne kennis in het ziekenhuis. Dit heeft er mee te maken dat sommige respondenten wel bepaalde professoren in huis had, maar dat er überhaupt heel weinig kennis beschikbaar was over het COVID-19.

Naar aanleiding van de interviews is verder naar voren gekomen dat de grootte van het ziekenhuis en het type ziekenhuis invloed kunnen hebben op de mate van kennis die intern aanwezig is het ziekenhuis. In kleinere, algemene ziekenhuizen zijn vaak geen professoren aanwezig, waardoor expertkennis vanuit het ziekenhuis mist en er eerder gebruik wordt gemaakt van kennis van experts buiten het ziekenhuis. *“In je eigen ziekenhuis is er wel best ruimte om een eigen afweging te maken, maar zeker in een ziekenhuis in Sneek, zonder professoren, is het belangrijk om te varen op de kennis van de experts. Dat moet je dan gewoon doen”.*

Slechts twee respondenten hebben daadwerkelijk gesteld dat het beschikken over interne kennis in het ziekenhuis kan leiden tot het minder snel gebruiken van bepaalde expertadviezen. De meerderheid van de respondenten stelt slechts incidenteel of niet te beschikken over interne kennis omtrent COVID-19 besluiten. Zij zullen hierdoor ook eerder geneigd zijn de expertadviezen te gebruiken volgens de literatuur uit het theoretisch kader. De meeste respondenten scoren ‘incidenteel aanwezig’ op het beschikken over interne kennis in het ziekenhuis. Tevens scoren de meeste ziekenhuizen ‘incidenteel aanwezig’ op het gebruiken van expertadviezen.

4.4.3 Politieke belangen

Volgens de literatuur uit het theoretisch kader, kunnen politieke belangen invloed hebben op het al dan niet gebruiken van expert adviezen in Nederlandse ziekenhuizen.

Tabel 8: Politieke belangen

	MCL Leeuwarden	Antonius Ziekenhuis Sneek	Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	Bovenij Ziekenhuis Amsterdam	Topklinisch ziekenhuis (1)	MUMC Maastricht	Spaarne Gasthuis Hoofddorp	Tergooi Ziekenhuis Hilversum
Politieke belangen	+	-	+	+	+	+	+	+

Politieke belangen

Zeven van de acht ziekenhuisrespondenten geven aan dat er politieke belangen kunnen meespelen in de adviezen die expertorganisaties geven.

In een literatuurstudie wordt door Boin (2017) aangegeven dat zorgbestuurders tijdens een crisis te maken kunnen krijgen met politieke belangen via externe expertorganisaties. Broekema et al. (2018) beschrijven dat wanneer er politieke belangen doorklinken in de adviezen van experts, besluitvormers minder snel geneigd zijn deze adviezen te gebruiken. Door de respondenten in de ziekenhuizen wordt deze invloed van politieke belangen in de adviezen en/of richtlijnen die gegeven worden door experts erkend. *“Kijk, misschien beschikten ze wel over kennis, maar je weet niet in hoeverre de politiek daar invloed op heeft gehad en dat was voor ons ook reden om zelf te blijven nadenken”.*

De politieke invloed bleef niet beperkt tot alleen de adviezen. Ook bij de distributie van beschermingsmaterialen hadden ziekenhuizen last van politieke beleidskeuzes. *“Onze leveranciers in Duitsland kregen allerlei bestellingen en die stonden gewoon aan de grens en mochten deze niet over. Dat zijn dingen die je wel in de weg zitten ja”.*

Verder zijn er ook ziekenhuisbestuurders die het gevoel hebben dat er meer kennis voorhanden was geweest als de politiek de COVID-19 crisis beter in zou hebben geschat. *“Ze wilden het niet en dachten dan zal het ook wel niet gebeuren. Maar, zo is het natuurlijk niet geweest. Het gebeurt wel. En dan krijg je allerlei ... daar denk ik helemaal niets kwaads van .. maar het was toch beter als mensen bij elkaar waren gaan zitten en hadden gezegd van goh, laten we even de laatste pandemieën doornemen”.* Het onderschatten van de crisis op voorhand heeft volgens de respondenten deels tot gevolg gehad dat er te weinig kennis beschikbaar was. *“Ik denk dat er veel meer kennis beschikbaar was geweest als men had gedacht, het kan ons wel gebeuren. Laten we nou uitgaan van het ergste scenario. Wat zouden we dan doen?”.*

Er zijn ziekenhuisrespondenten die aan hebben gegeven dat de aanwezigheid van politieke belangen ook daadwerkelijk invloed hebben gehad op het gebruiken van expertadviezen, maar er zijn ook ziekenhuisrespondenten geweest die stellen dat dit geen directe invloed heeft gehad op het gebruik van expertadviezen. Dit komt niet volledig overeen met de literatuur uit het theoretisch kader. Op deze manier kan geconcludeerd worden geconcludeerd dat de aanwezigheid van politieke belangen er slechts incidenteel voor zorgt dat besluitvormers minder geneigd zijn de expertadviezen te gebruiken. Ondanks dat de meerderheid van de respondenten ‘aanwezig’ scoort op de aanwezigheid

van politieke belangen in de expertadviezen, scoort de meerderheid van de respondenten 'incidenteel aanwezig' op de afhankelijke variabele. Er zouden dus nog andere factoren van invloed kunnen zijn op het al dan niet gebruiken van expertadviezen.

4.4.4 Relatie tussen ziekenhuizen en experts

De onafhankelijke variabele 'relatie tussen experts en ziekenhuizen' kan worden opgedeeld in de wederzijdse belangen, de bereikbaarheid van experts, de kennisoverdracht tussen ziekenhuizen en experts. Verder spelen ook het vertrouwen en de persoonlijke relaties tussen experts en ziekenhuizen een grote rol.

Tabel 9: Relatie tussen ziekenhuizen en experts

		MCL Leeuwarden	Antonius Ziekenhuis Sneek	Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	Bovenij Ziekenhuis Amsterdam	Topklinisch ziekenhuis (1)	MUMC Maastricht	Spaarne Gasthuis Hoofddorp	Tergooi Ziekenhuis Hilversum
Wederzijdse belangen	<i>Gelijke belangen tussen experts en ziekenhuizen</i>	+/-	+/-	-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Persoonlijke relaties	<i>Persoonlijke relaties tussen ziekenhuizen en experts</i>	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+/-
Communicatie	<i>Korte en directe communicatie lijnen</i>	+	+/-	+/-	+	+	+	+	+/-
	<i>Vraag gestuurd advies</i>	+/-	*	*	+/-	-	-	+/-	+/-
	<i>Mondelinge toelichting</i>	+	+	+/-	+/-	+/-	*	+/-	+/-

Wederzijdse belangen

Zeven van de acht ziekenhuisrespondenten stellen dat er incidenteel gelijke belangen bestaan tussen expertorganisaties en ziekenhuizen.

In de literatuur uit het theoretisch kader, wordt er gesteld dat wanneer de belangen van expertorganisaties en ziekenhuizen tegengesteld zijn aan elkaar, besluitvormers minder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken (van Eijk et al. 2013). Er spelen een heel aantal verschillende belangen in Nederlandse ziekenhuizen. *“Je dient het maatschappelijke belang, het organisatie belang, het patiënten belang en van de medewerkers. Deze belangen kunnen met elkaar wringen”*.

Ook blijken er belangen mee te spelen in de mate waarin ziekenhuizen zich inzetten tijdens de COVID-19 crisis. *“Daar zit ook politiek en macht achter. De academische ziekenhuizen hadden nog helemaal geen corona patiënten die waren nog reguliere zorg aan het doen terwijl alle perifere ziekenhuizen al volledig waren afgeschaald. Daar speelden ook allerlei belangen bij mee. Dat is niet netjes, want je moet het met z’n allen doen”*.

De respondenten zijn het erover eens dat het patiënten belang bovenaan staat. *“De kwaliteit van zorg is heersend. Maar dan zal je het ook echt samen moeten doen en dan staat kwaliteit van zorg echt vooraan. Het is niet de tijd om elkaar te beconcurreren ofzo. Het gaat echt over het leveren van de juiste zorg aan de juist mensen”*. Het patiënten belang kan wel verschillen per specialisme: *“Iedereen vindt zijn eigen patiënten natuurlijk het meest belangrijk”*. Daarnaast spelen echter ook financiële belangen spelen een rol. *“Je hebt aan de ene kant zorg waarvan je weet wat je ervoor krijgt en aan de andere kant weet je dat je hele dure zorg hebt waarbij niemand nog durft te zeggen hoe je dat goed moet krijgen”*.

