




De Medisch Specialist als Ziekenhuisbestuurder.

Vorbereiding, Rolopvatting en Spagaat.

Lisette Venekamp
2022



De Medisch Specialist als Ziekenhuisbestuurder.

Vorbereiding, Rolopvatting en Spagaat.



Erasmus University Rotterdam
For ambitious thinkers and doers.



Master-thesis in het kader van de studie Master of Health Business Administration (MHBA-18)

Juni 2022

Geschreven door: Lisette Venekamp

Studentnummer: 589738

Thesisbegeleidster: prof. dr. Wilma van der Scheer

Tweede beoordelaar: dr. Maarten Janssen

Inhoudsopgave

Afkortingen	4
Overzicht gebruikte tabellen en figuren	5
Voorwoord	7
Management summary	8
Samenvatting	10
1. Inleiding	12
1.1 Achtergrond	12
1.2 Doelstelling	13
1.3 Vraagstelling	14
1.4 Relevantie	14
2. Theoretisch kader	16
2.1 Literatuuronderzoek	16
2.1.1 Aanpak literatuuronderzoek	16
2.1.2 Positionering van de geneeskundig bestuurder in het zorglandschap	17
2.1.2 Voorbereiding van de geneeskundig bestuurder op de bestuurlijke rol	19
2.1.3 Rol en functie-uitoefening van de geneeskundig bestuurder	20
2.1.4 Het combineren van kliniek en bestuur: Spagaat tussen kliniek en management	22
2.2 Conceptueel model	23
3. Onderzoeksopzet	25
3.1 Methoden	25
3.2 Onderzoeksmodel	27
3.3 Dataverzameling	27
3.4 Dataverwerking	28
4. Onderzoeksresultaten	29
4.1 Enquête	29
4.1.1 Beschrijving onderzoekspopulatie en respondentengroep	29
4.1.2 Opleiding	32
4.1.3 Ervaring	32
4.1.4 Professionele ontwikkeling	33
4.1.5 Rolopvatting en roluitvoering	36
4.2 Interviews	41
4.2.1 Beschrijving respondentengroep	41
4.2.2 Pad van medisch specialist tot bestuurder: opleiding, ervaring, persoonlijke ontwikkeling	41
4.2.4 Professionele ontwikkeling als bestuurder	44

4.2.5 Rolopvatting	44
4.2.6 Functie-uitoefening, hybride functie en spagaat.....	46
5. Analyse van de resultaten	49
5.1 Voorbereiding: opleiding en ervaring	49
5.2 Professionele ontwikkeling als bestuurder	51
5.3 Rolopvatting.....	52
5.4 Functie-uitoefening, hybride functie en spagaat	55
6. Conclusie	57
7. Discussie en aanbevelingen.....	59
7.1 Discussie onderzoeksmethode.....	59
7.2 Discussie van resultaten en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	61
7.3 Praktische aanbevelingen	62
8. Persoonlijke reflectie.....	64
Referenties	66
Bijlage 1: Semi-gestructureerde vragenlijst en topics interviews	69
Bijlage 2: Coderingstabel interviews	70
Bijlage 3: Tabellen en figuren	71
Dankwoord.....	79

Afkortingen

FMML	Faculty of Medical Management and Leadership
GV	Geneeskundige Vereniging
MBA	Master of Business Administration
MHA	Master of Health Administration
MHBA	Master of Health Business Administration
MMM	Master of Medical Management
MPH	Master of Public Health
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
VK	Verenigd Koninkrijk
VS	Verenigde Staten
WNT	Wet Normering Topinkomens

Overzicht gebruikte tabellen en figuren

Figuur 2.1: Conceptueel model	23
Figuur 2.2: Schematische weergave van de identificatie van de medisch specialist-bestuurder als medisch specialist en bestuurder in de loop van de tijd.....	24
Figuur 3.1: Schematische weergave onderzoeksopzet.....	26
Figuur 4.1: Respondenten enquête.....	30
Tabel 4.1: Demografische gegevens van de ziekenhuisbestuurders.....	30
Figuur 4.2: leeftjidsverdeling onder mannelijke en vrouwelijke geneeskundig bestuurders.	31
Figuur 4.3: Leeftjidsverdeling onder mannelijke en vrouwelijke ziekenhuisbestuurders.....	31
Figuur 4.4: Managementervaring (in jaren) van geneeskundig en niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders in Nederland.....	32
Tabel 4.2: Deelname aan professionaliseringsactiviteiten door ziekenhuisbestuurders.....	33
Tabel 4.3: Meest effectieve professionaliseringsactiviteiten volgens geneeskundig en niet-geneeskundig zorgbestuurders.	34
Tabel 4.4: Meest effectieve professionaliseringsactiviteiten volgens geneeskundig en niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders	34
Tabel 4.5: Volgde u de afgelopen 10 jaar een postacademische managementopleiding/-cursus? 35	
Tabel 4.6: Type gevolgde postacademische managementopleidingen de afgelopen 10 jaar.....	35
Tabel 4.7: Rolopvatting van ziekenhuisbestuurders.	36
Tabel 4.8: Top-3 van meest belangrijke rolopvattingen volgens geneeskundig en niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders.	36
Tabel 4.9: Feitelijke rolbeleving van ziekenhuisbestuurders.	37
Tabel 4.10: Vergelijking van rolopvatting geneeskundig ziekenhuisbestuurders ten aanzien van het belang van de rol en de feitelijke rol.	38
Tabel 4.11: Top-3 van factoren waaruit volgens geneeskundig en niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders het meest de effectiviteit van een bestuurder blijkt.	38
Figuur 4.5: percentage tijd besteed aan zorginhoudelijke zaken door ziekenhuisbestuurders. p=0,027.	39
Figuur 4.6: Percentage tijd besteed aan beheersmatige zaken door ziekenhuisbestuurders. p=0,027	40
Figuur I: Managementervaring in jaren voor geneeskundig versus niet-geneeskundig bestuurders. p=0,010	71
Tabel I: Deelname aan professionaliseringsactiviteiten door zorgbestuurders.....	72
Tabel II: Deelname aan professionaliseringsactiviteiten door ziekenhuisbestuurders.....	73
Tabel III: Meest effectieve professionaliseringsactiviteiten volgens zorgbestuurders.	74
Tabel IV: Meest effectieve professionaliseringsactiviteiten volgens ziekenhuisbestuurders.....	75
Tabel V: Gevolgde post-academische managementopleidingen door zorgbestuurders de afgelopen 10 jaar.	76
Tabel VI: Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van een bestuurder?	77

Tabel VII: Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van een bestuurder?..... 78

Tabel VIII: Volgde u de afgelopen 10 jaar een postacademische managementopleiding/ -cursus?78

Voorwoord

Deze thesis, en dit onderwerp, is tot stand gekomen vanuit mijn eigen interesse, vragen en dilemma's waar ik momenteel zelf mee te maken heb in mijn carrière en in mijn werk in Kempenhaeghe. Als medisch specialist heb ik in toenemende mate interesse gekregen voor leidinggevende, management en bestuurlijke functies. Na een aantal jaar als bestuurslid en voorzitter van de VMSSD (vereniging medisch specialisten in dienstverband) in de organisatie waar ik nu werk ben ik begonnen aan deze studie MhBA, juist om meer gestructureerde bagage te krijgen voor dergelijke functies.

Het viel mij op dat er ziekenhuizen (ZH) zijn die bewust kiezen voor een arts in hun bestuur, en ziekenhuizen die dat bewust niet lijken te doen. Dat heeft mij aan het denken gezet en een hoop vragen opgeleverd. Wat zijn voor- en nadelen van een arts in het bestuur? En hoe is het als arts om bestuurder te zijn in een ziekenhuis? Kan de arts, zeker wanneer dit een medisch specialist (MS) betreft die altijd actief geweest is in patiëntenzorg, deze bestuurlijke rol combineren met zorg? Hoe ziet de medisch specialist-bestuurder zijn/haar rol eigenlijk zelf?

Is het wenselijk, en mogelijk, om als medisch specialist actief te blijven EN een eindverantwoordelijke bestuurdersrol te vervullen? Of, omgekeerd bekeken, kan een ZH-bestuurder tegelijkertijd goed besturen EN goede medisch specialistische zorg blijven leveren? Is hier onderbouwende literatuur over verschenen?

En als je dan bestuurder wordt, is er dan iets te zeggen over de manier waarop je je daarop kan voorbereiden, of achteraf gezien beter had kunnen voorbereiden?

Wie kan mij nou beter helpen met deze vragen dan bestuurders die zelf medisch specialist zijn (geweest)? Zo is het idee ontstaan om gesprekken (interviews) aan te gaan met collega's die een eindverantwoordelijke bestuurlijke rol hebben.

Om vanuit een brede vraag, vertrekkende vanuit geneeskundig bestuurders in de zorg, te versmallen tot het onderwerp en de vraagstellingen van deze thesis, heb ik gekozen voor de medisch specialist die een bestuursfunctie in een ziekenhuis heeft. En omdat deze MhBA vooral gericht is op het Nederlandse zorgsysteem, richt ik mij in mijn thesis op de Nederlandse situatie, hoewel de achtergrondinformatie uiteraard prima gebaseerd kan worden op internationale literatuur.

Interviews met personen die beide functies bekleeden/ bekleedden nemen in dit onderzoek een belangrijke rol in, net als eerder gepubliceerd onderzoek hiernaar en gedestilleerde gegevens uit een uitgebreide enquête onder Nederlandse zorgbestuurders.

Dit thema sluit aan bij mijn persoonlijke situatie; ik ben medisch specialist met management taken en bestuurlijke ambitie. Hoe ga ik deze taken combineren, of moet ik op een gegeven moment toch kiezen voor een van beide?

Management summary

The aim of this study is to gain insight into (the perception of) the medical specialist-directors of hospitals in the Netherlands in terms of their preparation, their perception of their roles and the performance of their functions, with an emphasis on possible conflicting situations involving a dual role of medical specialist and director of the hospital.

The research consists of two parts: a survey among healthcare directors in the Netherlands, from which the data of 48 hospital directors were analysed, and 7 interviews with medical specialist-directors of Dutch hospitals.

In summary, the **preparation** for the administrative role consists of experience and training. Experience is mainly gained in hybrid positions, when the medical specialist, in addition to the clinical profession, has a role as department chair, chair of medical staff, medical manager or medical director. There is plenty of training on offer in the Netherlands (and abroad) and consists of postgraduate management courses such as MBA, MHA, master classes, and shorter (additional) training courses aimed at a specific management subjects. The appreciation of the preparation for their managerial role by the medical specialist-directors is variable. Experience was an important preparation for everyone, but training is missed by some more than by others, although shorter courses in the field where there appears to be a knowledge gap are considered useful to gain the knowledge. It applies to all interviewed directors that they grew towards the managerial role without this being a clear goal in advance, it turned out to be a self-unfolding path.

The **role** of medical specialist-directors is primarily *strategist*, they also see themselves having an important *exemplary role* both within the organization and beyond, towards external parties. It is striking that all interviewed directors continue to identify themselves above all with being a medical doctor, even if they no longer perform that function.

There are varying views on the **performance** of the function and the possible 'split' between the clinical role of a medical specialist on the one hand and the directing role on the other. It is clear that this split was most felt in the period when the director was not yet a director, but a medical specialist with a management function, which was regarded by all as a tough and busy - but also fun - time. Whether you, as a medical specialist-director, choose to remain clinically active or not is primarily a personal choice and must suit your profession and the healthcare institution where you are a director. In any case, conflicting situations can be avoided by always exercising explicit role clarity and by making clear agreements with the board, supervisory board and department.

This research has contributed to insight into the role perception of a medical specialist-director, into how a medical specialist can prepare for a director's role, and how medical specialists themselves think about combining a clinical and a managerial role.

It has resulted in practical recommendations for medical specialists who aspire to a managerial role.

The results lead to recommendations for follow-up research into optimizing training and investigating the added value of a master's degree (MBA, MHA). Further investigation of the hybrid director's role, in which the medical specialist remains clinically active, is also recommended. It would be interesting to examine this aspect from other angles, for example from the non-medical director and from the department where the medical specialist still works. It is also recommended that a social debate be started about the Dutch legislation on

maximizing salaries (WNT, Wet Normering Top Inkomens), which has probably contributed to the fact that since 2015, far fewer medical specialists have opted for an administrative role, and about the option of registering as a medical specialist, since medical specialist-directors continue to identify primarily with being a medical doctor and the prospect of losing this recognition can be a major stumbling block. How big this problem really is can be further investigated among a larger population of medical specialists with managerial interest.

Samenvatting

Dit onderzoek heeft als doel inzicht te krijgen in (de beleving van) de medisch specialist-bestuurders van ziekenhuizen in Nederland op gebied van hun voorbereiding, hun rolopvatting en functie-uitoefening met de nadruk op mogelijke spagaat die een dubbele rol van medisch specialist en bestuurder met zich mee zou kunnen brengen.

Het empirisch deel van het onderzoek bestaat uit twee delen: een enquête onder zorgbestuurders in Nederland waaruit de gegevens van 48 ziekenhuisbestuurders zijn gedestilleerd en 7 interviews met medisch specialist-bestuurders van Nederlandse ziekenhuizen.

Samenvattend bestaat de **voorbereiding** op de bestuurlijke rol uit ervaring en scholing. Ervaring wordt vooral opgedaan in hybride functies, wanneer de medisch specialist naast het klinisch vak een rol heeft als vakgroep voorzitter, voorzitter medisch staf, medisch manager of medisch directeur. Scholingsaanbod is ruim in Nederland (en buitenland) en bestaat uit postacademische managementopleidingen zoals MBA, MHA, masterclasses, en kortere (bij)scholingstrajecten gericht op een specifiek management-onderdeel. De waardering van de voorbereiding op hun bestuurlijke rol door de medisch specialist-bestuurders is wisselend. Ervaring is voor iedereen een belangrijke voorbereiding geweest en ruim aanwezig, maar scholing wordt door sommigen meer gemist dan door anderen, hoewel kortere cursussen op het vlak waar er een kennishiaat blijkt te zijn wel zinvol geacht worden om de kennis op te doen.

Voor alle geïnterviewde bestuurders geldt dat ze naar de bestuurlijke rol toe zijn gegroeid zonder dat dit vooraf een duidelijk doel bleek te zijn, het bleek een zichzelf ontvouwend pad.

De **rolopvatting** van de medisch specialist-bestuurders is in de eerste plaats strategisch en daarnaast zien ze zichzelf een belangrijke voorbeeldrol hebben zowel binnen de organisatie als daarbuiten, naar externen toe. Opvallend is dat alle geïnterviewde bestuurders zich bovenal blijven identificeren met het zijn van arts, ook al voeren ze die functie niet meer uit.

Over de **functie-uitoefening** en mogelijke **spagaat** tussen enerzijds de klinische rol van een medisch specialist en anderzijds de bestuurlijke rol wordt wisselend gedacht. Duidelijk is dat deze spagaat het meest gevoeld werd in de periode dat de bestuurder nog geen bestuurder was, maar medisch specialist met een managementfunctie, wat door allen als zware en drukke -maar ook leuke- tijd werd bestempeld. Of je als medisch specialist-bestuurder ervoor kiest om klinisch actief te blijven of niet, is vooral een persoonlijke keuze en moet passen bij je vak en bij de zorginstelling waar je bestuurder bent. Hoe dan ook kunnen conflicterende situaties vermeden worden door te allen tijde een expliciete rolduidelijkheid te betrachten en door duidelijke afspraken te maken met bestuur, raad van toezicht en vakgroep.

Dit onderzoek heeft bijgedragen aan inzicht in de rolopvatting van een medisch specialist-bestuurder, in hoe een medisch specialist zich kan voorbereiden op een bestuurdersrol, en hoe medisch specialisten zelf denken over het combineren van een klinische en een bestuurlijke rol. Het heeft geleid tot praktische aanbevelingen aan medisch specialisten die een bestuurlijke rol ambiëren.

De uitkomsten leiden tot aanbevelingen tot vervolgonderzoek naar het optimaliseren van de scholing, en onderzoeken van de meerwaarde van een masteropleiding (MBA, MHA). Ook het verder onderzoeken van de hybride bestuurdersrol, waarbij de medisch specialist klinisch actief blijft, is aan te bevelen. Interessant zou zijn om dit aspect te belichten vanuit andere invalshoeken, bijvoorbeeld van de niet-geneeskundig bestuurder en vanuit de vakgroep waar de

medisch specialist nog werkzaam is. Tevens is het aan te bevelen om maatschappelijk een debat aan te gaan over de WNT (Wet Normering Topinkomens) die er waarschijnlijk aan heeft bijgedragen dat sinds 2015 veel minder medisch specialisten kiezen voor een bestuurlijke rol, en de mogelijkheid om op papier de registratie als medisch specialist te behouden, aangezien bestuurders zich primair blijven identificeren met het zijn van arts en het vooruitzicht deze erkenning te verliezen een groot struikelblok kan zijn. Hoe groot dit probleem in werkelijkheid is, kan verder onderzocht worden onder een grotere populatie medisch specialisten met bestuurlijke interesse.

1. Inleiding

In deze thesis wordt gesproken van *zorgbestuurders*, waarmee eindverantwoordelijke bestuurders van een zorginstelling worden bedoeld, van *geneeskundig bestuurders*, wat bestuurders zijn met een geneeskundige achtergrond; zij hebben geneeskunde gestudeerd maar niet noodzakelijk gewerkt als arts, en van *medisch specialist-bestuurders*, dat zijn bestuurders van een zorginstelling die ervaring hebben als medisch specialist en dus jaren klinisch hebben gewerkt in een ziekenhuis, zij hebben geneeskunde gestudeerd en zich daarna gespecialiseerd in een medisch specialisme.

1.1 Achtergrond

De medisch specialist-bestuurder bevindt zich op het snijvlak van 2 professies; bestuurder en medisch specialist (MS). Een medisch specialist-bestuurder heeft een carrière als medisch specialist achter de rug voordat er bestuurlijke ambities ontwikkeld worden. Het uitvoeren van de professie medisch specialist vergt andere competenties dan van het bestuurdersvak. Hoewel het in verschillende landen in Europa vanzelfsprekend of zelfs vereist is dat er een geneeskundig bestuurder wordt aangesteld in het ziekenhuis, is dat in Nederland niet het geval. Toch blijkt uit onderzoek van Rotar et al. onder ziekenhuizen in 19 OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) -landen in 2016, dat artsen in toenemende mate betrokken zijn in ziekenhuismanagement (1) en dat dit voordelen kan hebben voor de organisatie. Zo kan dit een positief effect hebben op de implementatie van kwaliteitsmanagementsystemen wanneer artsen een formele besluitvormende rol hebben bij strategische beslissingen in het ziekenhuis (1).

Ook in Nederland is hier onderzoek naar gedaan. Van der Scheer rapporteerde in 2015 dat 30% van de zorgbestuurders een geneeskundige achtergrond had (2), in 2020 was dat percentage afgenomen tot 15%. Veertig procent van de *ziekenhuisbestuurders* heeft geneeskunde gestudeerd (3). Besturen van een ziekenhuis vergt verschillende competenties: er is een verantwoordelijkheid voor het leveren van de meest optimale behandeling, de meest optimale verzorging van patiënten, inzet van mensen en middelen en de verantwoording hierover aan de maatschappij (4). Glouberman en Mintzberg beschreven dit als 'de vier werelden van een ziekenhuis': Cure, Care, Control en Community (5). Zo bestaat een ziekenhuis in feite niet uit één, maar uit vier organisaties. Door deze verschillende onderdelen van zorgbestuur heeft het ziekenhuisbestuur te maken met veel partijen die op één of andere manier zijn betrokken bij de zorg of de organisatie daarvan, die niet zelden verschillende belangen hebben.

Van der Scheer beschrijft dat zorgbestuurders werken in een stelsel van verschuivende panelen, dat de bestuurders zelf veranderingen in gang zetten, maar zelf ook mee schuiven. Ze zijn een van de 'governing agents' die mede sturing geven aan de zorg (6). Dit vereist verschillende competenties.

Mintzberg beschreef in 1998 al dat sturing geven aan professionals zonder kennis van hun vak een uitnodiging vormt voor disharmonie in de organisatie (7). Weggeman verwoordt het als volgt: "Leidinggeven aan professionals blijkt niet zo goed te lukken als de deskundigheidsmacht ontbreekt", met andere woorden, als je niet weet waar het op de werkvloer over gaat (8). Gedeelde waarden en normen vormen een basis voor samenwerking tussen groepen. Volgens Glouberman en Mintzberg vergt het 'collaborative management', waarbij gezamenlijke belangen gecreëerd worden die de verschillende werelden in een ziekenhuis tot elkaar brengen (9). Mogelijk kan een medisch specialist in het bestuur van een ziekenhuis in potentie de belangen

van zowel bestuur als medici afwegen en zo samenwerking bevorderen. Bovendien voldoet een medisch specialist aan deze voorwaarde van 'deskundigheidsmacht' om succesvol leiding te kunnen geven aan kenniswerkers en professionals (8).

Onderzoek in het VK leidde tot de conclusie dat de beste medisch directeuren in staat zijn zowel de staf, het ziekenhuisbestuur als de patiënten te betrekken door hen mee te nemen in een traject van verbetering, wat niet zelden leidt tot een positieve cultuurverandering in de gehele organisatie (10). Hiervoor zijn uitstekende communicatieve en verbindende vaardigheden nodig.

Hoewel het in verschillende landen in Europa vanzelfsprekend of zelfs vereist is dat er een medisch bestuurder wordt aangesteld (10–12), is dat in Nederland niet het geval. Er zijn ziekenhuizen die bewust wel, maar ook die bewust niet kiezen voor een medisch bestuurder. Ik vraag me af in hoeverre het inkomensplafond dat bestaat voor bestuurders (Wet normering topinkomen, WNT), wat het voor een medisch specialist financieel minder aantrekkelijk maakt om bestuurder te worden, hierin een rol speelt.

Bovendien zijn de vereisten om in Nederland erkenning als medisch specialist te behouden dat er 16 uur per week patiëntgebonden werkzaamheden worden verricht. Mogelijk is de wens om erkenning als medisch specialist te behouden een drempel om als fulltime bestuurder te werken.

Zowel de professionals als zorginstellingen worden aangesproken op behaalde resultaten en ook externe stakeholders, zoals zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties verwachten in toenemende mate inzicht in en zeggenschap over de organisatie van de zorgverlening. Dat heeft invloed op de relatie tussen medici en bestuurders (4). Uit literatuur blijkt dat een geneeskundig bestuurder in een ziekenhuis een voordeel kan betekenen voor de organisatie en de relatie tussen medici en bestuurders positief kan beïnvloeden (10,13–15). Hoewel er in de literatuur uitgebreid steun te vinden is voor een structuur met medisch management (13,14), is er minder bekend over de competenties van de medisch managers of over de evaluatie van deze medisch managers en de behoefte aan opleiding (11,12). En wat het betekent voor een geneeskundig bestuurder om zich in een dergelijke positie te begeven, hoe deze zijn rol opvat en wat de combinatie van twee rollen met verschillende competentie-eisen doet met of eist van de bestuurder, blijkt nauwelijks onderzocht.

1.2 Doelstelling

Doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in dat waar het in de literatuur aan ontbreekt: inzicht in hoe de medisch specialist-bestuurder zijn/haar eigen rol interpreteert en hoe hij/zij zich daarop voorbereidt. Met de roloppvatting gaat gepaard hoe de medisch specialist-bestuurder aan kijkt tegen de dubbele rol van enerzijds medisch specialist en anderzijds bestuurder. Daarnaast vraag ik me af hoe de medisch specialist, wanneer deze bestuurder geworden is, zijn/haar rol percipieert, of dat anders is dan wanneer hij/zij volledig als medisch specialist werkte, en of en hoe klinische taken gecombineerd worden met bestuurlijke. Aangezien de meeste bestuurders in ziekenhuizen minimaal 1 medebestuurder hebben (3), heeft met de roloppvatting ook te maken hoe de bestuurder de rol ziet ten opzichte van die medebestuurder.

Dit onderzoek zal leiden tot inzicht en tot aanbevelingen richting (aankomend) medisch specialist- bestuurders ten aanzien van voorbereiding op de rol van bestuurder, inbedding in het vak medisch specialist en/of combinatie met het behouden van klinische taken.

De resultaten komen voort uit een literatuurstudie naar *geneeskundig bestuurders*, dataonderzoek (enquête) onder *ziekenhuisbestuurders* in Nederland en interviews met *medisch-specialist bestuurders* van Nederlandse ziekenhuizen.

1.3 Vraagstelling

De hoofdvraag hier is:

Hoe ervaart de medisch specialist-bestuurder zijn/haar rol en hoe bereidt hij/zij zich hierop voor?

Op zoek naar antwoorden op deze vraag krijgen we te maken met medisch specialist-bestuurders die naast de studie geneeskunde en specialisatie tot medisch specialist verschillende andere aanvullende studies, opleidingen of cursussen hebben gevolgd, gericht op een management-, bestuurlijke- of leiderschapsrol. Bovendien krijgen we te maken met verschillende andere doorlopen functies in een leidinggevende, managerial of bestuurlijke rol voordat hij/zij bestuurder werd. Hieruit voortvloeiend stel ik de vraag hoe de voorbereiding door de medisch specialist-bestuurder werd ervaren.

Er zijn medisch specialist-bestuurders die actief blijven in de patiëntenzorg en anderen die dat achter zich hebben gelaten. In hoeverre een bestuurlijke rol te combineren is met het uitvoeren van de professie medisch specialist, en dus met het blijven leveren van directe patiëntenzorg, of dat er daardoor een (potentiële) conflictsituatie ontstaat komt daarom ook aan bod in dit onderzoek.

Dit leidt tot de volgende subvragen:

1. **Wat is er bekend over de opleiding van medisch specialist- bestuurders en hoe blijven ze zich ontwikkelen?**
2. **Hoe waarden medisch specialist-bestuurders hun voorbereiding?**
3. **Hoe hanteert de medisch specialist-bestuurder de mogelijke dilemma's of spagaat die de combinatie van een medisch specialisme en het besturen met zich meebrengt?**

1.4 Relevantie

Hoewel er internationaal en nationaal informatie te vinden is over het nut van geneeskundig bestuurders in een zorginstelling, is er in Nederland niet een eenduidige route die leidt naar een dergelijke rol. Het is daarom zowel wetenschappelijk als maatschappelijk interessant om te onderzoeken welke opleidingen en ervaringen een positieve bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een geneeskundig bestuurder en hoe de bestuurder dit beleeft. Bestuurder is niet een welomschreven vak, dit is situationeel verschillend en heeft onder andere te maken met de samenstelling van het gehele bestuur, met de opvatting van de bestuurder zelf en met de opvatting van de Raad van Toezicht. Al die factoren dragen bij aan hoe de bestuurder zijn rol opvat en invult. Er zijn onderzoeken bekend naar de rol van een geneeskundig bestuurder, maar deze thesis gaat specifiek dieper in op de beleving van de medisch specialist-bestuurder. Dat is mogelijk anders, omdat een medisch specialist-bestuurder al jaren als medisch specialist heeft gewerkt en in Nederland voor de keuze komt te staan om zijn vak achter zich te laten. Bovendien zou de dubbele rol, zowel bestuurder als medisch specialist, dilemma's met zich mee kunnen brengen. Hoe de medisch specialist-bestuurder in Nederland hier tegenaan kijkt is nog weinig onderzocht. Het is niet voldoende om hiervoor te verwijzen naar internationale literatuur, omdat het Nederlandse zorgstelsel anders in elkaar zit dan in een ander land en dat bevindingen elders daarom niet zonder meer geldig zijn in Nederland. Ook zou de WNT een belemmerende rol kunnen spelen in de keuze van een medisch specialist om bestuurder te worden. Als het aan de andere kant zo belangrijk lijkt te zijn dat er een medisch professional in

het bestuur zit van een zorgorganisatie, is het dan wellicht vanuit maatschappelijk oogpunt nuttig om deze remmende factoren te verkleinen? Hier zit naast een maatschappelijke ook een praktische relevantie voor de medisch specialisten die de overstap overwegen of verder onderzoeken. Om die reden is het ook voor mijzelf interessant.

2. Theoretisch kader

Het theoretisch kader geeft een overzicht van wetenschappelijke literatuur en documenten, begrippen en definities met betrekking tot de rolopvatting, de opleiding en de mogelijke dilemma's. Dit theoretisch kader leidt tot een conceptueel model voor het onderzoek dat wordt beschreven aan het eind van dit hoofdstuk. Het conceptueel model is vervolgens de basis van dit onderzoek.

De volgende definities heb ik gebruikt:

Een *zorgbestuurder* is een eindverantwoordelijk bestuurder van een zorginstelling. Een *geneeskundig bestuurder* is een zorgbestuurder met geneeskundige achtergrond, heeft dus geneeskunde gestudeerd, maar heeft niet noodzakelijk gewerkt als arts, en heeft zich niet verder gespecialiseerd tot medisch specialist.

Een *medisch specialist-bestuurder* is een geneeskundig bestuurder die heeft gewerkt al medisch specialist alvorens bestuurder te worden.

Veel onderzoeken, zowel nationaal als internationaal, betreffen geneeskundig bestuurders, zonder dat er onderscheid wordt gemaakt tussen geneeskundig bestuurders die wel of niet klinisch actief (zijn) geweest in een ziekenhuis. De medisch specialist-bestuurders zitten hier dus in vevat, maar worden niet apart beschouwd. Voor de theoretische onderbouwing van deze thesis heb ik bredere begrippen gebruikt dan enkel medisch specialist-bestuurders, omdat er specifiek over medisch specialisten niet veel beschreven staat, en omdat in een artikel niet altijd duidelijk gemaakt wordt of een geneeskundig bestuurder medisch specialist is of enkel geneeskunde gestudeerd heeft. Waar dit onderscheid wel duidelijk of relevant is, vermeld ik dat in deze thesis. Omdat 'bestuurder' en 'manager' in sommige artikelen samen worden genoemd, bijvoorbeeld als het gaat om kwaliteiten of medisch leiderschap, zijn er ook artikelen meegenomen in deze literatuurstudie die hieraan refereren. Waar mogelijk heb ik in de tekst duidelijk gemaakt welke groep bedoeld wordt in een artikel. Ook leek het mij verstandig om dit onderwerp breed aan te vliegen en vervolgens te versmallen in de enquête en in interviews. In deze thesis spreek ik in het hoofdstuk theoretisch kader zo veel mogelijk van *geneeskundig bestuurder*, omdat ik vind dat dat de meest duidelijke term is om een arts met een bestuursfunctie te duiden, de groep bestuurders waar ik mij in deze theoretische onderbouwing op richt.

2.1 Literatuuronderzoek

2.1.1 Aanpak literatuuronderzoek

Literatuurstudie werd verricht via verschillende databases beschikbaar via de Erasmus Universiteit, pubmed en google-searches. Zoektermen die o.a. zijn gebruikt zijn: medical director, hospital board, physician executive, medical manager, clinical director, geneeskundig bestuurder, medisch management en medisch bestuurder. Op basis van de abstracts werd relevantie van het artikel voor deze thesis ingeschat. Hierbij ging de aandacht uit naar de bestudeerde studiepopulatie en het doel van het onderzoek. Artikelen in een andere taal dan Engels of Nederlands werden niet meegenomen. Aan de hand van artikelen werden vervolgens weer andere relevante artikelen gevonden (sneeuwbal methode). Er werden uiteindelijk 46 publicaties geanalyseerd. Tijdens het lezen van de literatuur over dit onderwerp, valt op dat er

verschillende termen gebruikt worden voor artsen in een bestuurlijke rol. In het Nederlands zijn er termen als medisch bestuurder, geneeskundig bestuurder, arts-bestuurder, geneeskundig manager, medisch manager, medisch directeur. En soms worden bestuurder of manager op een hoop gegooid. In de Engelstalige literatuur wordt vooral medical director, physician executive, medical manager, clinical director gebruikt. Aan de hand van de context en de beschrijving in het artikel heb ik zo veel mogelijk inzicht proberen te krijgen in het type professional en de functie die uitgeoefend werd. Het valt me op dat de verschillende begrippen door elkaar gebruikt worden. En zeker in een ander gezondheidszorgsysteem, in het buitenland, is een betekenis van een begrip niet altijd letterlijk te vertalen naar een eenduidige functie in Nederland. Er zijn tussen landen grote verschillen in de inrichting van het gezondheidszorgsysteem, waardoor ook de rollen in deze gezondheidszorg per land anders kunnen worden ingevuld. Zoals gezegd, spreek ik in dit hoofdstuk van geneeskundige bestuurders, aangezien dit de meest brede groep is (bestuurders met een medische opleiding, met/zonder specialisatie en werkervaring als medisch specialist).

Om structuur aan te brengen in dit hoofdstuk, begin ik met een alinea over de geschiedenis en de positionering van de geneeskundig bestuurder en wat voor- of nadelen kunnen zijn van een geneeskundige in de raad van bestuur van een ziekenhuis. Vervolgens vertel ik meer over de voorbereiding van geneeskundig bestuurders waaronder opleiding, ervaring en ontwikkeling vallen. Daarna volgt een alinea over theoretische achtergrond die bekend is over de functie-uitoefening en rol van een geneeskundig bestuurder, om dit hoofdstuk af te ronden met artikelen over mogelijke spanningen tussen klinische en bestuurlijke taken. Ik refereer waar mogelijk naar zowel internationale als Nederlands publicaties.

2.1.2 Positionering van de geneeskundig bestuurder in het zorglandschap

Internationaal heeft de literatuur voornamelijk betrekking op het Verenigd Koninkrijk, de VS en Australië, waar de geneeskundig bestuurder ('medical director' of 'physician executive') al tientallen jaren wordt gezien als een belangrijke positie in een ziekenhuis die steeds complexer geworden is, en cruciaal voor het continue streven naar verbetering van de kwaliteit van zorg (10). In veel landen is een vergelijkbare ontwikkeling in het ziekenhuisbestuur geweest. Tot 1970 werd het ziekenhuis geleid door een dokter. Managers speelden een coördinerende rol, maar geen leiderschapsrol. Daarna werd de gezondheidszorg een meer business-bureaucratisch model, en kregen de managers meer operationeel-organisatorische functies, terwijl de arts de belangrijkste beslissingen rondom patiëntenzorg bleef nemen (11,12). Na 1990 hadden artsen vaste plekken in het management en verschoof hun rol van raadgever naar fulltime management. Vandaag de dag spelen artsen een grote rol in het bestuur van ziekenhuizen; in USA werd 51% van de ziekenhuizen in 2014 geleid door een arts.

Ook in Nederland zien we dat het begon met een praktiserend arts aan het hoofd van een ziekenhuis, meestal een huisarts of internist van hogere leeftijd, die klinisch werkzaam bleef en daarnaast zaken van algemeen belang zo goed mogelijk regelde voor iedereen, vaak bijgestaan door een hoofdzuster. Frits Boersma beschrijft in zijn boek een stuk geschiedenis van de Nederlandse ziekenhuiszorg (17). In Nederland ontstond in de 19^e eeuw een netwerk van medische instellingen, waarbij er algemene ziekenhuizen, psychiatrische centra, revalidatieklinieken en verpleeghuizen opgericht werden. Er stond een arts aan het hoofd van iedere instelling, deze werd doorgaans geneesheer-directeur genoemd. Maar met de groei van de instellingen, uitbreiding van medische zorg(mogelijkheden) en verplaatsing van de zorg van thuis naar een ziekenhuis of instelling kwamen er meer bedrijfsmatige aspecten aan de orde, waarvoor toegewijde professionals nodig bleken. Zo groeide de behoefte aan het delen van ervaringen door deze geneesheer-directeuren. Dit leidde in 1900 tot de oprichting van de

Geneeskundige Vereniging (GV), de oudste vereniging voor zorgbestuurders in Nederland, door een aantal artsen dat aan het hoofd stond van zorginstellingen. Er bleek behoefte aan een dergelijke vereniging omdat geneesheer-directeuren met allerlei vraagstukken te kampen hadden, waar ze weinig ervaring mee hadden, terwijl ze tot dan toe de titel van directeur hadden gezien als nevenfunctie, naast hun werk als arts. Het werd duidelijk dat in het hele land collega's met dezelfde problemen worstelden (17). Na oprichting van de GV werden directies in de ziekenhuizen groter, met niet enkel meer 1 geneesheer-directeur, en de vereniging besloot zich te richten op de medisch directeuren en directeuren patiëntenzorg, artsen of specialisten die steeds meer de rol van manager aannamen. Zo bestond de GV uit medici met management interesse en visie, die een strategie voor de toekomst wilden ontwikkelen, en voor wie de samenhang tussen gezondheidszorg en maatschappelijke ontwikkeling een feit was (17). Boersma deed onderzoek naar aanleiding van het honderdjarig bestaan van de GV. Hij interviewde directeuren en uit dit onderzoek bleek dat, ondanks het toenemende belang van management, de gezondheidszorg primair een zaak van mensen bleef, en dat mensen met een medische achtergrond in de directie onmisbaar bleven (17). Hij schrijft *'Het aloude, individueel gerichte patroon van één-op-één, van arts en patiënt, valt moeilijk te doorbreken en vereist veel aanpassingsvermogen van de specialisten maar ook van de directeur, die moet 'ontdokteren' om zijn rol als manager professioneel te vervullen'*. Maar ook citeert hij Wymenga, geneeskundig directeur: *'Je moest wel arts zijn, of zijn geweest, om te kunnen invoelen en begrijpen wat zo'n specialist bewoog. De acceptatie van jouw leiding was groter wanneer het een collega betrof die zelf tot de enkels in het bloed gestaan had'* (14).