Ook de expertorganisaties hebben verschillende belangen. Zo spelen er niet altijd dezelfde belangen mee bij de verschillende wetenschappelijke beroepsverenigingen. De beroepsverenigingen komen op voor de belangen van een bepaalde beroepsgroep of een bepaald specialisme in het ziekenhuis. Deze tegenstrijdige belangen van deze verschillende expertgroepen botsen soms, maar komen dan bijeen in het ziekenhuis. *“Het ziekenhuis is natuurlijk een verzameling van specialismen die ieder maar een paar procent van de zorg doen. Dan zijn er natuurlijk in dit soort tijden van crisis een aantal specialismen die nu niet zo veel te doen hebben omdat de zorg was afgeschaald en dan ontstaat er wel eens was wrijving of spanning. Maar ja, dan kom je bij elkaar en praat je dat uit”*.

Sommige besluiten worden dan ook gemaakt op basis van wederzijdse belangen waar rekening mee moet worden gehouden. *“Vooral omdat het UMCG in het begin nog een veel strenger beleid had dan*

het RIVM. Dat zou heel veel van ons vragen met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen als mondkapjes en dergelijke. Waar wij ook niet veel van hadden. Dus we moesten ook wel genoeg middelen hebben om ons personeel in de juiste situaties goed te beschermen en werd er gekozen voor het RIVM-beleid”.

Zeven van de acht ziekenhuisrespondenten stellen dat er zowel gelijke als tegengestelde belangen bestaan tussen expertorganisaties en ziekenhuizen. Maar ook binnen ziekenhuizen. Echter, ziekenhuisrespondenten zijn het er unaniem over eens dat deze belangen vervagen tijdens een crisis en dat deze na een crisis pas weer zichtbaar worden. Dit komt niet geheel overeen met de literatuur uit het theoretisch kader. Geconcludeerd kan worden dat door tegengestelde belangen besluitvormers in ziekenhuizen niet per se minder geneigd waren om de adviezen van experts te gebruiken. Ook scores op de afhankelijke variabele waren voornamelijk ‘incidenteel aanwezig’.

Persoonlijke relaties

Drie van de acht respondenten geven dat er sprake is van persoonlijke relaties tussen ziekenhuizen en bepaalde expertorganisaties.

Dat er respondenten zijn die aangeven dat er persoonlijke contact is, heeft er ook mee te maken dat sommige ziekenhuisbestuurders ook zitting hebben in de besturen van bepaalde expertorganisaties, zoals een beroepsvereniging. *“De beroepsvereniging is niet anders dan mensen van ons. Er zijn allemaal leden uit verschillende ziekenhuizen. De wetenschappelijke verenigingen zijn onze eigen mensen, dus daar is natuurlijk meer contact”.*

Echter, de meerderheid van de respondenten scoort ‘incidenteel aanwezig’ op persoonlijke relaties en vertrouwen. Zo kon een respondent uitleggen dat het verschilt per onderwerp in hoeverre er persoonlijk contact is tussen ziekenhuizen en expertorganisaties. *“Van wat ik dan heb gezien is er op contactniveau wel sprake van die individuele relaties en rekening houden met elkaar en daarop inspelen. Maar op richtlijn niveau is het echt wel objectief gebleven wat het beste voor de patiënt is, heb ik de indruk. Er zijn niet allerlei uitzonderingen op adviezen of maatregelen voor verschillende huizen gemaakt of voor verschillende vakgroepen gemaakt”.*

De meerderheid van de respondenten stelt dat er incidenteel sprake is van persoonlijke relaties tussen ziekenhuizen en expertorganisaties. Door het positieve verband tussen persoonlijke relaties en het gebruik van expertadviezen wat gesteld wordt in de literatuur uit het theoretisch kader, zou geconcludeerd kunnen worden dat persoonlijke relaties tussen ziekenhuizen en expertorganisaties een verklaring zijn voor het gebruiken van expertadviezen. Echter, omdat de meerderheid van de

respondenten spreekt van slechts incidentele persoonlijke relaties kan niet stellig worden geconcludeerd dat expertadviezen ook daadwerkelijk een verklaring is voor het gebruik van expertadviezen tijdens COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen. Toch wordt er ook voornamelijk 'incidenteel aanwezig' gescoord op de afhankelijke variabele. Eén respondent scoort 'aanwezig' op persoonlijke relaties en eveneens 'aanwezig' op de afhankelijke variabele. De aanwezigheid van persoonlijke relaties zou voor deze respondent een verklaring kunnen zijn voor het gebruik van deze expertadviezen.

Communicatie

- Korte en directe communicatielijnen

Een kleine meerderheid van de ziekenhuisrespondenten stelt dat er korte en directe communicatielijnen bestaan tussen de ziekenhuizen en expertorganisaties. De overige respondenten stellen dat het verschilt per expertorganisatie of en hoe de korte en directe communicatielijnen tot uiting komen.

Naar aanleiding van de literatuurstudie blijkt dat wanneer er korte en directe communicatielijnen zijn tussen besluitvormers en expertorganisaties, besluitvormers eerder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken (van Eijk et al. 2013). In het interview is er gevraagd hoe en wie er vanuit het ziekenhuis de communicatie voerde met de expertorganisaties en vice versa. *"Er is heel veel contact. De beroepsvereniging is niet anders dan mensen van ons. Er zijn allemaal leden uit verschillende ziekenhuizen. De wetenschappelijke verenigingen zijn onze eigen mensen, dus daar is natuurlijk meer contact. Met het RIVM is het anders. Daar zijn geen contacten mee. Bij de microbiologie wel indirect, maar daar zijn geen bestuurlijke banden mee"*. Zo waren er wel wekelijks overleggen tussen ziekenhuizen en vakgroepen of de regionale ROAZ-organisatie, maar was er geen direct contact met het RIVM. *"Dat had best gekund, maar dat was er niet. Iedereen kon zich goed vinden in de structuur die er nu was. Wij hadden vertegenwoordigers in het Noord-Nederland ROAZ en de voorzitter van de ROAZ van Noord-Nederland zat in de landelijke ROAZ. Dat klinkt misschien wat bureaucratisch, maar dat werkte best wel goed en snel"*.

Vijf van de acht ziekenhuisrespondenten stelt dat er korte en directe communicatielijnen bestaan tussen de ziekenhuizen en expertorganisaties. De respondenten hebben niet verklaard dat dit een directe invloed heeft op het al dan niet gebruiken van de expertadviezen. In de literatuur uit het theoretisch kader wordt er wel een positief verband gesteld. Zo zou er geconcludeerd kunnen worden dat door korte en directe communicatielijnen besluitvormers in ziekenhuizen eerder geneigd zullen zijn expertadviezen te volgen. Zo zijn er twee respondenten die zowel op deze categorie van

onafhankelijke variabelen als op de afhankelijke variabele 'aanwezig' scoren. Op deze manier zou voor deze respondenten de korte en directe communicatielijnen tussen ziekenhuizen en experts een verklaring kunnen zijn voor het gebruiken van bepaalde expertadviezen.

- Vraag gestuurd advies

Vier van de zes ziekenhuisrespondenten stelt dat er incidenteel expertadviezen richting ziekenhuizen kwamen naar aanleiding van een vraag vanuit het ziekenhuis.

Naar aanleiding van de literatuurstudie blijkt dat besluitvormers eerder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken wanneer deze adviezen opgesteld zijn naar aanleiding van een specifieke vraag vanuit de besluitvormers (van Eijk et al. 2013). De ziekenhuisrespondenten geven aan dat in het geval van de COVID-19 crisis in Nederlandse ziekenhuizen adviezen voornamelijk vanuit het initiatief van de experts zelf kwam en dat het gebrek aan tijd tijdens een crisis ook een belangrijke reden was waarom de adviezen vaak vanuit de experts kwamen in plaats van dat het vanuit een vraag van het ziekenhuis. *“Volgens mij is het in dit geval heel veel eigen initiatief geweest. Je moet je voorstellen; degene die het advies moeten krijgen, zijn ook degenen die ontzettend hard werken op dat moment, dus er is niet echt ruimte om helemaal erover te praten, dus dat wordt heel veel gedaan op basis wat iemand zelf denkt dat hij moet doen”* Andere respondenten spraken over een combinatie. *“Nee dat is twee kanten op. Op beleidsniveau dat overleg drie keer per week was ook juist bedoeld om te kijken wat hebben die Friese ziekenhuizen nou nodig om op Noord Nederlands niveau het juiste te kunnen doen om onze bijdrage aan de nationale problematiek te kunnen leveren. Dat is gevraagd en ongevraagd advies van twee kanten geweest”*.