In de internationale literatuur zijn verschillende artikelen te vinden die een positief effect beschrijven van een arts in een management- of bestuurlijke rol. Clay-Williams concludeert in haar review studie naar de vraag of ziekenhuizen beter presteren wanneer ze geleid worden door een arts, dat er evidence is voor het belang van een dokter in het ziekenhuisbestuur (12). Zo is er aangetoond dat medisch leiderschap geassocieerd is met betere kwaliteit van de gezondheidszorg (12) en met patiëntveiligheid (18). Dit komt overeen met de resultaten die Sarto vindt in een literatuurstudie naar artsen in leiderschapsposities en de implicaties daarvan op het financiële resultaat van ziekenhuizen. Bovendien zijn er sterk positieve effecten op de kwaliteit van zorg. Sarto concludeert dan ook dat de beweging naar een gezondheidssysteem met meer dokters in het bestuur sterk gesteund wordt door deze bevindingen (19).

Verschillende onderzoeken naar geneeskundig bestuurders in de USA en in de UK vinden een positieve relatie tussen medici in ziekenhuisbestuur en zowel financiële- als kwaliteitsuitkomsten (20–23).

Uit literatuur blijkt verder dat een geneeskundig bestuurder in een ziekenhuis een voordeel kan betekenen voor de organisatie en de relatie tussen medici en bestuurders positief kan beïnvloeden (10,13–15). Als potentiële voordelen wordt genoemd dat dokters het liefst geleid worden door een dokter (24), dat de aanwezigheid van een geneeskundig bestuurder het gedrag van de medische staf in positieve zin kan beïnvloeden (19,25) en dat medisch leiders een belangrijke rol kunnen spelen in verbetering van zorgpaden en verbetering van samenwerking van artsen met verpleging en paramedici in het ziekenhuis (26). Ook in de Nederlandse literatuur wordt beschreven dat bestuurders met ervaring in de zorg van grote waarde kunnen zijn, doordat zij het systeem van binnenuit kennen en weten hoe om te gaan met de geschreven en ongeschreven regels van een ziekenhuis om tot resultaat te komen (2,3).

Als mogelijke tegenargumenten voor een geneeskundig bestuurder wordt genoemd dat artsen vaker de neiging zouden hebben zich volledig te blijven identificeren als clinicus, ze zouden eerder individualisten zijn dan teamspelers, hebben minder vaak een managementopleiding en eerder een gebrek aan financiële en strategische managementkennis (27–30). Hoewel er dus studies zijn die argumenten vinden tegen artsen in het bestuur, overheersen volgens Sarto de studies met een positief effect (19).

Concluderend is de arts de laatste decennia belangrijker geworden in het ziekenhuisbestuur en verschoven van raadgever naar bestuurder. Er is inmiddels veel literatuur verschenen waarin de positieve effecten van een geneeskundig bestuurder wordt beschreven op zowel de kwaliteit van zorg als de financiële gezondheid van het ziekenhuis.

2.1.2 Voorbereiding van de geneeskundig bestuurder op de bestuurlijke rol

In 2000 was 30% van de Nederlandse zorgbestuurders een geneeskundig bestuurder, en had dus geneeskunde gestudeerd (2). Twintig jaar later is dat aandeel afgenomen tot 15% (3). Van de ziekenhuisbestuurders is 40% arts (3), wat betekent dat de geneeskundig bestuurders vaker werkzaam zijn in een ziekenhuis dan in een andere zorgsector. Behalve de studie geneeskunde hebben de geneeskundig bestuurders andere mogelijkheden om zich te ontwikkelen. Spehar beschrijft 3 fases van de ontwikkeling van artsen richting management: eerst het besef van medisch leiderschap, dan het op zich nemen van een management rol en vervolgens ervaring in bestuur. Zowel interne als externe druk spelen een rol bij deze fasen (30).

Veel geneeskundig bestuurders hebben ervaring opgedaan als medisch leider, alvorens een bestuurlijke rol te aanvaarden in het ziekenhuis (2), dit wordt *hybride* leiderschap, of hybride management genoemd: de klinische functie wordt gecombineerd met de managementfunctie. De Faculty of Medical Management and Leadership (FMML) in het VK vond in een enquête en interviews onder 50 geneeskundig bestuurders dat velen zich initieel vooral gericht hebben op het ontwikkelen van hun klinische expertise of medische specialisatie, en op het pad tot bestuurder terecht zijn gekomen zonder daar bewust voor te hebben gekozen (10). Dit werd ook gevonden door Spehar: de geïnterviewde geneeskundig bestuurders hadden aanvankelijk niet een managementcarrière voor ogen, maar zijn er min of meer in gerold zonder voldoende voorbereid te zijn op deze taak. Ze hebben het bestuurlijk vak vooral al doende geleerd (30). Toch is uit internationale literatuur bekend dat artsen die verdere opleidingen hebben gevolgd zoals MBA (master of business administration), MHA (master of health administration) en MPH (master of public health) meer effectieve leiders kunnen zijn (22,23). Kippist beschrijft dat één van de belemmeringen van effectiviteit van een hybride manager, een arts die naast de klinische werkzaamheden managementtaken vervult, het gebrek is aan managementopleiding en -vaardigheden (29). Hiermee in lijn wordt door Veronesi beschreven dat wanneer geneeskundig bestuurders geen managementopleiding gevolgd hebben, ze minder effectief zijn in financieel management dan bestuurders zonder medische achtergrond (33). Falcone stelt zelfs dat een succesvol geneeskundig bestuurder minstens zo veel verstand moet hebben van de medische business, als van de kliniek (34). In Nederland zien we dat in 2020 92% van de zorgbestuurders 1 of meer postacademische opleidingen had gevolgd, veelal een zorgspecifieke (35).

Kratz komt naar aanleiding van interviews met geneeskundig bestuurders tot de volgende kenmerken die cruciaal blijken voor het bereiken van succes (36): 1. De juiste opleiding en de juiste ervaring, 2. Effectieve communicatie en relationele vaardigheden, 3. Proactief kunnen handelen in plaats van reactief, 4. Kennis over medische informatica en informatietechnologie, 5. Een 'big-picture'-perspectief. Hoewel ervaring belangrijk is, net als politieke handigheid, is het voor de nieuwe generatie geneeskundig bestuurders nodig om de zakelijke taal van de stakeholders te leren in een formele opleiding. Hij ziet ook dat gezondheidszorgorganisaties de voorkeur geven aan bestuurskandidaten met een MBA of MHA-diploma naast hun medische opleiding (36). Naast opleiding en ervaring zijn kwaliteiten zoals persoonlijke veerkracht, integriteit, eerlijkheid, transparantie en communicatieve effectiviteit alle belangrijk. Maar het verschil wordt gemaakt door de manier waarop een bestuurder deze samen brengt (10).

Compassie wordt apart beschreven als belangrijke leiderschapskwaliteit die de bestuurder actief zou moeten ontwikkelen. Het draagt bij tot meer geloofwaardigheid, authenticiteit en een betere band met de medische staf (10). Ook in Nederland is duidelijk uit onderzoek dat een bindende visie en een verbindende persoonlijkheid kunnen helpen om veranderingen te realiseren (2). Flexibiliteit is belangrijk als bestuurder, 26% van de tijd immers wordt besteed aan onverwachte of ongeplande zaken (35).

Bestuurders zelf verstaan onder bestuurlijke effectiviteit vooral het vermogen om veranderingen door te voeren, om een bindende visie te formuleren en om spanningen en dilemma's te hanteren (2). Om van artsen leiders te maken, zijn andere competenties nodig dan die de artsen al hebben (geleerd). Berghout beschrijft als *oude professionele waarden* van een arts de professionele autonomie, de hiërarchie en de socialisatie, terwijl er als leider een *nieuwe medische identiteit* nodig is waarin multidisciplinair wordt samengewerkt, verantwoordelijkheid wordt genomen voor kosten-efficiëntie en er rollen in het ziekenhuisbestuur worden aangenomen (37,38). Hoewel dit voornamelijk medisch leiderschap betreft, en betrekking heeft op het medische vakgebied, kan dit uitgroeien tot een rol in ziekenhuisbestuur, wat uiteraard ook betrokkenheid is bij de organisatie. Van de Riet concludeert op basis van haar studie in 2019 (39) dat trainingen voor medisch managers meer zouden moeten focussen op persoonlijke ontwikkeling, communicatieve vaardigheden, samenwerkingsvaardigheden, het hebben van een duidelijke visie en deze kunnen overbrengen aan anderen en op conflict-oplossend vermogen. Deze factoren bleken namelijk belangrijker dan financiële- en managementcapaciteiten voor goed medisch management. Bovendien wordt er geadviseerd om bij aantrekken van een medisch directeur of medisch manager in een ziekenhuis vooral te focussen op deze capaciteiten, in plaats van op artsen met hoog aanzien omwille van excellente medische vaardigheden (39).

Ook als zorgbestuurder blijft verdere professionele ontwikkeling belangrijk. Deze bestaat onder anderen uit het bijhouden van vakliteratuur, bezoeken van congressen of symposia, participeren in intervisie-groepen en persoonlijke coaching. Onder Nederlandse zorgbestuurders is het aandeel intervisie en coaching tussen 2005 en 2020 gestegen (2,3). Toch is, ook internationaal, nog onvoldoende duidelijk welke training, opleiding of ervaring van een geneeskundig bestuurder bijdraagt aan het functioneren (12).

Samenvattend blijkt uit de literatuur dat de meeste geneeskundig bestuurders aanvullende postacademische opleidingen volgen, dat een studie als MBA of MHA bijdraagt aan meer effectief leiderschap, en dat naast opleiding en ruime ervaring in zorg gerelateerde managementtaken juist persoonlijke kwaliteiten als flexibiliteit, veerkracht, eerlijkheid, transparantie, effectieve communicatie en compassie belangrijk zijn voor een goede bestuurder.

2.1.3 Rol en functie-uitoefening van de geneeskundig bestuurder

De rol van de geneeskundig bestuurder is internationaal de afgelopen 20 jaar sterk veranderd. Waar de medisch directeurs destijds vooral artsen waren die tegen hun pensionering aan liepen, een bruggenbouwende rol hadden die vooral *intern* gericht was, en zich voornamelijk bezig hielden met beleid ten aanzien van behandelingen en het netwerken met andere artsen, wordt van de huidige geneeskundig bestuurder verwacht dat ze behalve deze klinische vaardigheden ook vaardig zijn op het vlak van financiën en politiek en is er een grotere *externe* focus met betrokkenheid bij strategische beslissingen (36). Er wordt in Nederland gezien dat een zorgbestuurder ongeveer 37% van de tijd besteedt aan externe zaken, waarbij ziekenhuisbestuurders minder extern gericht zijn dan bestuurders uit andere zorgsectoren, zij

besteden 30% van de tijd aan externe zaken (3). In 2020 betreft 46% van de tijdsbesteding zorginhoudelijke onderwerpen, het overige deel beheersmatige.

Van der Scheer benoemt in haar onderzoek een aantal rode draden die gezien worden in het werk van zorgbestuurders: *'Veranderen-vernieuwen-verbinden'*; verandermanagement blijkt een belangrijk aspect van zorgbestuur, *'sturen en gestuurd worden'*; bestuurders ervaren vaak beperkt ruimte om strategische keuzes te maken als gevolg van vele wetten, regels en afspraken, *'leren en socialiseren'*; leervermogen van bestuurders wordt versterkt door voor elkaar op te treden als collega, coach en criticus tijdens intervisie- en reflectiebijeenkomsten, en *'legitimiteit van bestuur'*; een relationeel proces dat continu aandacht vergt en in toenemende mate aandacht krijgt de laatste jaren (35).

Internationaal wordt de rol van een geneeskundig bestuurder door Chambers beschreven als *richtinggevend* (strategisch), *controlerend* en *cultuur-vormend* (waarden, regels) (40). Jones noemt taken als *'translational'*, *'diplomatic'* en *'repair work'* (16). En Clay-Williams (12) gebruikt de beschrijving van UK King's Fund als taken van een geneeskundig bestuurder; zorgen voor *direction*, *alignment* en *commitment* binnen teams en binnen de organisatie (41). Deze taken bevatten zowel leidinggevende, managerial als administratieve elementen. Omdat de Engelse termen niet altijd direct te vertalen zijn in een perfecte Nederlandse term, heb ik ervoor gekozen in sommige situaties de Engelse woorden te gebruiken.

De eigen rolopvatting van bestuurders zegt iets over hoe de functie geïdentificeerd wordt door de bestuurder zelf en door anderen, welke verwachtingen de ander heeft van de bestuurder (3). Voorbeelden van rolopvatting zijn: het *boegbeeld*, zowel intern als extern; de *manager*, die zorgt voor efficiënte productie en volgens afspraak; de *ondernemer*, die vernieuwingen introduceert, de *procesleider*, die de juiste mensen op de juiste plekken zet; de *strateeg*, die lijnen naar de toekomst uitzet; en de *tussenpersoon of verbinder*, die verbinding legt tussen intern en extern (3). Onder Nederlandse zorgbestuurders werd in 2015 de rol van *strateeg* het belangrijkste gevonden, met op de tweede plaats het ondernemerschap, en die van manager het minst belangrijk (2). De afgelopen 10 jaar wordt er echter een verschuiving gezien, waarbij de rollen van *verbinder* en *boegbeeld* stijgen in de mate waarin bestuurders daar belang aan hechten, ten koste van de rol van *ondernemer*. *Strateeg* blijft gevoeld worden als de meest belangrijke rol van een zorgbestuurder (3). Er is soms een discrepantie tussen welke rol zorgbestuurders het belangrijkste vinden, en de mate waarin ze die rol (kunnen) uitvoeren (2). Uit onderzoek blijkt dat Nederlandse zorgbestuurders het liefst worden afgerekend op *kwaliteit van zorg, economische gezondheid van de organisatie* en het *voldoen aan de maatschappelijke opdracht* (2,3).

Onderzoek onder *medical directors* in het VK toont aan dat er een groot enthousiasme en tevredenheid bestaat over de rol, maar dat de werkdruk, regulatorische rompslomp en politieke bemoeienis als de grootste nadelen worden gezien (10). Wat geneeskundig bestuurders kan frustreren is de toegenomen administratieve last en gebrek aan de mogelijkheid om werkzaamheden effectief te delegeren (30). Van der Scheer vindt dit ook terug in de enquête onder zorgbestuurders in Nederland, waaruit naar voren kwam dat een eigen koers varen met de organisatie door de vele wetten, regels en afspraken tussen brancheorganisaties en ministeries nauwelijks mogelijk is. Dit wordt de *'besturingsfuik'* genoemd: er werd veel verwacht van zorgbestuurders, maar de mogelijkheden om eigen keuzes te maken zijn beperkt (2).

Tweeënveertig procent van de medical directors in het VK voert deze rol 5-10 jaar uit, 46% 2-5 jaar (10). Zesenvestig procent scoort hun beroep een minstens een 8 op 10. Wat het meest bevredigend is in het besturen is het gevoel verschil te maken en goed te doen voor patiënten, het interessante werk, de uitdaging en de voldoening (10).

Samenvattend verschuift de rol van de geneeskundig bestuurder de laatste decennia steeds meer van *intern* gericht op behandeling en connectie met collega's naar een *externe* focus gericht op samenwerking, verbinding en het zijn van een boegbeeld voor de organisatie, naast het nemen van strategische en financiële beslissingen. Er is een verschuiving gaande van *control* naar *community* (5). Behalve dat geneeskundig bestuurders hun vak over het algemeen leuk en interessant vinden, frustreert de administratieve rompslomp en beperken de vele wet- en regelgevingen de mogelijkheden om een eigen koers te varen.

2.1.4 Het combineren van kliniek en bestuur: Spagaat tussen kliniek en management

In de literatuur worden verschillende begrippen gebruikt om de arts als bestuurder te beschrijven. In het Nederlands wordt soms gesproken over hybride managers. In het Engels wordt er in het VK gesproken over 'medical directors' en in de VS over 'physician executives'. Naast die begrippen worden er ook combinaties gebruikt van de termen arts, medicus, bestuurder, directeur, manager... Het is opvallend dat er in de Engelstalige literatuur een meer eenduidige terminologie wordt gebruikt dan in het Nederlands. Wellicht omdat het zowel in het VK als in de VS meer gebruikelijk is dat er een praktiserend arts mede aan het hoofd staat van een ziekenhuis.

Met de term *hybride managers* wordt aangeduid dat de geneeskundig bestuurder werkt als arts en als bestuurder. Een onderzoek onder 50 medisch directeuren in het VK laat zien dat voor velen de grootste vragen zijn of ze hun klinische activiteit moesten aanhouden en waar hun prioriteiten liggen (10). Beschreven voordelen van hybride managers, dus geneeskundig bestuurders die klinisch actief zijn als arts, zijn een betere prestatie van de organisatie, bottom-up leadership, grotere politieke invloed en betere communicatie tussen de artsen en het management (9,25). De meeste geneeskundig bestuurders in het VK werken ook als arts, maar er wordt aangegeven dat nadelen hiervan zijn dat het kan leiden tot fragmentatie van het werk, het gevoel in spagaat te zitten tussen beide functies of in twee richtingen getrokken te worden. En dat het een belemmering kan zijn om de bestuurdersrol volledige aandacht te geven. Aan de andere kant is een voordeel dat het klinisch actief blijven de geloofwaardigheid onder de collega-artsen vergroot en dat de geneeskundig bestuurder beter op de hoogte blijft van de patiëntenzorg. De meeste artsen geven aan dat ze het klinisch werk leuk vinden, het hen veel voldoening geeft en het hen in balans houdt. De keuze om wel of niet actief te blijven als arts is van meerdere factoren afhankelijk en vaak een persoonlijke keuze, hoewel de grootte van de instelling ook als bepalende factor gezien wordt (10).