Naast de vier ziekenhuisrespondenten die stellen dat er incidenteel vraag-gestuurd advies komt, zijn er twee ziekenhuisrespondenten die stellen dat het advies meestal uit eigen initiatief van de expertorganisaties komt (mede door gebrek aan tijd bij de besluitvormers) en twee respondenten hebben het concept vraag-gestuurd advies niet benoemd. De respondenten hebben niet specifiek verklaard wat de invloed van vraag-gestuurd advies is op het al dan niet gebruiken van expertadviezen. In de literatuur uit het theoretisch kader, wordt er een positief verband beschreven tussen vraag-gestuurd advies en het gebruiken van expertadviezen. Op deze manier zou er geconcludeerd kunnen worden dat besluitvormers in ziekenhuizen eerder de neiging hebben expertadviezen te volgen die vraag-gestuurd zijn. Echter, omdat veel respondenten aangeven dat er incidenteel of geen sprake was van vraag-gestuurd advies kan niet stellig worden geconcludeerd dat vraag-gestuurd advies een verklaring is voor het gebruiken van expertadviezen. Daarnaast scoort één respondent 'niet aanwezig' op vraag-gestuurd advies, maar 'aanwezig' op het gebruik van

expertadviezen. Ook hierdoor kan niet stellig worden verklaard dat vraag-gestuurd advies van positieve invloed is op het gebruik van bepaalde expertadviezen.

- Mondelinge toelichting

Vier van de zeven ziekenhuisrespondenten stellen dat er incidenteel sprake was van mondelinge toelichting op de expertadviezen.

In de literatuur uit het theoretisch kader, wordt gesteld dat besluitvormers eerder de neiging zullen hebben de adviezen te volgen van expertorganisaties die mondelinge toelichting geven bij hun adviezen (van Eijk et al. 2013). Uit de interviews komt naar voren dat de manier van communiceren tussen ziekenhuizen en experts bij veel respondenten zowel schriftelijk als mondeling gebeurt. Er is wel vaak sprake van een bepaalde vorm van mondelinge toelichting, bijvoorbeeld door middel van Webinars die werden georganiseerd. Door de COVID-19 crisis was er geen mogelijkheid om fysiek bij elkaar te komen. Er wordt wel wekelijks of soms dagelijks gebeld tussen ziekenhuizen om ervaringen en kennis met elkaar te delen. Een respondent vertelt echter dat dit niet per se geldt voor het contact tussen ziekenhuizen en expertorganisaties. Als er wordt gevraagd naar het contact tussen besluitvormers in ziekenhuizen en expertorganisaties werd het volgende antwoord gegeven. *“Bij ons zijn dat een aantal professoren die veel contact hebben met de wetenschappelijke beroepsverenigingen. De specialisten zelf zijn lid van zo’n vereniging. Maar volgens mij is er niet heel veel belcontact tussen de specialisten en de wetenschappelijke verenigingen”.*

Naast de vier ziekenhuisrespondenten die aangeven dat er incidenteel sprake is van mondelinge toelichting op de expertadviezen zijn er ook twee respondenten die stellen dat er altijd sprake is van mondelinge toelichting op de adviezen en heeft één respondent het concept mondelinge toelichting niet uitgelicht. Dit komt niet geheel overeen met de literatuur uit het theoretisch kader. In de interviews is niet direct verklaard wat de invloed van mondelinge toelichting was op het al dan niet gebruik van expertadviezen. Daarentegen, door het positieve verband in de literatuur uit het theoretisch kader, zou geconcludeerd kunnen worden dat het mondeling toelichten van expertadviezen een verklaring is voor het gebruiken van bepaalde expertadviezen. Echter, door incidentele mondelinge toelichting van de expertadviezen tijdens de COVID-19 crisis kan niet per se geconcludeerd worden dat het mondeling toelichten van expertadviezen ook daadwerkelijk een verklaring is voor het gebruik van expertadviezen tijdens COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen. Het merendeel van de respondenten scoort ‘incidenteel aanwezig’ op de mondelinge toelichting van expertadviezen en ook het merendeel van de respondenten scoort ‘incidenteel aanwezig’ op het gebruik van expertadviezen.

4.5 Interviews met expertorganisaties

Naar aanleiding van de interviews is gebleken dat eerdergenoemde expertorganisaties ieder een andere rol vervullen in de advisering van ziekenhuizen omtrent COVID-19 besluiten. Hieronder zullen de verschillende rollen van de expertorganisaties in meer detail worden toegelicht naar aanleiding afgenomen interviews.

4.5.1 RIVM

Het RIVM wordt door alle ziekenhuisrespondenten gezien als de leidende organisatie als het gaat om de advisering van ziekenhuizen omtrent COVID-19 besluiten. Een aantal ziekenhuizen ziet de adviezen van het RIVM ook niet als adviezen die men op zou kunnen volgen, maar eerder als richtlijnen of kaders waaraan men moet voldoen. De invulling van de richtlijnen is dan aan de ziekenhuizen zelf om te bepalen. *“Nou ja, meer de randvoorwaarden het moet hier en hieraan voldoen. Dus je moet minimaal zoveel bedden vrijmaken en het moet dan en dan klaar zijn. En wij zijn dan aan de slag gegaan om daar een plan voor te verzinnen. Ja het advies was natuurlijk ook dat wij met 1700 bedden opschalen en de vraag is dan hoe kom je daar? In die context moet je het zien”.*

4.5.2 ROAZ

De ROAZ-organisaties vervullen een coördinerende rol op regionaal niveau. De expertrespondenten vertellen over hun rol het volgende: *“Ik faciliteer de samenwerkingen tussen die zorginstellingen, maar wij gaan niet over wat er binnen de ziekenhuizen gebeurt. Dus ik neem vanuit mijn rol als coördinator van ROAZ, verantwoordelijke voor traumazorg netwerk, geen besluiten over ziekenhuizen, wel besluiten over samenwerkingen tussen ziekenhuizen. Die neem ik dan niet, maar ik zorg dat de bestuurders die besluiten nemen. Op de vraag of er ook adviezen komen vanuit de ROAZ-organisaties antwoordt een ziekenhuisrespondent het volgende: “Jazeker. Dus vanuit het ministerie, maar ook vanuit de ROAZ (dat bedoel ik met het UMCG). UMCG is voorzitter van de ROAZ. Die hebben 2 à 3 keer per week met elkaar vergaderd om beleid met elkaar af te stemmen en dan moet je de vertaling maken naar hoe doen ze dat in Groningen? Wat is het Noord Nederlands beleid. Hoe gaan we dat dan in ziekenhuizen doen?”. De ROAZ-organisaties hebben als taak alle ziekenhuizen in de desbetreffende regio de neuzen dezelfde kant op te houden. Deze adviezen worden dan ook vaak als leidend gezien, naast de adviezen van het RIVM. “Het op- en afschalen hebben we veel zelf bepaald, wel op basis van de regionale overleggen, de ROAZ. Die waren natuurlijk heel bepalend en zijn in feite ook leidend voor jouw regio. Daar zit onze voorzitter in en daar hebben we dan informatie van”.*

4.5.3 Wetenschappelijke beroepsverenigingen

De wetenschappelijke beroepsverenigingen komen zoals eerder vermeld op voor de belangen van

een bepaalde wetenschappelijke beroepsgroep. De stafvoorzitters of vakgroep voorzitters communiceren met de bestuurders van de ziekenhuizen. Er komt veel informatie aan bij de ziekenhuizen vanuit verschillende wetenschappelijke beroepsverenigingen. *“Ja, er waren Webinars van de Federatie van Medisch Specialisten. Er waren ook nieuwsbrieven van. Er was ook informatie vanuit de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV). Er was ook veel informatie vanuit de Nederlandse Vereniging Intensive Care (NVIC). Er kwam informatie vanuit de beroepsgroep van de verpleegkundigen en de verzorgenden (VNVN). Er waren dus best veel informatiebronnen. Dat gaat goed zolang dat overeenkomstige adviezen zijn en dat gaat wat minder goed als die adviezen uit elkaar beginnen te lopen. Als het RIVM vervolgens zegt dat je nog iets anders moet doen, krijg je ook vragen vanuit de beroepsgroepen. De Vakbonden zijn de stoorzenders die op alle negatieve dingen zoveel zout leggen dat dat weer onnodige onrust gaf bij zowel patiënten als bij medewerkers”.* Deze uiteenlopende adviezen kan ook zijn weerslag hebben in het maken van de COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. Zo stelt een respondent: *“Als professionals zeggen: wij luisteren alleen maar naar onze eigen club en dat gaan we doen. Dat kun je als bestuurder op de hoofd gaan staat, maar ... dat kan delicaat zijn. Dat is het niet geworden, maar het kan wel een probleem geven”.*

4.5.4 GGD/GHOR

De GGD/GHOR hebben zoals eerder vermeld een meer monitorende rol. Zij hebben contact met de ziekenhuizen over het aantal COVID-19 patiënten dat opgenomen wordt. *“COVID is een meldingsplichtige A-ziekte. Dus op het moment dat een arts bekend is met het feit dat iemand COVID besmet is, dan is er een meldingsplicht bij de GGD cq. bij het RIVM. Dat ging prima en dat is een standaardprocedure waar iedereen zich prima aan houdt. Die is bedoeld om landelijk te kunnen monitoren hoe het virus zich in het land ontwikkelt, ook hoeveel mensen er besmet zijn, hoeveel mensen klachten hebben en hoeveel mensen met een COVID-besmetting overleden zijn. Dat zijn de cijfers die het RIVM elke dag produceert”.* Naast het monitoren van COVID-19 in Nederland, kon de GGD/GHOR-hulp bieden vanuit een crisisbeheersingsperspectief. *“Onze inbreng komt vooral vanuit de crisisbeheersing kant. We hebben natuurlijk als doel om de zorgproductiviteit voldoende te waarborgen. We houden in het oog of de keten kan en blijft functioneren”.* Toch waren er ziekenhuisrespondenten die behoefte hadden aan meer adviezen. *“Je hebt in Nederland rampen organisaties zoals de GGD en veiligheidsregio’s. Nou ja, niets van gemerkt. Wel heel veel communicatie mee gehad. Je moest alles in drievoud opsturen. Je moet een corona patiënt melden, want dat is een a-ziekte. Maar verder was je wel gewoon volledig aan jezelf overgeleverd”.*

4.6 Andere factoren

Naast de factoren die genoemd zijn onder de categorie van onafhankelijke variabelen ‘organisatiestructuur van een ziekenhuis’ worden een aantal andere factoren genoemd door de respondenten in de interviews als mogelijke verklaring voor het al dan niet gebruiken van expertadviezen. Idealiter zouden deze variabelen meer in detail onderzocht worden. In onderstaande tabel 10 wordt schematisch weergegeven in welke mate de factoren aanwezig zijn binnen de ziekenhuizen. Onder de tabel wordt hier meer in detail op in gegaan.

Tabel 10: Andere factoren

		MCL Leeuwarden	Antonius Ziekenhuis Sneek	Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk	Bovenij Ziekenhuis Amsterdam	Topklinisch ziekenhuis (1)	MUMC Maastricht	Spaarne Gasthuis Hoofddorp	Tergooi Ziekenhuis Hilversum
Organisatiestructuur	Formele commando structuur	*	+	*	+	+	*	+	*
Samenwerkingen tussen ziekenhuizen		+	+	+	+	+	+	+	+

4.6.1 Organisatiestructuur

- Formele commandostructuur

De organisatiestructuur van Nederlandse ziekenhuizen tijdens de COVID-19 crisis wordt door de ziekenhuisrespondenten omschreven als een ‘formele commandostructuur’, waar doorgaans iedereen zich goed in kan vinden. *“Het feit dat we in een formele commandostructuur zaten. Je volgt de orders van het hoofd van een orgaan. Dan kom je er wel uit”*. Respondenten noemen ook dat het belangrijk is dat dit er is. *“Ik ben ook persoonlijk van mening dat op het moment dat je dus in een crisis raakt, je een duidelijke command and control structuur nodig hebt. Maar ook leiderschap in tijden van crisis is belangrijk omdat er dan dus geen onrust, onduidelijkheid of ruimte overblijft om onrust te gaan zaaien”*. Een formele commandostructuur waarin de rollen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn wordt dus belangrijk geacht. *“Dus wij zijn wel een ziekenhuis dat heel geoefend is in het afschalen en het werken in een crisisteam. Dat is altijd wel vrij strak georganiseerd bij ons. Dat zie je ook wel heel snel ontwikkelen. Het is gelijk duidelijk wie er in het centraal beleid team zitten en in het operationele team. Daar is op zich geen discussie over”*.

Toch blijft er ruimte voor discussie. Het komt voor dat verschillende wetenschappelijke verenigingen van medische specialismen, verschillende of tegengestelde adviezen geven. *“Aan die dokter zeiden we dat ze dat vooral terug moesten koppelen aan hun eigen club en dat ze het vooral moesten afstemmen met de anderen. Maar ja, we zijn een polderland. Dus zelfs in een crisis moet iedereen een eigen mening hebben. Dat vond ik zelf dan wel weer grappig om te zien”.*

Echter, deze resultaten kunnen niet vergeleken worden met bestaande literatuur. Door verder in detail onderzoek te doen naar deze factoren zouden deze factoren vergeleken kunnen worden met bestaande literatuur, wat de resultaten betrouwbaarder maakt.

4.6.2 Samenwerkingen tussen ziekenhuizen

De respondenten geven aan dat zij naast kennis verkregen door gezond verstand en intuïtie, ook veel kennis vergaren door samen te werken met andere ziekenhuizen. Alle respondenten geven aan dit als een belangrijk onderdeel te zien van het maken van besluiten gedurende de COVID-19 crisis. Inzichten over de aanpak van COVID-19 in ziekenhuizen worden onderling met elkaar gedeeld. Noordelijke provincies krijgen praktijkervaringen vanuit de zuidelijke provincies en de zuidelijke provincies hebben weer veel contact met Italië en Duitsland. Deze regionale samenwerkingen worden gecoördineerd door organisaties als ROAZ, maar er zijn ook directe persoonlijke contacten tussen ziekenhuisbesturen. Vooral in de zuidelijke provincies van Nederland is de regionale samenwerking en coördinatie intensief. De regionale coördinatie is in de zuidelijke provincies zelfs eerder opgezet dan de landelijke coördinatie. Toen de landelijke coördinatie werd ingevoerd, zorgde dit ervoor dat de goed georganiseerde, regionale afspraken niet meer konden worden nageleefd. *“Het maakte natuurlijk meteen in Brabant z’n debuut, maar ze hebben het regionaal heel goed geregeld en op het moment dat daar landelijke regie op kwam, verstoorde dat de goed georganiseerde regionale afspraken die we hadden. Dus dat had echt wel anders gekund denk ik”.*

Hieruit kan worden geconcludeerd dat ziekenhuisbestuurders minder geneigd zijn expertadviezen te gebruiken wanneer er een sterke samenwerking plaatsvindt tussen ziekenhuizen.

“Beroepsverenigingen liepen permanent achter de feiten aan. Kijk de ziekenhuizen hadden natuurlijk ook niet zo heel veel tijd om op te schalen zeg maar. Dan ga je gaat niet die beroepsverenigingen bellen. Van goh, hebben jullie nog nieuwtjes. Je gaat gewoon aan de slag. Dat werkt dan ook goed in de opbouwfase. Daarna hebben we heel snel met de ziekenhuizen en elkaar (de regio) contact gelegd, dat was in een week gepiept. En toen zijn we goed gaan afstemmen onderling, waardoor we ook binnen de regio behoorlijk de bulk hebben kunnen spreiden.

Echter, deze resultaten kunnen niet vergeleken worden met bestaande literatuur. Door verder in detail onderzoek te doen naar deze factoren zouden deze factoren vergeleken kunnen worden met bestaande literatuur, wat de resultaten betrouwbaarder maakt.