Warren en Stanton, medical directors in NHS London, stellen dat gedreven en betrokken artsen richting fulltime non-klinisch werk leiden *niet* de weg is om de gezondheidszorg te verbeteren (42). Zij steunen juist het blijven combineren van beide functies om de beschreven voordelen.

Wat maakt het werk van een bestuurder zo anders dan klinisch werk? Uit de literatuur blijkt dat medisch specialisten gewend zijn om snel beslissingen te nemen en problemen op te lossen, maar in het bestuur vraagt niet ieder probleem om een 'quick fix'. Niet ieder vraagstuk kan perfect worden opgelost, maar de bestuurder draagt wel de eindverantwoordelijkheid. Dat is uitdagend, maar kan ook eenzaam en zelfs beangstigend zijn, aldus FMLM (faculty of medical leadership and management, UK) (10,41). Dat de 'span of control' toeneemt zien we terug in de enquête onder Nederlandse zorgbestuurders, waaruit blijkt dat, ondanks dat de zorgorganisaties groeien, de omvang van de Raden van Bestuur niet toenemen. In 2015 blijkt 44% van de bestuurders de enige bestuurder te zijn van de organisatie, een kwart maakt deel uit van een tweekoppige RvB (2). Onder ziekenhuizen heeft 56% een tweekoppige raad van bestuur (3).

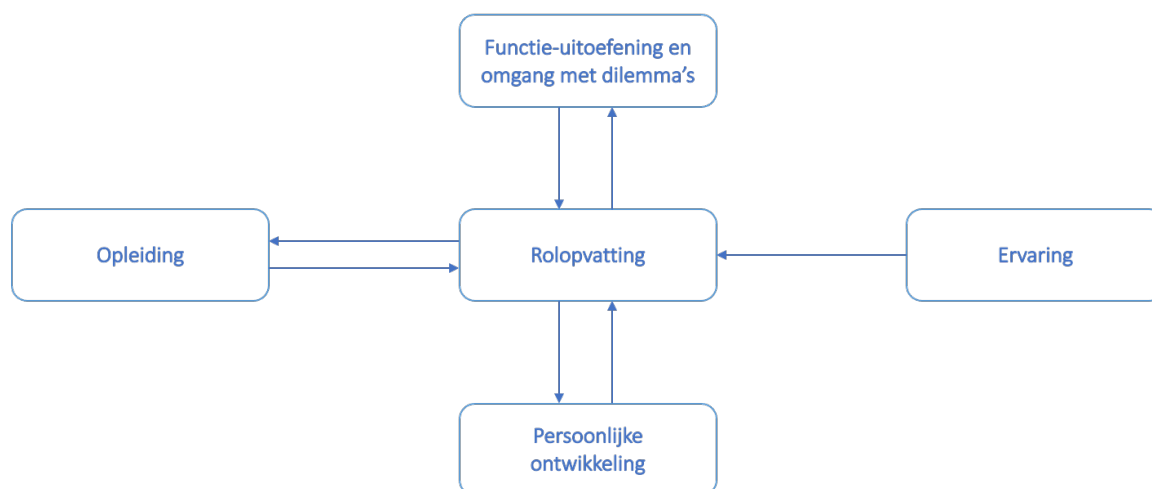
Ook in Nederland managen of besturen professionals naast hun klinische functies. De professional is dan bijvoorbeeld voorzitter van een vakgroep of medische staf, zo wordt er in zorgorganisaties een 'duaal bestuur' gevormd (2). Er wordt een toename gezien van organisaties met een duaal management van 37% in 2005 tot 51% in 2015 (2). In 2020 is dit weer gedaald naar 29% en kozen meer organisaties voor een adviserende rol van professionals in plaats van een sturende rol in de lijnorganisatie (3). In de ziekenhuiszorg is er in 75% sprake van duaal management en in 34% van duaal bestuur. Daarnaast is er, vooral in ziekenhuizen, vaak een verplichte raadpleging door professionals georganiseerd; in 2020 was dat bij 77% van de ziekenhuizen het geval (3).

Concluderend lijken er aan hybride management, waarbij de geneeskundig bestuurder daarnaast als arts werkzaam blijft, zowel voor- als nadelen te zitten. Het is een persoonlijke keuze, maar ook afhankelijk van externe omstandigheden zoals de grootte van de organisatie, of de hybride rol de geneeskundig bestuurder past. In Nederland zien we een trend naar duaal management en duaal bestuur waarbij het meestal medisch professionals zijn die managementtaken op zich nemen.

2.2 Conceptueel model

Op basis van de hierboven beschreven literatuur kom ik tot een conceptueel model (figuur 2.1) waarbij de rolopvatting centraal staat. De variabelen in dit onderzoek zijn de opleiding, de ervaring en de persoonlijke ontwikkeling.

Onder opleiding vallen onder andere studies (zoals geneeskunde) en cursussen of trainingen, bijvoorbeeld in management. Onder persoonlijke ontwikkeling verstaan we o.a. coaching, stages, assessment en andere factoren die bijdragen aan persoonlijke ontwikkeling en persoonlijk leiderschap, ook dat kan cursussen of trainingen omvatten. Het is een continu proces van hoe je je als medisch specialist-bestuurder doorlopend ontwikkelt. Ervaring betreft de ervaring als medisch specialist en die als bestuurder, een voorbeeld hiervan zijn hybride functies als stafvoorzitter, medisch manager, medisch directeur. Voorbereiding tot medisch specialist-bestuurder (zoals bedoeld in subvraag 2) omvat het geheel aan variabelen; dus zowel opleiding, ervaring als persoonlijke ontwikkeling.



Figuur 2.1: Conceptueel model

De pijlen duiden aan op welke manier er invloed is van de variabelen op de uitkomsten: Ik verwacht dat alle variabelen van invloed zijn op de rolopvatting van de bestuurder. En via de rolopvatting invloed hebben op de functie-uitoefening, in het bijzonder op de omgang met dilemma's oftewel de spagaat. Omgekeerd heeft de beleving van een spagaat weer invloed op de rolopvatting en vervolgens op de persoonlijke ontwikkeling (continu proces). Naar verwachting beïnvloedt ervaring de rolopvatting, net als opleiding dat doet. Ook kan de rolopvatting invloed hebben op de opleiding, omdat de opvatting bepaalde keuzes met zich mee kan brengen om trainingen of cursussen te volgen.

Er is overlap mogelijk, en zelfs waarschijnlijk, tussen variabelen die van belang zijn als medisch specialist en als bestuurder. Hoewel causaliteit niet is wat ik in deze thesis verder onderzoek, helpt dit conceptueel model wel bij inzicht krijgen in factoren die van invloed zijn op de rolbeleving van de medisch specialist-bestuurder.

Ik vraag me af of in de loop van de tijd de rolperceptie van medisch specialist afneemt en die van bestuurder toeneemt. Met andere woorden, of de medisch specialist-bestuurder zich steeds minder identificeert met het zijn van medisch specialist. Onderstaand schema (figuur 2.2) geeft dat grafisch weer.



Figuur 2.2: Schematische weergave van de identificatie van de medisch specialist-bestuurder als medisch specialist en bestuurder in de loop van de tijd.

3. Onderzoeksopzet

3.1 Methoden

Dit exploratief beschrijvend onderzoek omvat 3 elementen:

Literatuurstudie

De literatuurstudie omvat de analyse van (inter)nationale literatuur over het werk en functioneren van ziekenhuisbestuurders met medisch (specialistische) achtergrond. Hieruit zal in algemene zin geantwoord kunnen worden op de hoofdvraag en op subvragen 1 en 3. Dit deel werd beschreven in het theoretisch kader en leidde tot het conceptueel model.

Enquête onder zorgbestuurders in Nederland

De enquête werd al uitgezet in het kader van de 5-jaarlijkse terugkerende enquête onder zorgbestuurders in Nederland, met als titel 'Bestuurders in beeld' van Wilma van der Scheer (3). Ik analyseerde voor deze thesis de data van de zorgbestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond ten aanzien van de vragen over opleiding, achtergrond, ervaring, professionalisering, tijdsbesteding, rolopvatting en -uitoefening. En zoomde specifiek in op de ziekenhuisbestuurders. De resultaten van deze enquête dragen bij tot het beantwoorden van de hoofdvraag en subvragen 1 en 2.

Interviews met medisch specialist-bestuurders

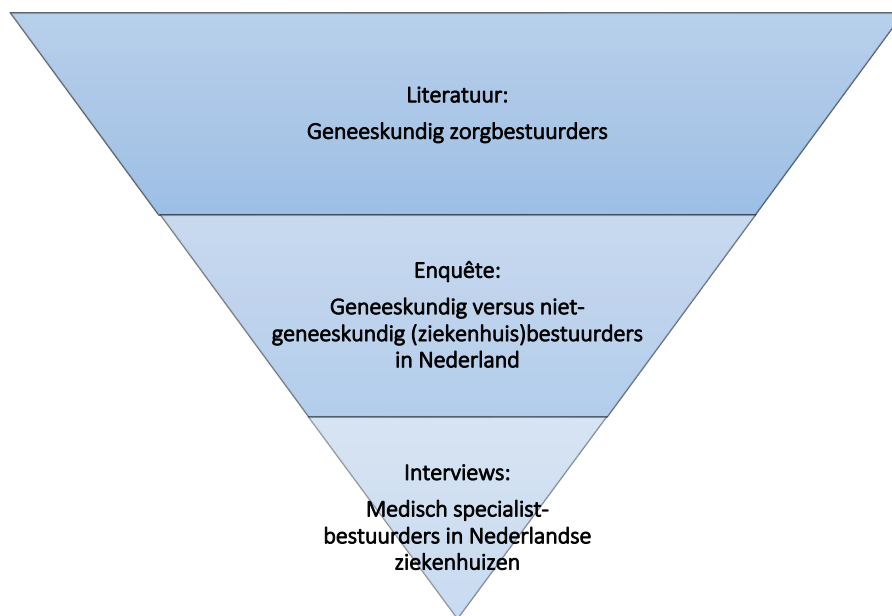
Diepte-interviews werden gehouden met zorgbestuurders met een medisch specialistische achtergrond. Er werd ingegaan op de persoonlijke biografie, opleiding, ervaring en persoonlijke ontwikkeling - welke samen de voorbereiding op de rol van bestuurder weergeeft -, op de rolopvatting en -uitoefening en mogelijke dilemma's of spagaat waar zij tegen aanlopen. Deze interviews dragen bij aan beantwoording van de hoofdvraag en alle subvragen.

De interviews vonden plaats met bestuurders die medisch specialist zijn of zijn geweest. Ik streefde naar een gelijke verdeling tussen bestuurders die hun bestuurlijke rol hebben gecombineerd met hun klinisch werk als medisch specialist, en bestuurders die zijn gestopt als medisch specialist zodra ze fulltime als bestuurder zijn gaan werken, omdat ik me afvroeg of er verschillende antwoorden worden gegeven op de vragen in dit onderzoek. Ze werden benaderd via social media (LinkedIn). Informed consent werd verkregen voor aanvang van het interview. In de interviews staat de beleving van de MS-bestuurder ten aanzien van zijn/haar rol centraal. In het vraaggesprek komen onder andere aan bod wat de belangrijkste lessen zijn van besturen van een ziekenhuis en welke uitdagingen of dilemma's hij/zij tegenkomt bij het hanteren van de (mogelijke) dubbele pet van de medisch specialist-bestuurder.

De interviews zijn vooral open exploratief en niet theorie-gestuurd. Wel semigestructureerd, omdat ik gebruik maakte van een topic-lijst (ongestructureerd) met open vragen (43), zie bijlage 1. Hierbij gebruikte ik een algemeen interviewschema met vooropgestelde, wat algemener geformuleerde, vragen om met de vraagstelling de respondent zo min mogelijk te beïnvloeden. En voor sommige onderwerpen noteerde ik in de lijst enkel het topic dat ik besproken wilde hebben. Dat gaf mij de vrijheid om door te vragen als de respondent iets interessants zei of als ik niet helemaal begreep wat diegene bedoelde. Op deze manier heb ik zo veel mogelijk en gedetailleerde informatie verkregen en getracht de respondent zo min mogelijk te beïnvloeden.

De data-analyse na het transcriberen heeft zowel inductieve als deductieve kenmerken (44), maar is voornamelijk inductief gebeurd, aan de hand van de topic-lijst. In enkele gevallen ben ik op zoek gegaan naar gebruikte terminologie aan de hand van de enquête en de literatuur, wat een deductieve manier van data-analyse betekent.

Na de literatuur die vooral focust op geneeskundig bestuurders in het algemeen, en de resultaten uit de enquête waarin ik inzoom op geneeskundig bestuurders van zorginstellingen, en meer specifiek de ziekenhuizen, in Nederland, ga ik in de interviews specifiek in op de medisch-specialist bestuurders in Nederlandse ziekenhuizen (figuur 3.1).



Figuur 3.1: Schematische weergave onderzoeksopzet.

Voor dit onderzoek maak ik gebruik van methodische triangulatie (45). Ik gebruik immers verschillende dataverzamelmethode om het probleem te onderzoeken, in dit geval een combinatie tussen kwantitatief onderzoek en kwalitatief onderzoek. Waarbij de uitkomsten in perspectief geplaatst worden van de beschikbare literatuur over dit onderwerp. Er is sprake van een kwantitatieve component, waarbij er data-analyse plaatsvindt van verzamelde gegevens uit een enquête onder ziekenhuisbestuurders, en een open exploratief kwalitatieve component waarbij verschillende medisch specialist-bestuurders in Nederland geïnterviewd worden. In beide gevallen betreft het een zelfevaluatie; de enige bron van informatie zijn de deelnemende bestuurders zelf. Aan hen wordt gevraagd hoe zij hun rol percipiëren, zich erop voorbereiden en zich er verder in bekwamen.

Omdat de enquête en de interviews los van elkaar zijn afgenomen, en de resultaten elkaar niet hebben beïnvloed, is er geen sprake van mixed methods op methodisch niveau (45). In dit geval betreft het twee soorten dataverzamelingen die onafhankelijk van elkaar werden verzameld. De resultaten worden wel samen beoordeeld en leiden samen tot beantwoording van de onderzoeksvragen. Ook is er naar aanleiding van de interviews terug gegaan naar de enquêteresultaten om deze soms op een andere manier te analyseren en heb ik de resultaten uit de enquête en de interviews met elkaar vergeleken. Door deze methoden te combineren wordt de validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek vergroot.

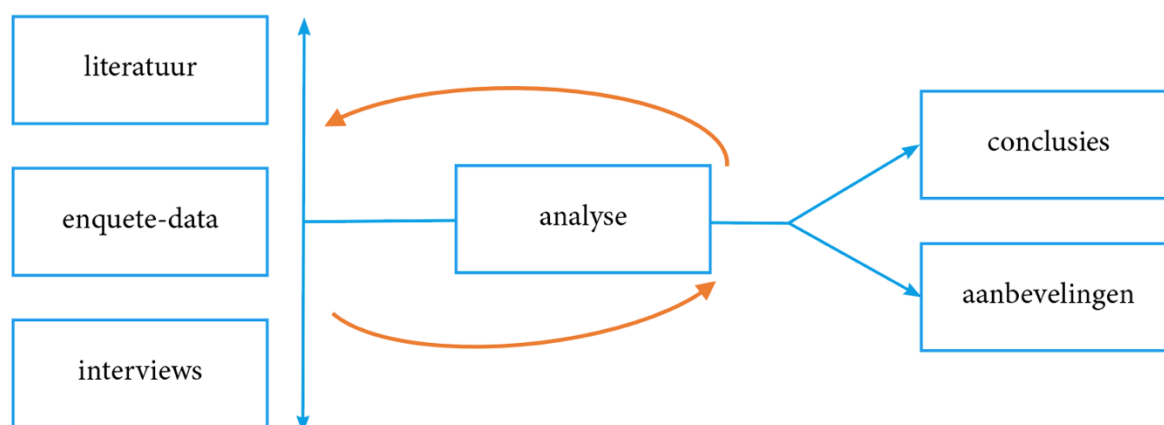
3.2 Onderzoeksmodel

De literatuurstudie leidde tot het conceptueel model. Vervolgens is er mede op basis hiervan een topiclijst geformuleerd en algemene open vragen voor de semigestructureerde open interviews. Separaat daarvan, maar er nauw mee in verband staand en voortbordurend op eerder enquête-onderzoek, werden de enquêtegegevens onder zorgbestuurders geanalyseerd.

Literatuuronderzoek en gegevens uit de enquête onder ziekenhuisbestuurders leidden tot algemene data en antwoorden op de vragen in dit onderzoek. Vervolgens werd er in de verdiepende persoonlijke interviews met een aantal medisch specialist-bestuurders dieper ingegaan op de (subjectieve) ervaring en de waardering van hun mogelijke dubbele rol, wat verder bijdraagt aan de beantwoording van de vragen in dit onderzoek en aan adviezen richting medisch specialisten met deze ambities.

Het onderzoek in zijn geheel is een iteratief proces, waardoor er voortdurend aanpassingen mogelijk waren naar aanleiding van bevindingen of resultaten. De literatuurstudie en resultaten van de eerdere enquête beïnvloedden de vragen tijdens de interviews, maar omgekeerd werd aan de hand van antwoorden tijdens de interviews ook weer verder gezocht naar literatuur, om zo heen en weer te bewegen tussen de verschillende stadia van het onderzoeksmodel. Gezamenlijk leidt dat tot conclusies en tot aanbevelingen.

In figuur 3.2 is het onderzoeksmodel schematisch weergegeven.



Figuur 3.2: Onderzoeksmodel

3.3 Dataverzameling

Enquête

Het databestand van een recentelijk reeds uitgevoerde zeer uitgebreide enquête onder zorgbestuurders in Nederland in het kader van een 5-jarlijks terugkerend onderzoek (35) werd mij beschikbaar gesteld voor deze thesis. Daaruit heb ik de vragen geselecteerd die voor deze thesis van belang zijn en een onderverdeling naar geneeskundig en niet-geneeskundig bestuurders alsmede naar ziekenhuisbestuurders en bestuurders van andere instellingen gemaakt. Het betreft 234 zorgbestuurders die de enquête hebben afgerond, zie hoofdstuk 4.

Interviews

Er werden 9 personen via LinkedIn benaderd voor een interview: 7 bestuurders reageerden op dit verzoek en waren bereid mee te werken. De 2 andere personen die ik benaderde zijn oud-bestuurders met een aanzienlijke staat van dienst en tegenwoordig werkzaam in hogergeplaatste publieke functies, zij reageerden niet op mijn verzoek, deze personen heb ik niet opnieuw benaderd.