5. Conclusie

In deze scriptie is er onderzoek gedaan naar de invloed van verschillende categorieën van onafhankelijke variabelen op het al dan niet gebruiken van expertadviezen in het maken van COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. De onderzoeksvraag luidt als volgt: ***“Hoe kan het al niet dan niet gebruiken van expertadviezen worden verklaard in Nederlandse ziekenhuizen tijdens COVID-19?”***

Gedragen op onder andere de wetenschappelijke literatuur van Van Eijk et al. (2013), Broekema et al. (2018), van der Pennen (2016), Dückers et al. (2019) zijn er vier categorieën van onafhankelijke variabelen opgesteld die het al dan niet gebruiken van expertadviezen zouden kunnen verklaren. De karakteristieken van expert(organisaties), de organisatiestructuur van een ziekenhuis, politieke belangen en de relatie tussen experts en ziekenhuizen kunnen ieder op hun eigen manier invloed hebben op het al dan niet gebruiken van expertadviezen in Nederlandse ziekenhuizen. In de volgende paragraaf zullen de belangrijkste bevindingen worden toegelicht.

5.1 Belangrijkste bevindingen

Zes van de acht ziekenhuisrespondenten scoren ‘incidenteel aanwezig’ op gebruik van expertadviezen. Twee van de acht ziekenhuisrespondenten scoren ‘aanwezig’ op het gebruik van expertadviezen. Deze variatie zou verklaard kunnen worden aan de hand van de vier onderzochte categorieën van onafhankelijke variabelen. Die hieronder in meer detail zullen worden besproken. Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat de expertadviezen incidenteel gebruikt zijn bij COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen.

De scores van de ziekenhuisrespondenten van de vier categorieën van onafhankelijke variabelen zijn over het algemeen ‘incidenteel aanwezig’ op de karakteristieken van experts, de organisatiestructuur van een ziekenhuis en de relatie tussen experts en ziekenhuizen. Alle respondenten, op één na, scoren ‘aanwezig’ op de categorie politieke belangen. De onafhankelijke variabelen zijn opgebouwd uit verschillende factoren en sub factoren. Op deze factoren en sub factoren wordt over het algemeen ook ‘incidenteel aanwezig’ gescoord. Tussen de verschillende ziekenhuisrespondenten zijn toch nog een aantal verschillen te vinden.

In de volgende deelparagrafen zullen de belangrijkste resultaten van de relatie tussen de afhankelijke variabele en de vier categorieën van onafhankelijke variabelen worden weergegeven.

5.1.1 Karakteristieken van expert(organisaties)

Er lijkt een licht positief verband te zijn tussen de karakteristieken van experts en het gebruiken van expertadviezen in de COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. Dit wordt hieronder in meer detail toegelicht.

De vijf ziekenhuisrespondenten die aan hebben gegeven dat er overeenkomstige informatie is tussen expertorganisaties en ziekenhuizen, geven ook aan dat zij eerder geneigd zijn de adviezen te volgen die aansluiten bij de informatie en ideeën die zij zelf al hebben. Dit komt daarnaast ook overeen met de literatuur uit het theoretisch kader. Op deze manier kan geconcludeerd worden dat door overeenkomstige informatie tussen expertorganisaties en ziekenhuizen, besluitvormers in ziekenhuizen eerder de neiging zullen hebben om de adviezen van experts te gebruiken.

Uit de interviews is niet op te maken of de begrijpelijkheid van het jargon ook van invloed is geweest op het al dan niet gebruiken van de expertadviezen. Als de resultaten van de interviews vergeleken worden met de literatuur uit het theoretisch kader, die over het jargon in expertadviezen is geschreven kan worden opgemaakt dat het een wederzijdse begrijpelijkheid van het jargon van positieve invloed is op het gebruik van expertadviezen door besluitvormers in ziekenhuizen. Echter, omdat het jargon incidenteel helder en duidelijk was voor ziekenhuizen en omdat niet alle respondenten het jargon hebben besproken in de interviews, kan niet stellig worden geconcludeerd dat een helder en duidelijk jargon zorgt voor het gebruiken van expertadviezen.

De autoriteit van expertorganisaties kon worden opgesplitst in de twee factoren. De mate waarin de expertorganisaties expertise bezitten en de mate waarin zij als organisatie autoriteit uitstralen. De ziekenhuisrespondenten hebben hier verschillend op geantwoord. Drie van de vijf ziekenhuisrespondenten die hebben aangegeven dat er een bepaalde mate van expertise aanwezig is in de expertorganisaties, hebben ook aangegeven dat zij eerder geneigd zijn de expertadviezen te volgen wanneer een expertorganisatie feitelijk kan aangeven dat deze organisatie expertise bezit. Dit komt overeen met de literatuur uit het theoretisch kader, die bekend is over de invloed van expertise op het al dan niet gebruik van expertadviezen. Echter, omdat niet alle respondenten het concept 'expertise' hebben aangehaald in de interviews en er ook respondenten zijn die expertise slechts 'incidenteel aanwezig' scoren, kan slechts deels worden geconcludeerd dat expertise een verklaring is voor het gebruik van bepaalde expertadviezen.

De helft van de ziekenhuisrespondenten die aangeeft dat expertorganisaties een bepaalde vorm van autoriteit uitstralen, geeft ook aan dat zij eerder geneigd zijn de expertadviezen te volgen van deze expertorganisaties. Dit komt overeen met de literatuur uit het theoretisch kader. Echter, niet alle

ziekenhuisrespondenten waren het erover eens dat bepaalde expertorganisaties autoriteit uitstralen en er zijn ziekenhuisrespondenten die het concept autoriteit niet hebben aangehaald in de interviews. Op deze manier kan er niet stellig worden geconcludeerd dat het uitstralen van autoriteit door een expertorganisatie zorgt voor het gebruik van de adviezen van deze organisatie door besluitvormers.

5.1.2 De organisatiestructuur van een ziekenhuis

Er lijkt een licht negatief verband te zijn tussen de organisatiestructuur van een ziekenhuis en het gebruiken van expertadviezen in de COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. Dit wordt hieronder in meer detail toegelicht.

Drie van de zeven ziekenhuisrespondenten geven aan dat expertorganisaties incidenteel betrokken kunnen zijn in de daadwerkelijke besluitvorming in ziekenhuizen. De mate waarin dit plaatsvindt en of dit directe of indirecte betrokkenheid is, verschilt per expertorganisatie. Concluderend geven zij aan dat de betrokkenheid van experts in de daadwerkelijke besluitvorming niet of nauwelijks invloed heeft gehad op het al dan niet gebruiken van expertadviezen. Dit komt niet geheel overeen met de literatuur uit het theoretisch kader. Het is dan ook niet mogelijk om stellig te concluderen dat door betrokkenheid van experts in het besluitvormingsproces, besluitvormers minder geneigd zijn de adviezen van experts te gebruiken.

Twee van de acht ziekenhuisrespondenten geven aan over interne kennis te beschikken in het ziekenhuis. Zij stellen dan ook dat zij minder geneigd zijn de adviezen van experts te volgen. Zes van de acht respondenten stellen incidenteel of niet over interne kennis te beschikken en zij zullen daarom ook meer geneigd zijn de expertadviezen te volgen. Dit komt overeen met de literatuur uit het theoretisch kader. Geconcludeerd kan worden dat ziekenhuizen meer geneigd zullen zijn expertadviezen te volgen wanneer zij over geen of onvoldoende interne kennis beschikken.

5.1.3 Politieke belangen

Er lijkt een redelijk sterk positief verband te zijn tussen politieke belangen en het gebruiken van expertadviezen in de COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. Dit wordt hieronder in meer detail toegelicht.

De politieke belangen speelden bij veel ziekenhuisrespondenten een rol in het al dan niet gebruiken van expertadviezen. Sommige ziekenhuisrespondenten beargumenteerden dat wanneer deze politieke belangen verankerd zijn in de expertadviezen zij minder snel geneigd zijn deze adviezen te gebruiken. Andere ziekenhuisrespondenten erkennen dat deze politieke belangen er zijn, maar zien

hiervoor geen reden om daarom de expertadviezen niet te gebruiken. Sterker nog, bijna alle ziekenhuisrespondenten erkennen dat er politieke belangen meespelen in de adviezen van bepaalde expertorganisaties. Echter, deze expertorganisaties worden wel als leidende organisaties gezien en de adviezen van deze organisaties worden bijna altijd gebruikt volgens de respondenten. Geconcludeerd kan worden dat de aanwezigheid van politieke belangen er incidenteel voor kan zorgen dat besluitvormers eerder geneigd zijn de expertadviezen te volgen.

5.1.4 Relatie tussen experts en ziekenhuizen

Er lijkt een licht positief verband te zijn tussen de relatie tussen experts en ziekenhuizen en het gebruiken van expertadviezen in de COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. Dit wordt hieronder in meer detail toegelicht.

Volgens de ziekenhuisrespondenten spelen er veel verschillende belangen binnen het ziekenhuis en hebben expertorganisaties ook weer hun eigen belangen. Dit zijn ofwel de belangen van een bepaalde beroepsvereniging of een bepaald vakgebied, ofwel politieke belangen van overheidsorganisaties. Toch stellen veel respondenten dat tijdens een crisis deze belangen vervagen en dat dit weinig invloed heeft op het al dan niet gebruiken van expertadviezen. Dit komt niet geheel overeen met de literatuur uit het theoretisch kader. Geconcludeerd kan worden dat wanneer er tegengestelde belangen spelen tussen besluitvormers in ziekenhuizen en expertorganisaties, besluitvormers in ziekenhuizen niet per se minder geneigd zijn om de adviezen van experts te gebruiken.

De meerderheid van de respondenten scoren 'incidenteel aanwezig' op de persoonlijke relaties tussen ziekenhuizen en expertorganisaties. In de literatuur uit het theoretisch kader wordt er een positief verband aangetoond tussen de aanwezigheid van persoonlijke relaties en het gebruik van expertadviezen. Echter, omdat een meerderheid van de respondenten slechts van incidenteel aanwezige persoonlijke relaties kan niet stellig worden geconcludeerd dat persoonlijke relaties tussen ziekenhuizen en expertorganisaties een verklaring is voor het gebruiken van expertadviezen door ziekenhuizen.

Tijdens de COVID-19 crisis zijn er veel korte en directe communicatie tussen de verschillende ziekenhuizen. ROAZ-organisaties speelden een belangrijke rol in deze communicatie. Communicatie tussen experts en ziekenhuizen was er ook veel, maar niet altijd direct. Adviezen van bijvoorbeeld wetenschappelijke beroepsverenigingen kwamen vaak bij ziekenhuisbestuurders aan via betrokken stafvoorzitters of andere artsen. Uit de interviews is geen direct verband tussen korte en directe communicatie en het gebruik van expertadviezen af te leiden. Echter, door de positieve relatie die in

de literatuur uit het theoretisch kader wordt aangegeven kan geconcludeerd worden dat door korte en directe communicatielijnen tussen besluitvormers in ziekenhuizen en expertorganisaties, besluitvormers eerder de neiging zullen hebben expertadviezen te volgen.

De meningen van ziekenhuisrespondenten zijn verdeeld over de mate waarin adviezen vraag-gestuurd zijn opgesteld of eerder op basis van eigen initiatief van de experts. Een aantal ziekenhuisrespondenten stelt dat dit beiden voor komt en een aantal stelt dat de adviezen vanuit eigen initiatief van de experts komt. Respondenten geven aan dat dit mede komt door het gebrek aan tijd van besluitvormers in ziekenhuizen. De respondenten verklaren in de interviews niet een direct verband tussen vraag-gestuurd advies en het gebruiken van expertadviezen. Echter, door het positieve verband wat gesteld wordt in de literatuur uit het theoretisch kader, zou er geconcludeerd kunnen worden dat besluitvormers in ziekenhuizen eerder de neiging hebben expertadviezen te gebruiken die vraag-gestuurd zijn.

Veel ziekenhuisrespondenten geven aan dat er vooral tussen de ziekenhuizen onderling veel contact was en dat er voornamelijk veel telefonisch contact is geweest. Er was minder telefonisch contact tussen ziekenhuizen en expertorganisaties, maar er werden bijvoorbeeld wel Webinars georganiseerd om toelichting te geven op de gegeven adviesrapporten. In de literatuur uit het theoretisch kader, wordt er een positief verband gesteld tussen het mondeling toelichten van expertadviezen en het gebruik van expertadviezen door besluitvormers. Echter, omdat er slechts incidenteel mondelinge toelichting is geweest op de expertadviezen kan niet per se geconcludeerd worden dat het mondeling toelichten van expertadviezen ook daadwerkelijk een verklaring is voor het gebruik van expertadviezen tijdens COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen.

6. Discussie

In dit laatste hoofdstuk zullen de praktische en theoretische implicaties evenals de beperkingen van het onderzoek worden toegelicht. Tot slot zullen er aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek worden gepresenteerd.

6.1 Praktische en theoretische implicaties

Dit onderzoek betreft een Nederlandse casestudy van COVID-19 besluiten in verschillende ziekenhuizen waarin ingegaan wordt op het al dan niet gebruiken van expertadviezen. De huidige literatuur over dit onderwerp bevat weinig casestudies gericht op de zorgsector. Dit onderzoek probeert dan ook de huidige situatie en ontwikkelingen binnen ziekenhuizen te beschrijven. De methode van dit onderzoek bestaat uit een literatuurstudie, een onderzoekskader met interviews en een documentenanalyse waar andere onderzoekers hopelijk op kunnen voortbouwen en kunnen gebruiken voor onderzoeken binnen andere zorginstellingen of tijdens andere crises.

Er is nog sprake van een COVID-19 crisis tijdens het uitvoeren van dit onderzoek. Wanneer de COVID-19 crisis ten einde is bestaat de kans dat er meer literatuur en documenten beschikbaar zullen zijn over het handelen van besluitvormers in ziekenhuizen tijdens deze crisis en de eventuele rol van expert(organisaties) hierin.

6.2 Beperkingen

In elk interview is er met één bestuurder of stafvoorzitter gesproken. De mogelijkheid bestaat dat er hierdoor een eenzijdig beeld wordt gevormd van de organisatie. Om een meer compleet beeld te kunnen geven zou een meer *in depth casestudy* een uitkomst kunnen bieden. Een *in depth casestudy* geeft namelijk meer inzicht in de achterliggende processen in een organisatie, maar kost wel veel tijd wanneer dit uitgevoerd moet worden in elke organisatie afzonderlijk.

Verder zijn er in totaal acht ziekenhuizen geïnterviewd en drie expertorganisaties. Om een betere representativiteit van het ziekenhuis- en expertlandschap te kunnen geven zouden er meerdere interviews afgenomen kunnen worden. Dit zou echter ook meer tijd in beslag nemen.

Niet alle beoogde expertorganisaties zijn geïnterviewd. Zoals al eerdergenoemd was tijdens het uitvoeren van dit onderzoek de COVID-19 crisis nog volop gaande. Sommige expertorganisaties wilden of konden hierdoor niet mee werken aan het onderzoek. Door ook alle relevante expertorganisaties meer in detail te onderzoeken kan het onderzoek een vollediger beeld geven van de realiteit en wordt het onderzoek betrouwbaarder.

6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Er zijn door de ziekenhuisrespondenten nog twee andere factoren naar voren gekomen die zouden kunnen verklaren of expertadviezen al dan niet worden gebruikt bij COVID-19 besluiten in Nederlandse ziekenhuizen. Voor vervolgonderzoek zou het interessant kunnen zijn om meer in detail te onderzoeken wat de relatie is tussen deze twee factoren en het al dan niet gebruiken van expertadviezen.

Ook wordt er door een ziekenhuisrespondent aangegeven dat in het begin van de COVID-19 crisis veel van de maatschappelijke en politieke aandacht richting ziekenhuizen is gegaan en dat men zich minder goed heeft gerealiseerd wat het effect van COVID-19 op verpleeghuizen is. Dat was namelijk minder zichtbaar in het begin. De politiek sprak uit dat ziekenhuizen op de eerste plek kwamen en daarna de verpleeg- en verzorgingstehuizen. In een vervolgonderzoek zou het interessant zijn om te onderzoeken wat de betrokkenheid van experts in verpleeg- en verzorgingstehuizen is en in welke mate deze adviezen al dan niet gebruikt worden.