Uiteindelijk heb ik 7 bestuurders geïnterviewd. De individuele interviews duurden 45 tot 60 minuten. De interviews vonden allen online plaats dankzij video-conferencing (Teams of Zoom) en er werd een audio opname gemaakt van ieder gesprek. Alle respondenten gaven informed consent over hun deelname, de opname en transcriptie van het interview en het gebruiken van geanonimiseerde quotes in deze thesis. Het interview was een semigestructureerd gesprek waarin ik de besproken onderwerpen aan de hand van een topic-lijst stuurde. In sectie 3.1 Methoden van het hoofdstuk onderzoeksopzet heb ik al meer verteld over de methode van dataverzameling.

3.4 Dataverwerking

Enquête

De ruwe enquêtedata heb ik ontvangen als SPSS-bestand, deze waren ingevoerd door een onderzoeker van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur in het kader van de analyse van de landelijke enquête (35). Vervolgens heb ik zelf de selectie gemaakt op ziekenhuisbestuurders en de onderverdeling geneeskundige en niet-geneeskundige achtergrond en alle analyses verricht.

Dataverwerking en statistische berekeningen vonden plaats met behulp van IBM SPSS statistics versie 28.0.1.0. Frequentieberekeningen zijn gemaakt om te kijken hoe vaak antwoordmogelijkheden gekozen zijn. Afhankelijk van het meetniveau is gebruik gemaakt van verschillende toetsen. Voor vergelijking van gemiddelden van twee groepen continue variabelen werd een T-toets gebruikt. Bij nominale variabelen is van de chi-kwadraattoets gebruikgemaakt, bij semicontinue variabelen of Likertschaal is ANOVA gebruikt.

Interviews

Van de interviews werden audio-opnamen gemaakt. Vervolgens heb ik deze volledig getranscribeerd en de inhoud verder geanalyseerd. Codering vond handmatig plaats. De reacties van de bestuurders in het interview werden aan de hand van de topic-lijst weergegeven in een tabel met 12 codes, zie bijlage 2. Vervolgens heb ik de codering en de tabel gebruikt om de resultaten te beschrijven.

De thematische data-analyse (46) van de interviews heeft zowel een inductieve benadering, omdat de data de gevonden thema's of codering heeft bepaald, als een deductieve benadering, omdat ik naar een aantal vooraf bepaalde thema's heb gevraagd tijdens de interviews die zijn gebaseerd op literatuuronderzoek. Zie ook de paragraaf over methoden.

4. Onderzoeksresultaten

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen in deze thesis maak ik gebruik van een enquête onder zorgbestuurders in Nederland, waarbij ik de focus leg op de data die betrekking hebben op de geneeskundig bestuurders, en zoom ik verder in op de medisch specialist-bestuurders in de interviews. Een geneeskundig bestuurder heeft geneeskunde gestudeerd en is dus arts, maar heeft niet noodzakelijk gewerkt als arts in de zorg. Een medisch specialist-bestuurder heeft zich in vervolg op de studie geneeskunde verder gespecialiseerd en gewerkt in de zorg als medisch specialist.

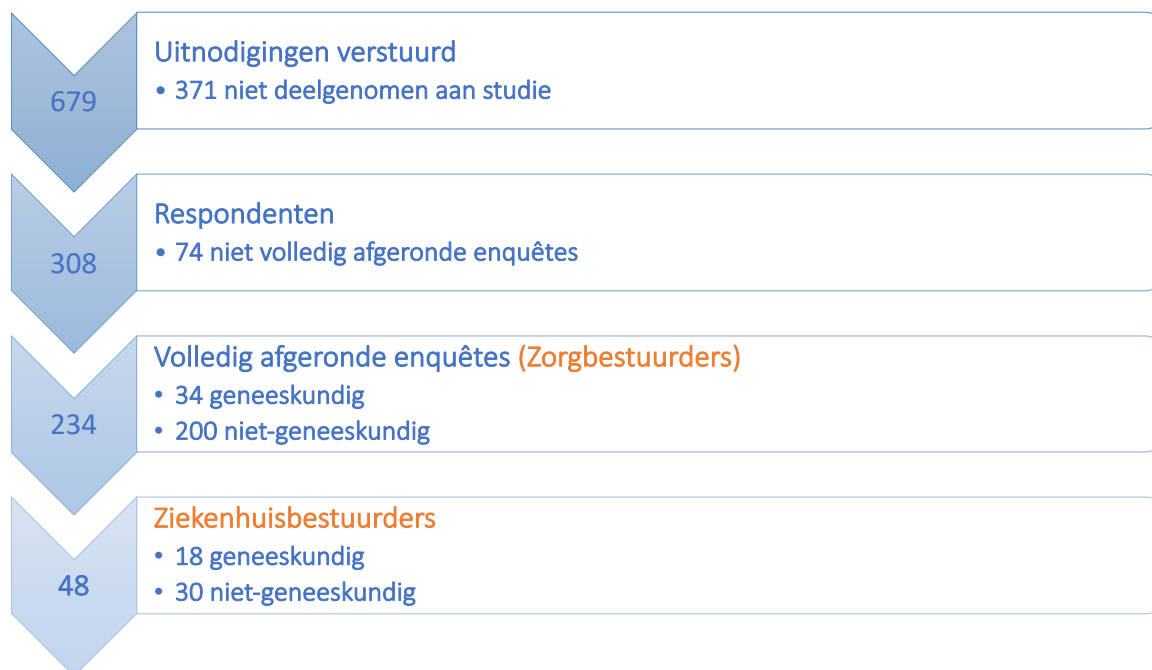
4.1 Enquête

Voor deze thesis heb ik gebruik mogen maken van het databestand van een enquête onder zorgbestuurders in Nederland (35). De enquête werd in 2021 afgenomen, maar gaat over het jaar 2020. Voor het onderzoek in deze thesis heb ik in het bijzonder gekeken naar de uitkomsten onder de geneeskundig bestuurders werkzaam in een ziekenhuis en de verschillen met de niet-geneeskundig bestuurders werkzaam in een ziekenhuis, oftewel de verschillen tussen ziekenhuisbestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond.

4.1.1 Beschrijving onderzoekspopulatie en respondentengroep

De onderzoekspopulatie bestaat uit bestuurders van gezondheidszorgorganisaties oftewel zorgbestuurders. Met zorgbestuurders worden de eindverantwoordelijke bestuurders van een gezondheidszorgorganisatie bedoeld. De enquête is uitgezet onder leden van de NVZD (Vereniging van bestuurders in de zorg) en bereikt daarmee bestuurders van ziekenhuizen, ouderenzorgorganisaties, jeugdzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, gespecialiseerde organisaties en organisaties die meerdere typen van zorg combineren. Dit is de steekproef. In 2020 waren dat 679 leden. Van de leden hebben 308 zorgbestuurders de enquête ingevuld, een respons van 46%. Van deze 308 respondenten hebben 74 de enquête niet volledig afgerond, deze heb ik niet meegenomen in deze analyse. In dit onderzoek analyseer ik 234 volledig afgeronde enquêtes, waaronder 48 ziekenhuisbestuurders (zie figuur 4.1).

Bij het analyseren van de resultaten van de enquête is gefocust op verschillen tussen bestuurders met en zonder geneeskundige achtergrond. En meer specifiek op de resultaten onder ziekenhuisbestuurders.



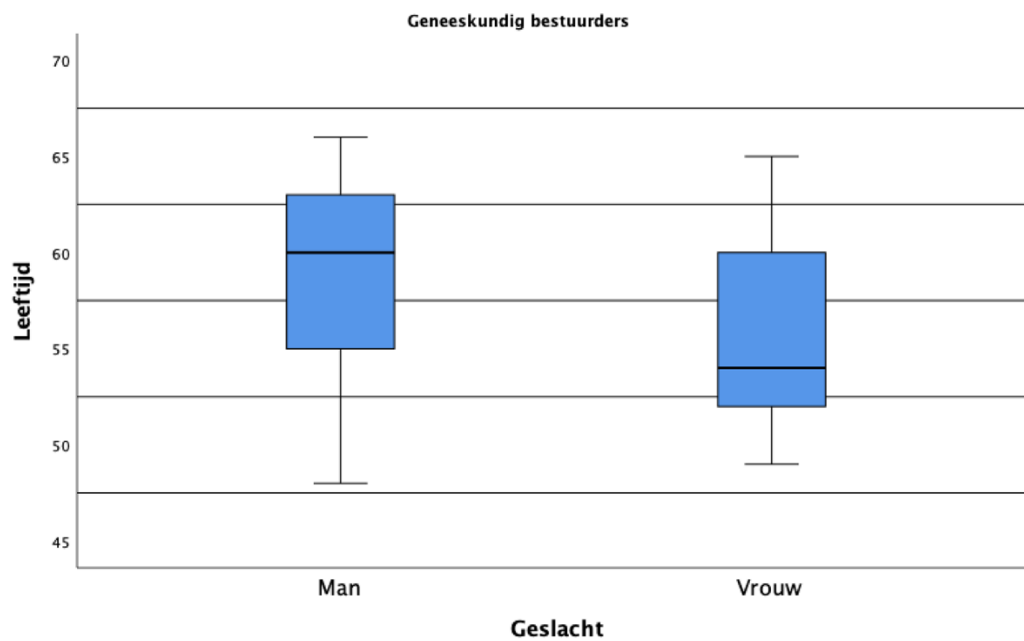
Figuur 4.1: Respondenten enquête

De leeftjidsverdeling is vergelijkbaar onder de geneeskundige en niet-geneeskundige zorgbestuurders. Er is een gelijke man/vrouw verdeling onder de 234 zorgbestuurders. Opvallend is wel dat er onder de geneeskundig bestuurders meer vrouwelijke respondenten zijn, maar er is geen statistisch significante correlatie tussen geslacht en geneeskundige achtergrond. Voor de subgroep ziekenhuisbestuurders wordt hetzelfde gezien (zie tabel 4.1).

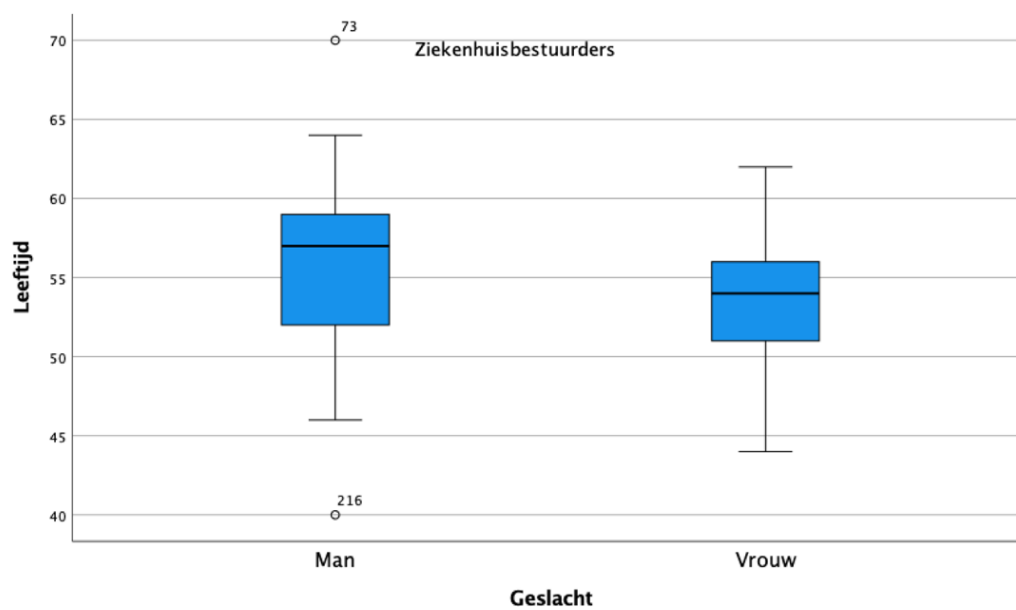
	Geneeskundig ziekenhuisbestuurders	Niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders	totaal	p
Aantal	18 (38%)	30 (63%)	48	
Geslacht (vrouw)	67%	43%	52%	0,117
Gem leeftijd (j) (bereik)	56 (50-63)	54 (40-62)	55	0,188

Tabel 4.1: Demografische gegevens van de ziekenhuisbestuurders.

De vrouwelijke geneeskundig bestuurders zijn gemiddeld jonger dan hun mannelijke collegae, respectievelijk gemiddeld 55 en 59 jaar, dit verschil is statistisch significant (figuur 4.2). Onder de ziekenhuisbestuurders is dit verschil minder groot. Vrouwelijke ziekenhuisbestuurders zijn gemiddeld 53,7 jaar, mannelijke 56 jaar (figuur 4.3).



Figuur 4.2: leeftijdsverdeling onder mannelijke en vrouwelijke geneeskundig bestuurders. $p=0,044$



Figuur 4.3: Leeftijdsverdeling onder mannelijke en vrouwelijke ziekenhuisbestuurders. $p=0,313$

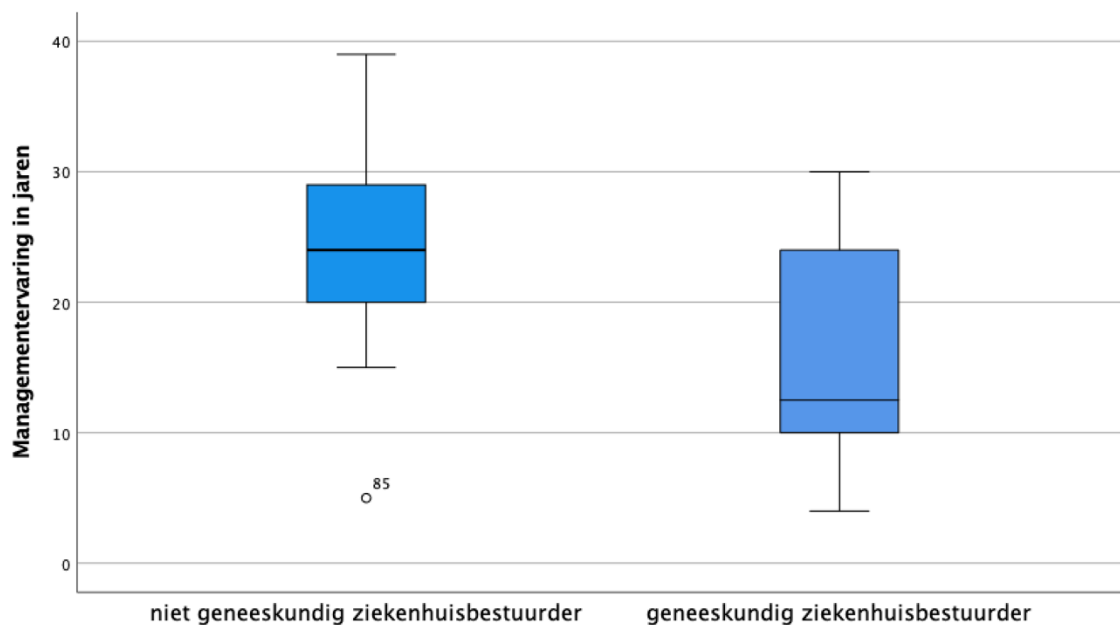
4.1.2 Opleiding

Vierendertig respondenten (15%) hebben geneeskunde gestudeerd, dit zijn de geneeskundig bestuurders in dit onderzoek. De overige zorgbestuurders (200) hebben geen geneeskundige achtergrond. Naast geneeskunde zijn er 5 geneeskundig bestuurders met een tweede fulltime universitaire studie. Er zijn in deze enquête 48 ziekenhuisbestuurders. Van hen zijn 18 geneeskundig bestuurder. Dat betekent dat 38% van de ziekenhuisbestuurders opgeleid is als arts (tabel 4.1).

4.1.3 Ervaring

Significante verschillen zijn gevonden tussen geneeskundige en niet-geneeskundige *zorgbestuurders* op het vlak van aantal jaren managementervaring alvorens ze bestuurder werden: geneeskundig bestuurders hebben gemiddeld minder jaren managementervaring dan bestuurders zonder geneeskundige achtergrond. Respectievelijk gemiddeld 18,5 jaar versus 24,7 jaar (zie figuur I in bijlage). Ook zien we dat geneeskundig bestuurders gemiddeld minder andere managementfuncties bekleed hebben (4,3) in vergelijking met niet-geneeskundig bestuurders (6,2).

Als we deze verschillen bekijken voor de *ziekenhuisbestuurders* is het verschil nog groter, figuur 4.4. Een geneeskundig ziekenhuisbestuurder heeft gemiddeld 16,5 jaar managementervaring voordat deze bestuurder werd, en de niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurder 24,5 jaar. Dit is een statistisch significant verschil ($p < 0,001$).



Figuur 4.4: Managementervaring (in jaren) van geneeskundig en niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders in Nederland. $p < 0,001$

4.1.4 Professionele ontwikkeling

Ziekenhuisbestuurders houden en brengen hun kennis het meest op peil door intervisie, congressen en symposia, en coaching. Er werd hierin geen significant verschil gevonden tussen geneeskundig en niet-geneeskundig bestuurders (zie bijlage tabel II).

Daarnaast valt op dat er gedaan wordt aan team coaching met de hele RvB of met het hele topteam, zie tabel 4.2.

Deelname aan...	Ziekenhuisbestuurders		
	Geneeskundig N=18	Niet-geneeskundig N=30	totaal N=48
Intervisie met zorgbestuurders	89%	97%	94%
Deelname aan congressen/symposia	61%	63%	63%
Interdisciplinaire intervisie	44%	33%	38%
Persoonlijke coach	39%	57%	38%
Team coaching	36%	23%	25%
Opleiding	11%	17%	15%

Tabel 4.2: Deelname aan professionaliseringsactiviteiten door ziekenhuisbestuurders.

Zorgbestuurders vinden de intervisiegroep met zorgbestuurders (78%), een persoonlijke coach (44%) en opleiding (40%) het meest effectief. Ze mochten in de enquêtevraag over welke de meest effectieve professionaliseringsactiviteiten zijn meerdere antwoorden aanduiden. De volgende mogelijkheden kregen ze voorgelegd: opleiding, intervisie met zorgbestuurders, interdisciplinaire intervisie, werkgroep/commissie NVZD, persoonlijke coach, collegiale coach, team coaching met collega-bestuurders, geven van colleges aan managers of bestuurders, spreken op congressen, coaching van (nieuwe) bestuurders en publiceren in vakbladen. Ten aanzien van de *interdisciplinaire intervisie* is er een significant verschil tussen geneeskundig en niet-geneeskundig bestuurders: de geneeskundig bestuurders vinden deze activiteit waardevoller (33%) dan de niet-geneeskundig bestuurders (21%).