Literatuur

- van den Berg, C. F. (2017). Dynamics in the Dutch policy advisory system: externalization, politicization and the legacy of pillarization. *Policy Sciences*, 50(1), 63-84.
- Broekema, W., van Eijk, C., & Torenvlied, R. (2018). The role of external experts in crisis situations: A research synthesis of 114 post-crisis evaluation reports in the Netherlands. *International journal of disaster risk reduction*, 31, 20-29.
- Brown, P. (2020). Studying COVID-19 in light of critical approaches to risk and uncertainty: research pathways, conceptual tools, and some magic from Mary Douglas.
- Cairney, P., & Oliver, K. (2017). Evidence-based policymaking is not like evidence-based medicine, so how far should you go to bridge the divide between evidence and policy?. *Health research policy and systems*, 15(1), 35.
- Campbell, Ken (2020). (MIS in elective surgery), [Webinar]
- Coombs, T. W. (2007). Crisis management and communications.
- van Deemen, A. M. A. (2006). Speltheorie en strategische besluitvorming in organisaties.
- Duin, R. J. (2020, 21 maart). *Is onze maatschappij bestand tegen deze ontwrichtende crisis?* Geraadpleegd op 14 april 2020, van <https://www.parool.nl/nederland/is-onze-maatschappij-bestand-tegen-deze-ontwrichtende-crisis~b9604094/>
- Dückers, M., Hoof, W. V., & Holsappel, J. (2019). Psychosociale aspecten van crisismanagement: taken en uitdagingen voor bestuur en beleid. Een analyse van recente casuïstiek.
- Effting, M., & Graaf, P. de. (2020, 21 maart). Ziekenhuizen buiten Brabant weigerden coronapatiënten. Geraadpleegd op April 10, 2020, van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/ziekenhuizen-buiten-brabant-weigerden-coronapatienten~b535820b/>
- van Eijk, C., Broekema, W., & Torenvlied, R. (2013). "GEEN UNIFORMEN, MAAR SPECIALISTEN" Betrokkenheid van externe experts in crisissituaties.
- Federatie Medisch Specialisten. (2020, 2 april). *Leden*. Geraadpleegd op 30 juli 2020, van <https://www.demedischspecialist.nl/federatie/leden-0>
- GGD/GHOR. (2019, 28 november). *Over*. Geraadpleegd op 19 juli 2020, van <https://ggdghor.nl/home/over-ggd-ghor-nederland/>
- Girbes, A. (2020, 13 april). *Pleidooi voor separate COVID-19-ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 20 juli 2020, van <https://www.artsenauto.nl/pleidooi-voor-separate-covid-19-ziekenhuizen/>
- Heunks, L., Amsterdam, U. M. C., Endeman, A. R., van der Hoeven, R. H., & Radboudumc, N. (2020). "Beademing bij COVID-19 NVIC" advies op basis van expert opinion.

- Ioannidis, J. P. (2020). Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. *European journal of clinical investigation*.
- Klarenbeek, J. M. E. (2012). Crisis in aantocht!: een interactioneel perspectief op crisiscommunicatie.
- Keulemans, M. (2020, 16 maart). *Experts: coronacrisis kan nog jaren duren, maatregelen nog lang na 6 april nodig*. Geraadpleegd op 14 april 2020, van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/experts-coronacrisis-kan-nog-jaren-duren-maatregelen-nog-lang-na-6-april-nodig~b5e060bb/>
- Keulemans, M. (2020a, 12 maart). *Doen we wel genoeg? RIVM-baas Van Dissel: 'Zodra iets op besmetting in het gezin wijst: isolatie'* Geraadpleegd op 29 april 2020, van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/doen-we-wel-genough-rivm-baas-van-dissel-zodra-iets-op-besmetting-in-het-gezin-wijst-isolatie~bc5d1b14/>
- Kruse, F., Remers, T., & Jeurissen, P. (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands. *Country report available at LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 24*.
- Maes, A. (2019, 10 augustus). *Overheid, neem regie bij transformatie ziekenhuislandschap | Zorgensstelsel.nl*. Geraadpleegd op 19 juli 2020, van <https://zorgensstelsel.nl/overheid-neem-regie-bij-transformatie-ziekenhuislandschap/>
- Mebius, D. (2020, 24 maart). *Klacht ic-artsen: regie mist bij verdeling patiënten, RIVM: Verspreiding corona lijkt te zijn afgeremd*. Geraadpleegd op April 10, 2020, van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/klacht-ic-artsen-regie-mist-bij-verdeling-patiënten-rivm-verspreiding-corona-likt-te-zijn-afgeremd~bcd7549c/>
- van Mierlo, J. G. A. (1993). *Adviesorganen in de gezondheidszorg* (No. urn: nbn: nl: ui: 27-15205). Maastricht University.
- Ministerie van Algemene Zaken. (2020, 6 mei). *Letterlijke tekst persconferentie minister-president Mark Rutte en directeur Jaap van Dissel (Centrum Infectieziektebestrijding) na afloop van crisisberaad kabinet*. Geraadpleegd op 31 juli 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/mediateksten/2020/04/21/letterlijke-tekst-persconferentie-minister-president-mark-rutte-en-directeur-jaap-van-dissel-centrum-infectieziektebestrijding-na-afloop-van-crisisberaad-kabinet>
- Nationaal Coordinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (2009). *Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC). (2020). *COVID-19 | NVIC Nederlandse Vereniging voor Intensive Care*. Geraadpleegd op 23 april 2020, van <https://nvic.nl/covid-19>

- Neureiter, A. (2020, 8 april). *Veerkrachtig leiderschap in de zorg tijdens en na COVID-19: vijf thema's voor de route naar het "nieuwe normaal"*. Geraadpleegd op 6 juli 2020, van <https://bebricht.eu/veerkrachtig-leiderschap-in-de-zorg/>
- NOS. (2020, 11 maart). *Corona-uitbraak nu officieel pandemie, wat betekent dat?* Geraadpleegd op 5 juli 2020, van <https://nos.nl/collectie/13824/artikel/2326765-corona-uitbraak-nu-officieel-pandemie-wat-betekent-dat>
- Noordegraaf, M. (2009). Besluiten over besluitvorming. *Van besluitvormingstheorie, via management van 'stakeholders' naar besluitvorming over huisvesting. Utrecht, Inleiding, IWR expertmeeting, TU Delft.*
- van der Pennen, R. (2016). Besluitvorming in het ziekenhuis.
- Peirce, A. G. (2004). Some considerations about decisions and decision-makers in hospital ethics committees. *Online Journal of Health Ethics*, 1(1), 3.
- RIVM. (z.d.). *Over*. Geraadpleegd op 14 juni 2020, van <https://www.rivm.nl/over-het-rivm>
- RIVM. (2) (z.d.). *Zorgmedewerkers binnen het ziekenhuis*. Geraadpleegd op 18 juli 2020, van <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/professionals/binnen-ziekenhuis>
- ROAZ. (z.d.). *ROAZ | Acute Zorg Euregio*. Geraadpleegd op 14 juni 2020, van <https://www.acutezorgeuregio.nl/roaz/>
- Rust, L. (2014). Handreiking samenwerking GGD-GHOR bij infectieziektebestrijding. *PGV Nederland (Vereniging voor GGD en GHOR)*, 1–20. Geraadpleegd van <https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/grop-oto/publicaties/publicatie/9239-handreiking-samenwerking-ggd-ghor-bij-infectieziektebestrijding>
- Stegeman, H. (2020, 27 juni). *De onzichtbare crisis die nog erger is dan corona*. Geraadpleegd op 30 juli 2020, van <https://www.rtlnieuws.nl/economie/opinie/column/5168003/corona-crisis-biodiversiteit-klimaat-natuur-herstel-politiek-dnb>
- Timen, A., & van Dissel, J. T. (2016). Infectieziektebestrijding: van melding tot maatregelen. *Ned. Tijdschr. Med. Microbiol*, 24, 115-21.
- Weggelaar-Jansen, A. M., De Bruyne, M. C., Wagner, C., & Bal, R. (2015). Kwaliteitsverbetering opleidingsziekenhuis blijkt maatwerk: Structuur organisatie is bepalend. *Boardroom zorg*, (1), 236-239.
- Westra, D., & Tietschert, M. (2020). De lessen die de zorg kán en móét leren van de COVID-19-pandemie. *TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 1-4.

Appendix.

A Interviews

A1 Interviewvragen ziekenhuizen

Introductie

Goedemorgen/middag. Mijn naam is Haike Mulder. Nogmaals hartelijk dank dat uw wilt deelnemen aan dit onderzoek. Vind u het oke als ik dit interview opneem? Deze opname zal na het onderzoek verwijderd worden. Het interview zal ongeveer 30-45 minuten duren. Is dat oke voor u? Vind u het prettig om anoniem te blijven in dit onderzoek? Uw naam en uw organisatie zullen in dat geval niet worden genoemd. Vind u het verder prettig om de tekst van dit interview nog even te lezen en eventueel te corrigeren voor het in mijn onderzoek wordt verwerkt?

- Wat zijn de twee meest belangrijke besluiten gelinkt aan COVID-19 die in het ziekenhuis (of binnen een bepaalde afdeling) genomen zijn?
 - o Is/was er schaarste aan kennis over deze besluiten in het ziekenhuis?
 - Welke kennis of informatie is er wel?
 - o Circuleerden er adviesrapporten over deze besluiten?
 - o Welke adviesrapporten waren dit?
 - (Zijn/waren er kosten verbonden aan deze adviesrapporten?)
 - o Wat hebben deze adviesrapporten verklaard?
 - Waren er verschillen tussen besluiten voor het gehele ziekenhuis en voor bepaalde afdelingen? Zo ja, welke?

Belangen van besluitnemer

- Welke besluiten rondom de aanpak van COVID-19 in ziekenhuizen zijn of waren naar uw eigen overtuiging het belangrijkste?
- Heeft u gedurende COVID-19 besluiten moeten nemen omtrent maatregelen die in lijn waren met de richtlijnen van de overheid maar die naar uw eigen mening anders hadden moeten worden uitgewerkt of anders genomen hadden moeten worden?
- Heeft de uitvoering van een bepaald advies hinder ondervonden als gevolg van belangenverstrengeling bij 1 of meerdere specialismen.

Persoonlijke relaties en vertrouwen

- (Worden er beroepsverenigingen betrokken in de besluitvorming rondom de aanpak van COVID-19 in Nederlandse ziekenhuizen?)
- Werd u ook geadviseerd door deze beroepsverenigingen over de zojuist genoemde besluiten vóór de COVID-19 crisis?
- Kunt u spreken van persoonlijke relaties tussen de beroepsverenigingen en ziekenhuizen?
 - o Zo ja, Waarom vindt u dat?
 - o Zo ja, hoe worden deze relaties tussen beroepsverenigingen en ziekenhuizen onderhouden?

- Wat zijn de belangrijkste aspecten in deze relaties?
 - o Wordt er ook aandacht besteed aan de individuele kenmerken en karakters van experts uit de beroepsverenigingen?
 - o In hoeverre kunt u spreken van vertrouwen in de relatie? Hoe uit zich dat?

Communicatie

- Wie zijn actoren vanuit het ziekenhuis die de communicatie voeren met de beroepsverenigingen over de adviesrapporten?
- Wanneer worden adviezen gegeven aan de ziekenhuizen over de aanpak van COVID-19?
 - o Worden de adviezen gegeven naar aanleiding van een vraag vanuit het ziekenhuis of uit eigen initiatief van de beroepsverenigingen?
- Wat is de manier waarop de adviezen van beroepsverenigingen worden gecommuniceerd richting de ziekenhuizen?
 - o Alleen via adviesrapporten of ook door mondelinge toelichting?
- Komt het advies van de beroepsverenigingen volgens u op tijd om de problemen omtrent de aanpak van COVID-19 op tijd aan te kunnen pakken?
 - o Hoe komt u tot dit inzicht?
- Bevat de kennis die geleverd wordt door beroepsverenigingen eigen belangen van de desbetreffende beroepsvereniging? Of is deze uitsluitend gebaseerd op wetenschappelijke informatie?
 - o Hoe ziet u dit terug?

De betrokkenheid van experts

- Wat is de positie van de beroepsverenigingen ten opzichte van de groep van besluitvormers in het ziekenhuis?
 - o Blijft het bij onafhankelijk advies of hebben de beroepsverenigingen ook een stem in de besluitvorming?
 - Kunt u dit verder uitleggen?

Jargon van de besluitnemer

- Gegeven rapport X, is het jargon wat gebruikt wordt in de adviesrapporten van de beroepsvereniging begrijpelijk voor u en het ziekenhuis?
 - o Waarom wel/niet?

Besluit

- Gegeven rapport x, worden de besluiten genomen wat zij hebben geadviseerd en worden deze opgevolgd?
 - o Waarom wel of niet?

A2 Interviewvragen experts

Introductie

- Wat zijn de meest belangrijke besluiten gelinkt aan COVID-19 die in het ziekenhuis (of binnen een bepaalde afdeling) genomen zijn?
 - Is/was er schaarste aan kennis over deze besluiten in het ziekenhuis?
 - Welke kennis of informatie is er wel?
 - Circuleerden er adviesrapporten over deze besluiten?
 - Welke adviesrapporten waren dit?
 - Zijn/waren er kosten verbonden aan deze adviesrapporten?
 - Wat hebben deze adviesrapporten verklaard?
 - Waren er verschillen tussen besluiten voor het gehele ziekenhuis en voor bepaalde afdelingen? Zo ja, welke?

Organisatiestructuur

- Welke actoren stellen het adviesrapport op?
 - Hoeveel actoren stellen het adviesrapport op?
- Welke actor(en) is/zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het adviesrapport?
 - Op wie kan teruggevallen worden als er vragen of opmerkingen zijn over het adviesrapport?
- Hoe wordt de kennis in de adviesrapporten verkregen?

Belangen van experts

- Welke problemen rondom de aanpak van COVID-19 in ziekenhuizen zijn voor u persoonlijk het belangrijkste?

Vertrouwen

(Als uit de introductievragen blijkt dat er beroepsverenigingen worden betrokken dan beginnen bij de tweede onderstaande vraag)

- Adviseerde u als GGD/beroepsvereniging over de zojuist genoemde besluiten ook vóór de COVID-19 crisis?
- Kunt u spreken van persoonlijke relaties tussen de GGD/beroepsverenigingen en ziekenhuizen?
 - Zo ja, Waarom vindt u dat?
 - Zo ja, hoe worden deze relaties tussen GGD/beroepsverenigingen en ziekenhuizen onderhouden?
- Wat zijn de belangrijkste aspecten in deze relaties?
 - Wordt er ook aandacht besteed aan de individuele kenmerken en karakters van experts uit de GGD/beroepsverenigingen?
 - In hoeverre kunt u spreken van vertrouwen in de relatie? Hoe uit zich dat?

Communicatie

- Wie zijn actoren vanuit de GGD/beroepsvereniging die de communicatie voeren met de ziekenhuizen over de adviesrapporten?
- Wanneer worden adviezen gegeven aan de ziekenhuizen over de aanpak van COVID-19?
 - o Worden de adviezen gegeven naar aanleiding van een vraag vanuit het ziekenhuis of uit eigen initiatief van de GGD/beroepsverenigingen?
- Wat is de manier waarop de adviezen van beroepsverenigingen worden gecommuniceerd richting de ziekenhuizen?
 - o Alleen via adviesrapporten of ook door mondelinge toelichting?
- Komt het advies van de GGD/beroepsverenigingen volgens u op tijd om de problemen omtrent de aanpak van COVID-19 op tijd aan te kunnen pakken?
 - o Hoe komt u tot dit inzicht?
- Waar is de kennis die geleverd wordt door de GGD/beroepsverenigingen op gebaseerd?
 - o Hoe ziet u dit terug?

De betrokkenheid van experts

- Wat is de positie van de GGD/beroepsverenigingen ten opzichte van de groep van besluitvormers in het ziekenhuis?
 - o Blijft het bij advies of hebben de GGD/beroepsverenigingen ook een stem in de besluitvorming?
 - Kunt u dit verder uitleggen?

Besluit

- Gegeven rapport x, worden de adviezen in dit rapport over de aanpak van COVID-19 in ziekenhuizen opgevolgd en wordt dat besluit genomen wat jullie hebben geadviseerd?
 - o Waarom wel of niet?

A3 Codeboom