Bij geneeskundig bestuurders staat *opleiding* niet in de top 3, maar wel *team coaching met collega-bestuurders*, zie tabel 4.3.

Ook onder de geneeskundig **ziekenhuis**bestuurders wordt *interdisciplinaire intervisie* hoog gescoord als effectieve professionaliseringsactiviteit (41%), terwijl de niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders hier minder waarde aan toekennen (13%), zie tabel 4.4. Dit verschil neigt naar statistisch significantie, maar door de kleine aantallen moet ik hier niet de Pearson ($p=0,030$), maar de Fisher Exact aflezen, en daarvan is de p-waarde 0,069.

Een van de minst effectieve professionaliseringsactiviteit blijkt voor beide groepen (zorgbestuurders en ziekenhuisbestuurders) het publiceren in vakbladen te zijn. De uitgebreide tabellen met percentages en p-waarden zijn te vinden in de bijlage tabellen III en IV.

Meest effectief...	Zorgbestuurders		
	Geneeskundig N= 34	Niet-geneeskundig N= 200	totaal N= 234
Intervisie met zorgbestuurders	76%	79%	78%
Persoonlijke coach	42%	45%	44%
Teamcoaching	36%	23%	25%
Interdisciplinaire interventie	33%	21%	25%
Opleiding	30%	42%	40%

Tabel 4.3: Meest effectieve professionaliseringsactiviteiten volgens geneeskundig en niet-geneeskundig zorgbestuurders. De percentages geven aan hoeveel procent van de bestuurders de betreffende professionaliseringsactiviteit heeft aangeduid als effectief, er waren meerdere antwoorden mogelijk.

Meest effectief...	Ziekenhuisbestuurders		
	Geneeskundig N= 17	Niet-geneeskundig N=30	totaal N=47
Intervisie met zorgbestuurders	65%	63%	64%
Interdisciplinaire interventie	41%	13%	23%
Persoonlijke coach	41%	47%	45%
Teamcoaching	35%	40%	38%
Opleiding	29%	30%	30%

Tabel 4.4: Meest effectieve professionaliseringsactiviteiten volgens geneeskundig en niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders. De percentages geven aan hoeveel procent van de bestuurders de betreffende professionaliseringsactiviteit heeft aangeduid als effectief, er waren meerdere antwoorden mogelijk.

Los van de vraag of de zorgbestuurder (op dit moment) een opleiding volgt, is er ook gevraagd of de bestuurder de afgelopen 10 jaar een postacademische managementopleiding of -cursus gevolgd heeft, zie tabel VII in bijlage. Dan wordt duidelijk dat verreweg de meerderheid van de bestuurders opleidingen volgt. Van de ziekenhuisbestuurders volgde 90% een opleiding in de afgelopen 10 jaar. Onder de geneeskundig ziekenhuisbestuurders was dit zelfs 95% (tabel 4.5). Ziekenhuisbestuurders volgden in de afgelopen 10 jaar vaker zorgspecifieke managementopleidingen (63%) dan algemene managementopleidingen (37%), zie tabel 4.6. Vooral de geneeskundig ziekenhuisbestuurders zijn geneigd om zorgspecifieke

managementopleidingen te volgen, 72% van hen deed dat de afgelopen 10 jaar. Onder de niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders koos 56% voor een zorgspecifieke managementopleiding. De kortere algemene managementcursussen worden significant vaker gevolgd door niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders (80%) dan door hun geneeskundige collega's (20%). Er wordt over het algemeen weinig tot geen scholingsaanbod gemist. Geen van de geneeskundig ziekenhuisbestuurders mist iets in het scholingsaanbod, onder de niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders mist 13% scholingsaanbod.

	Ziekenhuisbestuurders		
	Geneeskundig N= 18	Niet-geneeskundig N=30	totaal N=48
nee	1 (5,6%)	4 (13%)	5 (10%)
Ja, 1	7 (39%)	7 (23%)	14 (29%)
Ja, >1	10 (56%)	19 (63%)	29 (60%)

Tabel 4.5: Volgde u de afgelopen 10 jaar een postacademische managementopleiding/-cursus?
p=0,428

Type postacademische opleiding	Ziekenhuisbestuurders			
	Geneeskundig N = 18	Niet-geneeskundig N = 30	Totaal N = 48	p
Uitgebreide masteropleiding, algemeen	3 (17%)	4 (13%)	7 (15%)	1,000
Uitgebreide (master)opleiding, zorgspecifiek	9 (50%)	11 (37%)	20 (42%)	0,364
Kortere cursus management, algemeen	4 (22%)	16 (53%)	20 (42%)	0,034*
Kortere cursus management, zorgspecifiek	9 (50%)	16 (53%)	25 (52%)	0,823

Tabel 4.6: Type gevolgde postacademische managementopleidingen de afgelopen 10 jaar. Percentages geven aan hoeveel procent van de groep geneeskundig versus niet-geneeskundig bestuurders een bepaalde opleiding heeft gevolgd.

4.1.5 Rolopvatting en roluitvoering

Belang van de rol

De rolopvatting zegt iets over hoe de functie geïdentificeerd wordt, zowel door de bestuurders zelf als door anderen. Het weerspiegelt de verwachting die anderen hebben van zorgbestuurders.

Er werd in de enquête gevraagd naar de volgende rollen:

- *boegbeeld/ambassadeur* van de organisatie naar extern en intern,
- *bestuurder/strateeg* die de strategische lijnen naar de toekomst uitzet,
- *manager* die ervoor zorgt dat de productie efficiënt en volgens afspraak verloopt,
- *regisseur* die ervoor zorgt dat de zorgprocessen soepel verlopen,
- *tussenpersoon* die de verbinding legt tussen de binnen- en buitenwereld van de organisatie en
- *ondernemer* die vernieuwingen introduceert en nieuwe markten aanboort.

De respondenten werden gevraagd een waarde toe te kennen aan de mate van belangrijkheid van de rol van 1=onbelangrijk tot 5 = zeer belangrijk.

De ziekenhuisbestuurders vinden de rol van bestuurder/strateeg het belangrijkste, zie tabel 4.7 en 4.8. De rollen *regisseur* en *manager* worden als minst belangrijk gewaardeerd.

Belang van de rol	Ziekenhuisbestuurders			p
	Geneeskundig N= 17	Niet-geneeskundig N=25	totaal N=42	
Boegbeeld	4,18	4,44	4,37	0,227
Bestuurder	4,71	4,64	4,69	0,718
Manager	2,94	2,80	2,92	0,587
Regisseur	3,00	3,12	3,14	0,700
Tussenpersoon	4,53	4,72	4,65	0,299
Ondernemer	3,88	4,08	4,00	0,397

Tabel 4.7: Rolopvatting van ziekenhuisbestuurders. Gemiddelde score voor eigen visie op het belang van de rol. (1=zeer onbelangrijk tot 5 = zeer belangrijk). Belangrijkste rolopvatting in oranje..

Geneeskundig ziekenhuisbestuurder	Niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurder
1. Bestuurder/strateeg	1. Tussenpersoon
2. Tussenpersoon	2. Bestuurder/strateeg
3. Boegbeeld	3. Boegbeeld

Tabel 4.8: Top-3 van meest belangrijke rolopvattingen volgens geneeskundig en niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders. Deze lijst ziet er voor de feitelijke rolbeleving hetzelfde uit.

Feitelijke rolbeleving

Behalve naar het *belang* van de rol, werd de bestuurders ook gevraagd naar de *feitelijke* rolbeleving op het moment. Tabel 4.9 geeft deze feitelijke rolbeleving weer als gemiddelde van de scores van 1 tot 5. Er is een statistisch significant verschil tussen de geneeskundig en niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders op score van de rol boegbeeld: De niet-geneeskundig bestuurders geven hier een hogere score aan dan hun geneeskundig collega's. De top-3 van feitelijke rolbeleving door geneeskundig en niet-geneeskundig bestuurders is qua rangorde dezelfde als de top-3 van het belang van de rol (tabel 4.8).

	Ziekenhuisbestuurders			p
	Geneeskundig	Niet-geneeskundig	totaal	
Feitelijke rolbeleving	N= 17	N=25	N=42	
Boegbeeld	3,76	4,40	4,16	0,004*
Bestuurder	4,53	4,40	4,47	0,546
Manager	3,29	2,92	3,04	0,173
Regisseur	3,24	2,84	3,08	0,218
Tussenpersoon	4,18	4,60	4,37	0,054
Ondernemer	3,41	3,36	3,39	0,873

Tabel 4.9: Feitelijke rolbeleving van ziekenhuisbestuurders. De waarden vertegenwoordigen de gemiddelde score voor feitelijke rolbeleving. Score tussen 1 = zeer onbelangrijk en 5 = zeer belangrijk (Hoe sterk vervult u de rol op dit moment feitelijk?). Belangrijkste feitelijke rolopvatting in oranje.

Om een indruk te krijgen van het verschil tussen het belang dat de bestuurder geeft aan een rol en de feitelijke rolbeleving, is in tabel 4.10 voor de geneeskundig ziekenhuisbestuurders het verschil aangegeven tussen de gemiddelde score van het belang van de rol en de gemiddelde score van de feitelijke rolbeleving. De score is een waarde tussen 1 (zeer onbelangrijk) en 5 (zeer belangrijk). De verschillen zijn statistisch significant.

Effectiviteit van een bestuurder

De bestuurders werd gevraagd waaruit volgens hen de effectiviteit van een bestuurder blijkt. Ze mochten maximaal 3 antwoorden aankruisen. De opties waren:

- Spanningen en dilemma's hanteren
- Veranderingen doorvoeren
- Bedrijfseconomische resultaten
- Formuleren bindende visie
- Medewerkers stimuleren in hun ontwikkeling
- Besluitvaardigheid
- Eigen stijl aanpassen aan de situatie

	Rolopvatting Geneeskundig Ziekenhuisbestuurders		verschil
	Belang van de rol score	Feitelijke rol score	
Boegbeeld	4,18	3,76	0,42
Bestuurder	4,71	4,53	0,18
Manager	2,94	3,29	-0,35
Regisseur	3,00	3,24	-0,24
Tussenpersoon	4,53	4,18	0,35
Ondernemer	3,88	3,41	0,47

Tabel 4.10: Vergelijking van rolopvatting geneeskundig ziekenhuisbestuurders ten aanzien van het belang van de rol en de feitelijke rol. De waarden stellen de gemiddelde scores voor die de bestuurder gaf aan de rol. Score van 1=zeer onbelangrijk tot 5=zeer belangrijk. $p < 0,001$.

In tabel 4.11 staat de Top-3 van factoren waaruit volgens ziekenhuisbestuurders het meest de effectiviteit van een bestuurder blijkt. Voor de geneeskundig ziekenhuisbestuurders is dat het *stimuleren van medewerkers in hun ontwikkeling*, voor de niet-geneeskundig bestuurders het *doorvoeren van veranderingen*.

Geneeskundig ziekenhuisbestuurders vinden het *stimuleren van medewerkers in hun ontwikkeling* belangrijker dan niet-geneeskundig bestuurders dat vinden (respectievelijk 71% en 28%), dat is statistisch significant ($p=0,006$). Ook zien geneeskundig bestuurders het *aanpassen van de leiderschapsstijl aan de situatie* belangrijker (41%), terwijl dit voor niet-geneeskundig bestuurders door 32% als blijk van effectiviteit wordt aangeduid (zie bijlage voor gedetailleerde tabel VI).

Niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders vinden het *doorvoeren van veranderingen* de belangrijkste maat van effectiviteit van een bestuurder, zie tabel 4.11.

Geneeskundig ziekenhuisbestuurders		Niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders	
1. Medewerkers stimuleren	71%	1. Doorvoeren van veranderingen	88%
2. Doorvoeren van veranderingen	65%	2. Bindende visie formuleren	48%
3. Spanningen en dilemma's hanteren	53%	3. Spanningen en dilemma's hanteren	32%

Tabel 4.11: Top-3 van factoren waaruit volgens geneeskundig en niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders het meest de effectiviteit van een bestuurder blijkt.

Veranderingen doorvoeren wordt in ziekenhuizen belangrijker geacht dan in andere zorginstellingen, respectievelijk 78% en 53%, dit is significant verschillend. (Zie gedetailleerde tabel VII in bijlage).

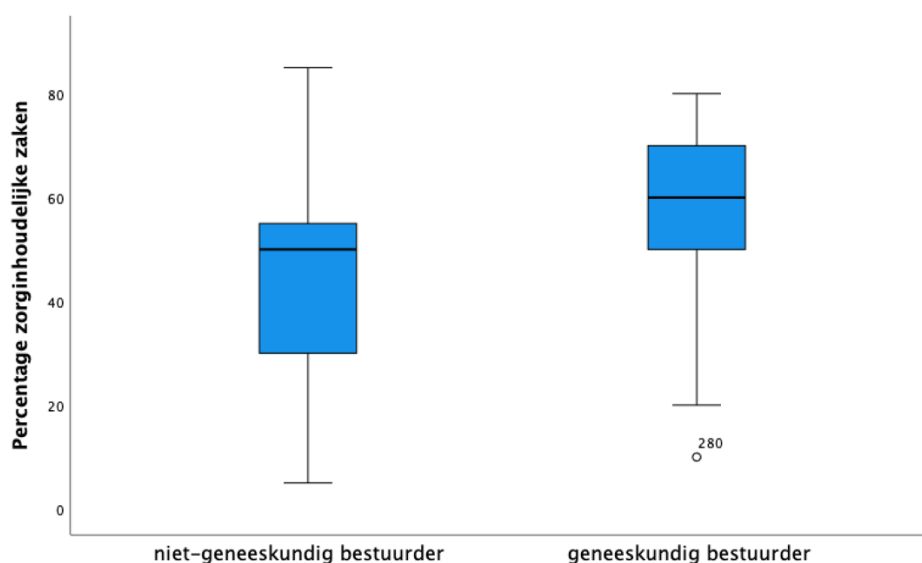
Taken en verantwoordelijkheden

De belangrijkste taken en verantwoordelijkheden van ziekenhuisbestuurders volgens henzelf zijn de *kwaliteit van zorg* en de *maatschappelijke functie*. Geneeskundig ziekenhuisbestuurders zetten met 47% de maatschappelijke functie bovenaan met kwaliteit van zorg op de tweede plek (35%) en hun niet-geneeskundige collega's vinden kwaliteit van zorg hun belangrijkste verantwoordelijkheid (44%), gevolgd door maatschappelijke functie (24%). De overige taken - economische gezondheid van de organisatie, concurrentievermogen, voldoen aan de opdracht en procesoptimalisatie- worden niet of slechts door een enkeling als belangrijkste taak gezien.

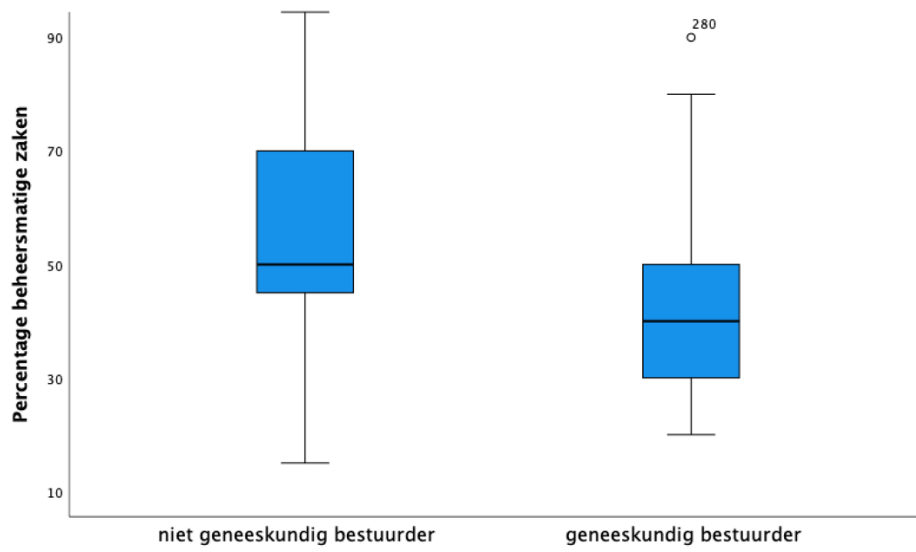
Tijdsbesteding

Resultaten van ziekenhuisbestuurders tonen dat 51% van de tijd besteed wordt aan zorginhoudelijke zaken. Voor de geneeskundig ziekenhuisbestuurders is dat significant meer dan voor niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders, respectievelijk 59% en 46% ($p=0,027$), zie figuur 4.5. Zo besteedt de niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurder meer tijd aan beheersmatige zaken (54%) dan de geneeskundig ziekenhuisbestuurder (41%), figuur 4.6.

Als we ditzelfde bekijken voor de grote groep respondenten, dus voor alle zorgbestuurders (en niet specifiek de ziekenhuizen), dan zijn de resultaten vergelijkbaar.



Figuur 4.5: percentage tijd besteed aan zorginhoudelijke zaken door ziekenhuisbestuurders. $p=0,027$.



Figuur 4.6: Percentage tijd besteed aan beheersmatige zaken door ziekenhuisbestuurders. $p=0,027$

4.2 Interviews

Bij de uitwerking van de transcripten van de interviews kwam ik tot de conclusie dat er 7 unieke verhalen verteld zijn. Deze verhalen vertonen overeenkomsten, en uiteraard kan ik de resultaten weergeven als de mate van overeenkomst tussen de 7 bestuurders. Maar daarmee doe ik te niet aan het mooie, persoonlijke en individueel verschillende karakter van deze mensen. Ieder heeft toch op bepaald vlak zijn eigen manier van uitdrukken, van woordkeuzes en beschrijving van zijn rol. Daarom heb ik ervoor gekozen om de resultaten op sommige onderdelen weer te geven als 7 unieke verhalen en om de diversiteit te benadrukken, terwijl ik vanzelfsprekend ook de overeenkomsten zal aanstippen.

4.2.1 Beschrijving respondentengroep

Van de 7 geïnterviewde bestuurders (A t/m G) zijn er 5 vrouw en 2 man. Allen zijn opgeleid als medisch specialist, dat was immers een criterium om de bestuurder te benaderen deel te nemen aan een interview. De medisch specialisten zijn anesthesie, longgeneeskunde, kindergeneeskunde, chirurgie en gynaecologie. Vier bestuurders zijn niet meer werkzaam als arts, 2 hebben 1 dag in de week een spreekuur in het eigen ziekenhuis en 1 doet nog beperkte werkzaamheden als arts buiten het eigen ziekenhuis. Vier van de 7 bestuurders zijn gepromoveerd (PhD), twee hiervan bekleden een hoogleraarsfunctie. Eén bestuurder is jonger dan 50 jaar; één is ouder dan 60; de rest is tussen 50 en 60 jaar oud.

Zes van de 7 bestuurders zijn voorzitter van de tweekoppige Raad van Bestuur. Zes bestuurders werken in een algemeen ziekenhuis, één bestuurder in een academisch ziekenhuis.

De medisch specialist-bestuurders hebben gemiddeld ongeveer 13 jaar managementervaring, variërend van 9 tot 18 jaar, en bekleden gemiddeld sinds 4 jaar een bestuursfunctie in de raad van bestuur, variërend van 2 tot 6,5 jaar.

4.2.2 Pad van medisch specialist tot bestuurder: opleiding, ervaring, persoonlijke ontwikkeling

In het interview valt op dat alle bestuurders aangeven min of meer in de bestuurdersrol gerold te zijn, hoewel het wel bij iedereen begon met een zekere interesse in management of bestuur en ze het leuk zijn gaan vinden. De stap richting management en later bestuur wordt ingegeven door iets te willen verbeteren in de breedte van de zorg. Ze hebben gedurende meerdere jaren hun medisch specialistische vak gecombineerd met management. Later in hun carrière verschoven hun taken steeds meer op richting die van management en uiteindelijk bestuur.

Allen zijn lid geweest van het stafbestuur, en de meesten voorzitter hiervan. Commissiewerk van allerlei aard in het ziekenhuis komt veel voor onder de bestuurders. Daarnaast worden functies als medisch manager, medisch directeur en interim-bestuurder vaak genoemd. Opvallend is dat slechts 1 bestuurder als relevante ervaring meldt toezichthouder in de zorg te zijn geweest en dat ook echt aanbeveelt als voorbereiding. Eén van de 7 bestuurders heeft een MBA-opleiding, en 1 deed een studie bestuur- en organisatiekunde naast de studie geneeskunde, allen melden diverse trainingen, cursussen en leergangen gericht op financiën, management, onderhandelen en het besturen van een ziekenhuis. Toch komt het *'on the job'* leren van het vak en *'learning by doing'* bij de meesten terug in het interview alsook het spreken met andere bestuurders voorafgaand aan het aangaan van de bestuurdersrol. Bij vijf bestuurders heeft het van dichtbij (vanuit stafbestuur of als medisch manager) meemaken en begeleiden van grote reorganisaties of een fusie een belangrijke rol gespeeld in hun pad tot bestuurder.

Behalve ervaring in managementfuncties is er ook geluk nodig, en een beetje durf.

“Weet je, ik heb gewoon heel veel geluk gehad, maar ook kansen genomen en gedurfd te springen”(G).

Waardevolle ontwikkeling buiten het vak van medisch specialist of bestuurder wordt gevonden in de diversiteit van de algemene ontwikkeling en in het volgen van maatschappelijke ontwikkelingen. *“Alles weten is alles begrijpen”*, volgens **Bestuurder C**. Persoonlijke coaching en spirituele ontwikkeling worden genoemd door drie bestuurders, terwijl anderen helemaal niets voelen voor coaching of spiritualiteit, maar wel ontspanning zoeken in sport, muziek, kunst of buiten zijn. Balans vinden tussen privé en werk is ook hier belangrijk en niet altijd vanzelfsprekend. De meeste bestuurders zien hun vak als druk en geven aan dat het meer dan een fulltimebaan omvat. Ook buiten reguliere werktijden gaat het werk door, dus zorgen dat je plezier blijft houden is een must.

“Er zijn genoeg momenten waarop je je afvraagt: ‘Waarom heb ik dit ook alweer gewild?’” (A).

Veel lezen, zowel over bestuursonderwerpen en leiderschap, als over onderwerpen die niet werk-gerelateerd zijn doen de meeste bestuurders. Eén bestuurder neemt het zich telkens voor, maar vertelt eigenlijk nooit toe te komen aan lezen.

Waardering van voorbereiding

Op de vraag hoe ze hun voorbereiding achteraf beschouwen worden verschillende antwoorden gegeven:

Bestuurder A heeft een MBA-opleiding en ziet dat als een goede voorbereiding met daarnaast nadruk op diversiteit in de (algemene) ontwikkeling en veel lezen. **Bestuurder B** vond vooral het bestuur medische staf een goede voorbereiding, zegt verder *“gewoon gaan doen, het is toch allemaal permanente ontwikkeling”* en is een voorstander van het volgen van opleidingen of trainingen naar gelang wat je mist in je werk. Zo volgde B de INSEAD financieel management na start als bestuurder. **Bestuurder C** vond ook met name het voorzitterschap van het stafbestuur zinvol, en heeft zich breder georiënteerd door gesprekken aan te gaan met artsen die een andere rol hadden dan een klinische; zoals bestuurders, inspecteur IGJ en zorgverzekeraar. Bovendien volgde C SIOO ‘succesvol besturen van ziekenhuizen’. **Bestuurder D** vertelt alles ‘on the job’ te hebben geleerd, maar mist een MBA. Veel lezen, assessment en coaching hebben geholpen in de voorbereiding, en nu nog. **Bestuurder E** heeft het vak ook ‘on the job’ geleerd, maar vond dat dan juist een prima voorbereiding, aangevuld met een cursus financiën.

“MBA was wel leuk geweest, maar toen niet haalbaar in combinatie met mijn werk als medisch specialist, en door training te volgen in wat je merkt dat je mist, kom je er ook” (E).

E volgde bij Erasmus Centrum voor Zorgbestuur ‘van medicus naar bestuurder’. **Bestuurder F** vindt dat de voorbereiding in het algemeen veel beter kan, te beginnen bij de studie geneeskunde. F heeft training bij INSEAD gevolgd naast andere cursussen, maar vindt vooral *“Als het je leuk lijkt, dan gewoon beginnen”*. **Bestuurder G** heeft veel ervaring opgedaan in stafbestuur en als medisch directeur in een RvB, volgde Stolte leergang en SIOO ‘succesvol besturen van ziekenhuizen’, maar vertelt

“Ik leer nog iedere dag en mis ontzettend veel in de voorbereiding, maar ik ben er ook wel van overtuigd dat het geen pad is dat je op papier kunt uittekenen”.

Twijfels

Twijfels heeft iedereen gehad, en sommigen nu nog. Deze twijfel vind ik in de interviews vooral terug op twee vlakken. Ten eerste over het achterlaten van ‘het vak’ (medisch specialisme) ten tweede over de nieuwe rol van bestuurder. Uitspraken zoals *“Why me?”*, *“Ik zit hier nu wel, maar kan ik het ook?”*, *“Waarom willen ze mij wel en een ander niet?”* komen meermaals terug in de diverse gesprekken.

De twijfels over het stoppen als medisch specialist is er voor iedereen, op 1 na. Maar ook de bestuurder die niet twijfelde over stoppen als medisch specialist, wil de registratie als arts behouden.

“Ik blijf boven alles arts, en heb veel moeite gedaan om me te laten herregistreren als arts” (C).

Drie bestuurders hebben bewust (nog) geen afscheid genomen van hun vak als medisch specialist, maar geven wel aan dat ze zich realiseren dat er waarschijnlijk ooit toch een keuze gemaakt moet worden.

Financieel is iedere bestuurder er op achteruit gegaan. De ene weinig, maar een ander heeft ruim 135.000 euro op jaarbasis ingeleverd. Hoewel dat een zeer forse achteruitgang kan zijn, geeft iedereen aan dat heet geen echt struikelblok is geweest, omdat ze niet financieel gedreven zijn, en omdat ook het inkomen van een bestuurder goed is. Toch kunnen ze het zich voorstellen dat het een medisch specialist ervan weerhoudt om bestuurder te willen worden. En kennen ze doorgaans wel een collega die zegt het financieel niet te kunnen dragen, omdat er al opgebouwde financiële verplichtingen zijn in hun leven.

De reacties over de Wet Normering Topinkomens lopen wat uiteen: *“WNT kan een drempel zijn, maar voor mij niet, ik wil de zorg beter maken”*, *“Ik ben niet geld gedreven, en was al geen grootverdiener” (C)*, *“Geloof me dat je ongelooflijk keldert in inkomen” (G)*, *“Enorme achteruitgang in inkomen speelt een grote rol, maar heeft mij niet echt doen twijfelen omdat ik toch al niet exorbitant leefde” (D)*.

Bij de keuze om bestuurder te worden, krijgen medisch specialisten behalve met hun eigen twijfels ook te maken met commentaar uit de directe omgeving. De meeste mensen vinden er wat van dat je mogelijk je vak medisch specialist achter je gaat laten, komt naar voren uit de interviews. Men vraagt zich af of je, als arts zijnde, het werken met patiënten niet gaat missen. *“Maar weet je”, zegt bestuurder C, “ik werk als bestuurder de hele dag met mensen. En patiënten zijn ook net mensen”.*

Met betrekking tot de voorbereiding geven de geïnterviewde medisch specialist-bestuurders de tips mee om als basis een MBA/MHA te doen en als dat niet mogelijk is aanvullende postacademische managementopleidingen of -trainingen. Maar ook om je goed te oriënteren en mee te lopen met bestuurders. Het bekleden van toezichthoudende functies kan je helpen in de oriëntatie en de ervaring. Daarnaast noemen ze dat het belangrijk is om te zorgen voor diversiteit in je ontwikkeling, om je eigen leiderschapsstijl te kennen en deze situationeel aan te kunnen passen en je te kunnen verplaatsen in anderen. Een ontwikkelassessment kan helpen bij het inzicht krijgen in je eigen stijl, maar ook te leren waar je kwetsbaarheid en irritatieniveau zit. Alles kan helpen bij een goede voorbereiding, maar hoe dan ook, *“Als het je leuk lijkt, dan gewoon beginnen”*, aldus **bestuurder F**.

4.2.4 Professionele ontwikkeling als bestuurder

Alle bestuurders melden structurele intervisie en/of een peer-group met andere bestuurders als belangrijke manier om zich te blijven ontwikkelen. Verder komen aan bod: brede maatschappelijke ontwikkeling, veel lezen en het volgen van trainingen, masterclasses of congressen aan de hand van wat er nodig lijkt in de praktijk. Leren van elkaar en ervaring delen blijkt een belangrijke manier te zijn voor bestuurders om hun kennis op peil te houden en uit te breiden. Naast gesprekken met collega-bestuurders wordt ook genoemd het meelopen in een ander ziekenhuis, in het bedrijfsleven, en buitenlandse reizen om kennis op te doen van de gezondheidszorg in andere landen.

Het kost ook tijd om te wennen aan de nieuwe rol. **Bestuurder B:**

“Het werk als medisch specialist levert direct waardering op. Nu kan ik een hele dag druk vergaderen en denken; ‘wat heb ik nu bijgedragen?’ Het heeft mij tijd gekost om dat te leren waarderen”.

4.2.5 Rolopvatting

De roloppvatting van de bestuurders vertoont kenmerkende overeenkomsten. Iedereen noemt de *voorbeeldfunctie*, het *boegbeeld* en *strateg* of *koers bepalend* als belangrijkste rollen. Wat ook de belangrijkste roloppvattingen zijn uit de enquête. Maar in de interviews vond ik leuke en opvallende verschillen in roloppvattingen -ondanks de overeenkomsten die er waren-. Om dit onderscheid beter inzichtelijk te krijgen geef ik een beschrijving van de roloppvatting van de 7 bestuurders:

Bestuurder A noemt als roloppvatting het zijn van een *voorbeeld*, een *boegbeeld* naar buiten toe, en naast *strateg* ook een *vertegenwoordiger van alle medewerkers*. Waarbij het menselijke aspect, benaderbaarheid en oprechte interesse in alle mensen een belangrijke nadruk vormt.

Bestuurder B legt juist meer de nadruk op de hardere elementen van de rol, zoals *overzicht houden*, *voorwaarden scheppen*, *richting geven en vooruitkijken* en zorgen dat alle kennis in de organisatie aanwezig is. Ook B noemt het zijn van een boegbeeld en belangenbehartiger van iedereen. **Bestuurder C** zet te allen tijde het belang van de patiënt voorop en vraagt zich bij alles primair af of het wel in het belang is van de patiënt en of het de zorg ten goede komt voordat er een beslissing genomen wordt.

“Mijn taak is steeds de vraag stellen ‘Wat schiet de patiënt hiermee op en wordt de zorg hier beter van?’ Als het goed is voor de patiënt en het goed is voor de medewerker, dan komt de rest vanzelf wel” (C).

Met deze visie worden de kernrollen *koers bepalen* en *goed blijven opletten* genoemd. Terwijl **bestuurder F** de medewerker juist op nummer 1 zet en streeft naar een *goede energie in de organisatie*, met het idee

“Wanneer de medewerker goed in zijn vel zit, kan hij ook de beste zorg leveren voor de patiënt” (F).

F noemt als rol vooral *verbinder*, *voorspelbaar zijn*, *betrouwbaar* en *koersbepalend*. Verbinding komt dan naar voren in synergie vinden tussen de verschillende aspecten van de organisatie.

Hierbij speelt voor F spiritualiteit en compassie, oprechte aandacht voor anderen en rust uitstralen een grote rol.

Bestuurder D noemt de rol *verbindend en gidsend*, waarbij *coaching* en *inzicht in eigen persoonlijkheid* een belangrijke rol spelen. **Bestuurder E** stopt veel energie in het goed houden van de cultuur in huis en verwacht zonder uitzondering commitment aan *“hoe doen we het hier in huis met elkaar”* met als belangrijkste rollen *strateeg, gezicht naar extern, motiveren, inspireren, toegankelijk zijn* en *leidinggeven aan hoger management*. **Bestuurder G** noemt ook als belangrijkste rol *strateeg* en *boegbeeld*, maar ziet zichzelf daarnaast als *ondernemer* waarin streven naar duurzamere zorg belangrijk is. G blijft zich soms verbazen over het belang van media en noemt *“lintjes knippen”* als belangrijkere taak dan vooraf gerealiseerd.

Of de bestuurders nu wel of niet meer actief als medisch specialist werken, de meesten blijven zichzelf bovenal identificeren met het zijn van arts. Het wordt omschreven als *“Arts zijn zit in je, het is een onderdeel van je”* (A), *“Medisch specialist zijn is en blijft mijn identiteit”* (F) en *“Ik identificeer me ongelooflijk met dokter zijn, dat blijft mijn basisidentiteit”* (B). *“In de uitvoering heb ik afscheid genomen van medisch specialist zijn, in mijn hart nog niet”* (B). En het zijn in het interview niet enkel de actieve medisch specialisten die dit zeggen.

“Als iemand vraagt ‘Wat ben je?’, dan zeg ik toch meestal dat ik medisch specialist ben...ja...”,

aldus **bestuurder F** met de meeste jaren bestuurlijke ervaring.

Behalve dat de bestuurders zich dus blijven identificeren met arts zijn, ook al werken ze niet meer actief als arts, wordt er genoemd dat *“anderen anders naar je kijken als je eindverantwoordelijk bestuurder bent, niet meer automatisch als gelijkwaardig, en dat doet wat met je”* (A). Ook lijkt het vak bestuurder minder zekerheid te bieden:

“In zekere zin zijn we een soort voetbalcoaches, met een kwetsbaar bestaan”
(B).

Enkele bestuurders beschrijven het bestuurder zijn als soms eenzaam, ‘lonely at the top’.

“Voor je het weet zit je daar hoog in die ivoren toren een beetje de wijsheid te preken in je eentje...en je weet hoe het werkt...dan ben je het al snel met jezelf eens” (B).

Rolopvatting ten opzichte van medebestuurder

Alle geïnterviewde bestuurders hebben een collega-bestuurder in de Raad van Bestuur. Iedereen vertelt hier vooral de klinisch-inhoudelijke rol te hebben, waarbij kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid de hoofdthema's zijn. Met de collega-bestuurder, doorgaans met een economische of financiële achtergrond, bestaat er een collegiaal gelijkwaardig bestuur. Samenwerken als team, in gezamenlijkheid, letten op een goede balans en complementair zijn aan elkaar is de kern.

4.2.6 Functie-uitoefening, hybride functie en spagaat

Een succesvol bestuurder beschikt volgens de geïnterviewden over oprechte interesse in mensen, goede communicatieve vaardigheden, kan luisteren en overzicht houden, blijft dicht bij zichzelf en durft kritisch te zijn.

“Als ik een lastig besluit moet nemen, vraag ik me twee dingen af: 1. Kan ik hem (de beslissing) voor mezelf uitleggen en 2. Kan ik hem 's avonds bij Jinek uitleggen?” (D)

Assessment kan volgens een bestuurder helpen om meer inzicht te krijgen in jezelf, je reactie op bepaalde situaties te herkennen en zo bijdragen aan beter besturen. *“Probeer te begrijpen waarom mensen iets doen of vinden en schiet niet meteen in een oordeel” (C)*. Ook intuïtie en onderbuikgevoel worden genoemd als belangrijke raadgevers.

“De medisch wereld kent veel informele leiders, en daar moet je als bestuurder een zesde zintuig voor ontwikkelen, want dat zijn de knoppen waar je aan kunt draaien” (D).

Twee bestuurders benadrukken dat het leren kennen van je eigen leiderschapsstijl belangrijk is, leiderschapstraining, assessment of coaching kunnen daarbij helpen. Als je je leiderschapsstijl kent, help dat bij te dragen aan je identiteit als bestuurder. In verschillende situaties spelen met verschillende leiderschapsstijlen kan nuttig zijn.

Durven fouten te maken en doorzettingsvermogen horen bij een goed bestuurder.

“Mijn vergeetvermogen is vrij sterk; na een baalmoment stroop ik de mouwen op, laat ik het achter me en ga ik weer verder” (A).

Ook geduld is een schone zaak als bestuurder: *“Dokters hebben geen geduld hè, en dat moet je wel invoeren in je bestuursstijl” (A)*. Voor **bestuurder B** is er geen andere weg dan door inhoud gedreven: *“Ik zou niet een koekjesfabriek willen besturen”*.

Hybride functie

Over de combinatie van een medisch specialisme en een bestuurlijke rol hebben de bestuurders ieder hun eigen, soms uiteenlopende visie en ideeën. Gemeenschappelijk komt er naar voren dat het wellicht mogelijk is om beide vakken te combineren op voorwaarde dat er heel duidelijke afspraken gemaakt kunnen worden met de medische staf, de RvB en de RvT en dat het deel medisch specialist beperkt is tot een poliklinische niche van het vak, vooral beschouwend, dat een zeer klein risico met zich meebrengt op fouten of complicaties, en dat het geen acute zorg vergt. Maar ook dan blijven er ingewikkelde kanten aan zitten. En alle bestuurders geven aan dat je je goed moet afvragen voor wie je het doet, en of het wel goed is voor de patiënt.

Voor **bestuurder A** heeft de keuze te maken met drie hoofdvragen: *“1. Past het jou?, 2. Past het je vak?, 3. Past het de organisatie?”*. **Bestuurder A** ziet als belangrijk voordeel dat je regelmatig op de werkvloer komt en je op inhoud kan meepraten.

“Voordelen (van een hybride functie) op microniveau zijn lastig te blijven volhouden, want voor de patiënt zal je nooit de allerbeste van het ziekenhuis zijn, daar is repetitie voor nodig. Op mesoniveau, niveau van de professional, zijn er voordelen, want je bent ‘één-van hen’ en professionals hebben respect voor je. Op macroniveau zijn er voordelen, want je kan de organisatie in de breedte beter voeden” (A).

Bestuurder D ziet het goed gaan voor een bepaalde tijd, bijvoorbeeld als medisch manager, maar uiteindelijk moet je een keuze maken, want anders doe je de twee dingen niet goed en dat gaat ten koste van je eigen balans. Ook **bestuurder E** ziet deze combinatie vooral mogelijk als medisch manager of als medisch directeur, maar voegt eraan toe dat beide geen parttime job zijn en dat dat de combinatie erg zwaar maakt. De combinatie is wel erg leuk, vindt ook **bestuurder F**, en echt een meerwaarde, omdat *“ik zo bij de kern van de organisatie kan blijven, in verbinding met de werkvloer en de professionals”*. Ook **bestuurder G** ziet veel voordelen, maar vindt het vooral erg ingewikkeld, en combineert de twee niet meer als bestuurder.

“Het geeft je een enorm draagvlak, is ontzettend leuk, maar kost wel veel energie om beide goed te doen. Het is meer dan een fulltime baan” (G).

Bestuurder B heeft bewust gekozen het niet te combineren i.v.m. het risico om twee dingen half te doen. **Bestuurder B** ziet mogelijk wrijving, maar ook voordelen omdat je beter weet wat er speelt op de werkvloer.

“Wie heeft er iets aan als je als medisch specialist blijft werken? Voor de vakgroep draagt het niets bij, voor de patiëntenzorg misschien en heel klein beetje” (B).

Bestuurder C ziet voordelen in het zijn van medisch specialist: *“Ze (de medische staf) kunnen me niet zomaar iets op de mouw spelden”*, iets wat ook bestuurder E en G benoemen. Aan de andere kant zegt C: *“Anderen kunnen mij zien als ‘one-of-us’, maar dat ben ik niet meer”*. Net als bestuurder B vraagt C zich af *“of het echt beter is voor de patiënt, of dat je het enkel wilt combineren omdat je jezelf tevreden wilt houden en de titel niet wilt verliezen. Maar maakt het je echt een betere bestuurder?”*.

Bestuurder G besluit met

“De organisatie zou blij moeten zijn met een dokter in het bestuur”.

Conflicterende situaties

Het moeten omgaan met eigen fouten of complicaties als zowel eindverantwoordelijk bestuurder als medisch specialist wordt het meest genoemd als een potentiële spagaat van het gecombineerd uitvoeren van de twee rollen. Maar geen van de geïnterviewden zegt hier mee te maken te hebben in de praktijk, omdat ze ofwel het vak medisch specialist niet meer uitoefenen, ofwel zeer goede afspraken hebben gemaakt met medische staf en bestuur over hun dubbele rol. De spagaat komt wel terug bij de nog geregistreerde medisch specialisten als vraag hoe ze het gaan doen als ze weer aan herregistratie toe zijn.

Bestuurder A voelt de spagaat iedere dag, en beschrijft *“het gevaar op ‘worst of two worlds’ in plaats van ‘best of two worlds’”*. **Bestuurder B** verwoordt dat als volgt:

“Als je je medisch specialist-bestuurder voelt en je bent halftime dokter en halftime bestuurder, dan schuurt dat voor mij op dat stukje belangenbehartiging; ben je er nou om de rol van de dokters te vertegenwoordigen of bestuur je in zijn totaliteit het hele huis.”

Bestuurder C ziet de achtergrond als medisch specialist juist als een grote meerwaarde en ervaart nu als eindverantwoordelijk bestuurder geen spagaat, maar deed dat wel in de jaren van medisch manager of voorzitter medische staf, iets dat ook 2 andere bestuurders benoemen. De spagaat zat hem dan vooral in het hebben van twee rollen in een persoon, en de verwachtingen die een ander van je heeft. Bestuurder C vindt het geen spagaat, maar wel een verschil in benadering van zorg: *“Als medisch specialist ben je erg gericht op de individuele patiënt, als bestuurder op de grote lijnen”*.

Bestuurder G verwoordt datzelfde idee als *“Van zorg voor individu naar zorg voor collectief”*. En als medisch specialist is dat wennen.

Allen benadrukken dat het zaak is iedere potentiële conflicterende situatie, of spagaat, te vermijden door duidelijkheid te scheppen over welke rol je hebt, open te zijn hierover en afspraken te maken met elkaar, of je nou wel of niet actief medisch specialist bent.

Met betrekking tot de (hybride) functie-uitoefening geven de geïnterviewde medisch specialist-bestuurders de tips mee om duidelijke afspraken te maken als je beide vakken wilt combineren. Je kan wel wisselen tussen rollen, maar zorg dat je er nooit tussenin zit en maak altijd duidelijk in welke rol je zit.

In het algemeen wordt meegegeven er altijd voor te zorgen dat je jezelf in de spiegel aan kunt kijken, dat je niet alles zélf hoeft te weten of te kunnen, maar dat het juist de kunst is om goede mensen om je heen te verzamelen. En heb geduld, want besluitvorming op bestuurlijk niveau duurt veel langer dan in de zorg als medisch specialist.

En dan tot slot de opmerkingen dat besturen een heel ander vak is dan dokter zijn, dat je echt moet willen bijdragen aan en oog hebben voor het brede geheel in de zorg, want als bestuurder gaat het niet meer enkel om de individuele patiënt, wat je als medisch specialist gewend was. Als bestuurder wil je bijdragen aan het verbeteren van de gezondheidszorg in brede zin.

5. Analyse van de resultaten

In dit hoofdstuk analyseer ik de uitkomsten van de studie in het licht van de gestelde vragen in deze thesis en betrek ik de uitkomsten uit literatuur, enquête en interviews op elkaar.

5.1 Voorbereiding: opleiding en ervaring

Er is geen duidelijk geplaveid pad dat leidt tot zorgbestuurder. Het is grotendeels wat je er zelf van maakt, maar ook een dosis geluk en kansen benutten spelen hierbij een rol. Het vergt eigen regie, je hebt een eigen pad te maken dat past bij wie jij bent, jouw kwaliteit en ervaringen. Ervaring als hybride manager, waarbij er wordt gewerkt als medisch specialist met managementtaken, wordt als zeer waardevol beschouwd.

Er zijn verschillen tussen hoe de geïnterviewde bestuurders hun voorbereiding achteraf waarderen en dat lijkt erg persoonlijk te zijn: de een lijkt meer geneigd te zijn naar 'gewoon doen' en kennishiaten aan te vullen door gericht opleidingen te volgen, waar de ander een brede basis vond in een MBA. De meesten geven aan dat het permanent ontwikkelen blijft. Vier van de 7 bestuurders hebben achteraf veel gemist in hun voorbereiding, maar voegen eraan toe dat zij al doende veel hebben geleerd. Als gemis wordt verteld dat een gedegen managementopleiding of MBA nuttig zou zijn geweest, en dat er in de studie geneeskunde meer aandacht moet worden besteed aan management.

Van de respondenten (alle zorgbestuurders) van de enquête heeft 15% geneeskunde gestudeerd, wat een afname is ten opzichte van 2000, destijds was 29% van de respondenten arts. De daling heeft zich ingezet na invoering van de WNT-2 in 2015. Ook de geïnterviewde bestuurders benoemen de WNT en het inkomen als bestuurder als mogelijk struikelblok, maar logischerwijs gold dat niet voor hen, anders hadden ze immers niet meer op deze stoel gezeten. Voor vrijwel alle bestuurders betekende het een daling van het jaarinkomen. Naast geneeskunde hebben 5 van de 34 geneeskundige zorgbestuurders (15%) een andere voltijdse universitaire opleiding gevolgd, blijkend uit de enquête. Wat de geïnterviewde medisch specialist-bestuurders vertellen is dat ze min of meer bij toeval op het bestuurderspad terecht zijn gekomen, zonder dat dat initieel hun doel was toen ze hun studie geneeskunde en specialisatie hadden afgerond. En dat ze het vak veelal al doende hebben geleerd. Dat wordt ook in internationale literatuur beschreven (10,30). In de enquête is dit niet belicht.

Opleiding

Uit de literatuur blijkt dat de meeste Nederlandse zorgbestuurders (92%) in hun carrière één of meerdere postacademische opleidingen of trainingen volgen (35). Het is opvallend dat *ziekenhuis*bestuurders in de enquête relatief weinig aangeven een opleiding te volgen (15%), zie tabel 4.2, maar opleiding vervolgens vaker als effectieve professionaliseringsactiviteit waarderen (30%), tabel 4.4. Dat verschil kan komen doordat de bestuurders antwoord geven op de vraag 'Neemt u deel aan de volgende professionaliseringsactiviteiten?' En dat bij het antwoord opleiding staat 'Ik volg een opleiding'. Dat impliceert dat de bestuurder op dit moment een opleiding volgt. En de vervolgvraag of de effectiviteit van opleiding als professionaliseringsactiviteit betreft niet het huidige moment, maar opleiding in zijn algemeenheid.

Door deze vraag kan een lezer onterecht de indruk krijgen dat er weinig opleiding gevolgd wordt. Dat wordt echter duidelijker in de vraag 'Heeft u de afgelopen 10 jaar een

managementopleiding gevolgd?'. Op deze vraag antwoordt 91,5 % van de zorgbestuurders 'ja' en 90% van de ziekenhuisbestuurders, zie tabel VIII in bijlage en tabel 4.5. Van de geneeskundig ziekenhuisbestuurders volgde zelfs 95% een postacademische managementopleiding of -cursus.

Als we kijken naar het type postacademische opleiding dat gevolgd wordt door de zorgbestuurders (tabel V in bijlage), zie we dat van alle gevolgde opleidingen door geneeskundig bestuurders 70% een zorgspecifieke opleiding betrof, en voor de niet-geneeskundig bestuurders is dit aandeel 54%. Geneeskundig bestuurders zijn meer geneigd om een zorgspecifieke managementopleiding te volgen dan hun niet-geneeskundige collega's. Dit zien we ook onder de ziekenhuisbestuurders (tabel 4.6).

Van de 18 geneeskundig ziekenhuisbestuurders hebben er 12 (67%) de afgelopen 10 jaar een vervolg master zoals MBA, MhBA, MHA of uitgebreid postacademische opleiding gedaan (tabel 4.6). En 13 (72%) van de geneeskundig ziekenhuisbestuurders heeft korte postacademische cursussen gevolgd gericht op een specifiek onderwerp (bijvoorbeeld financiën). Ook de geïnterviewde bestuurders hebben allen meerdere postacademische opleidingen of trainingen genoten, veelal naar gelang de kennishiaten die er bleken te zijn tijdens hun werk. De niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders uit de enquête zijn meer dan hun geneeskundige collega's geneigd om kortere managementcursussen te volgen (tabel 4.6).

Uit de enquête wordt niet duidelijk of de bestuurders een MBA of andere master hebben in management. Er werd enkel gevraagd naar de gevolgde opleidingen in de laatste 10 jaar. Dit geeft wel een beeld over de opleidingen van de bestuurders, maar zegt daarmee niet of ze >10 jaar geleden niet al een dergelijke opleiding gevolgd hebben, en zegt daarmee ook niet of ze die opleidingen hebben gedaan toen ze reeds bestuurder waren, of dat ze op dat moment nog geen eindverantwoordelijke bestuurder waren. Op basis van de enquête kan ik dus onvoldoende duidelijk maken of de genoemde opleidingen te beschouwen zijn als voorbereiding op de rol van bestuurder, of dat deze zijn gevolgd toen ze eenmaal bestuurder waren. Hoe dan ook, is het toch een pad van voortdurende ontwikkeling.

Uit internationale literatuur is bekend dat artsen die verdere opleidingen hebben gevolgd als MBA of MHA meer effectieve leiders kunnen zijn (31–34) . We zien in Nederland dat 65% van de geneeskundig bestuurders een uitgebreide postacademische opleiding gevolgd heeft, waarvan het merendeel zorgspecifiek. Van de geïnterviewde medisch specialist-bestuurders heeft 1 een MBA en 3 een andere uitgebreide postacademische opleiding (57%). De anderen volgden kortere en meer specifieke cursussen. Twee van de 7 geïnterviewde bestuurders geven expliciet aan dat een MBA een meerwaarde zou zijn geweest in hun voorbereiding op een bestuurlijke rol, maar dat de omstandigheden er toen toe hebben geleid dat ze die opleiding niet gevolgd hebben. Ik kan niet uitsluiten dat ze dat noemen omdat ze weten dat ik dit onderzoek doe in het kader van mijn MBA.

Geneeskundig bestuurders geven in de enquête aan geen scholingsaanbod te missen (97% antwoordt 'nee' op de vraag of er scholingsaanbod wordt gemist). Dat is opvallend, aangezien onder de geïnterviewde bestuurders 4 van de 7 zeggen dat achteraf bekeken hun voorbereiding beter had gekund. Dat kan betekenen dat de voorbereiding niet enkel bepaald wordt door het scholingsaanbod, maar bijvoorbeeld ook door ervaring. Maar uit de interviews blijkt dat de medisch specialist-bestuurders allen hun brede en jarenlange ervaring in hybride functies, waarin ze als medisch specialist werkten met een management taak, zoals voorzitter medische staf, medisch manager of medisch directeur, als goede voorbereiding zien. En dat wat ze missen vooral scholing is op algemeen of zorg specifiek managementvlak. Het lijkt dus niet te liggen aan het scholingsaanbod. Wellicht ligt het hier meer aan het niet (kunnen) volgen van de juiste

scholing, bijvoorbeeld doordat zij er niet zo veel tijd aan besteden konden of wilden. Zoals bestuurder E het verwoordt: *“Een MBA was waarschijnlijk zeer zinvol geweest, maar dat was destijds als medisch specialist niet haalbaar”*.

Ervaring

Naast opleiding speelt ervaring een grote rol in het pad van een medisch specialist naar bestuurder. Uit de enquête blijkt dat een geneeskundig ziekenhuisbestuurder gemiddeld 16,5 jaar managementervaring heeft voordat deze bestuurder wordt, en de niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurder 24,5 jaar (figuur 4.4). Ook de geïnterviewde medisch specialist-bestuurders hebben ruime ervaring; gemiddeld 13 jaar. ‘Managementervaring’ vind ik wel een moeilijk begrip en is voor verschillende interpretatie vatbaar.

Vooraf de opgedane managementervaring als medisch specialist blijkt waardevol gevonden te worden. De geïnterviewden hebben allen veel ervaring als voorzitter medische staf, medisch manager, medisch directeur of vergelijkbare managerial functies alvorens ze bestuurder werden, en allen benoemen ze dat als zeer belangrijk onderdeel van hun voorbereiding tot bestuurder. Hoewel ze ook benadrukken dat het eenmaal als eindverantwoordelijk bestuurder echt een heel ander vak is. Het verschil zit hem vooral in de verantwoordelijkheid voor de gehele organisatie als bestuurder, terwijl dat in de andere managementfuncties voor een specifieke groep was, voornamelijk vertegenwoordiger van de medisch specialisten in het ziekenhuis. Waar niet naar gevraagd wordt in de enquête, maar wat de medisch specialist-bestuurders in de interviews spontaan beschrijven is dat het vooral ‘on the job’ leren is van het vak. Alle voorbereiding, cursussen en ervaring in management of voorzitterschap zijn helpend, maar uiteindelijk moet je ‘het gewoon gaan doen’ en al doende leren hoe precies.

Het vele werk in weinig tijd, wat een hybride functie doorgaans met zich meebrengt, blijkt volgens de geïnterviewde bestuurders een hele goede voorbereiding te zijn, maar achteraf bekeken een zeer zware. *“Het zijn eigenlijk twee fulltimebanen”*, en dat is niet voor iedereen mogelijk.

Het zou interessant zijn om te onderzoeken of die beleving van voorbereiding op hun functie als zorgbestuurder anders is onder niet-geneeskundig bestuurders. Veel van hen komen al uit management-achtige functies zonder daarnaast klinisch werkzaam te zijn in de zorg. Wellicht dat dat iets doet met de beleving van drukte.

Persoonlijke ontwikkeling

In de interviews benoemen de bestuurders persoonlijke kenmerken en ervaringen buiten het vak die waardevol zijn als bestuurder. Uiteraard is communicatief vaardig zijn erg belangrijk, maar ook brede ontwikkeling en interesse in andere (maatschappelijke) onderwerpen. Mensen proberen te begrijpen, geduldig zijn, compassievol, kritisch en meerderen benoemen het belang van dicht bij jezelf blijven en luisteren naar je intuïtie of onderbuikgevoel en het kunnen aanpassen van je leiderschapsstijl. In de literatuur worden kenmerken en vaardigheden beschreven als communicatieve vaardigheden, multidisciplinair samenwerken, verantwoordelijkheid nemen, en conflict-oplossend vermogen (37–39). Hoewel er in de enquête niet specifiek gevraagd is naar dergelijke kenmerken of vaardigheden, komt dit element wel terug in de vraag waaruit volgens de bestuurder de effectiviteit van een bestuurder blijkt.

5.2 Professionele ontwikkeling als bestuurder

Er is weinig beschikbare literatuur over de professionalisering van geneeskundig bestuurders. Het is, ook internationaal, nog onvoldoende duidelijk welke professionaliseringactiviteit het functioneren van een geneeskundig bestuurder beïnvloedt (12). We weten uit eerdere enquêtes

in Nederland dat onder zorgbestuurders in het algemeen de deelname aan intervisie en coaching gestegen is de afgelopen 15 jaar (2,35). Zoals bleek uit de enquêtedata in deze thesis neemt 91% van de geneeskundig bestuurders deel aan intervisie met zorgbestuurders en 41% aan interdisciplinaire intervisie.

In de enquête hebben bestuurders aangekruist wat volgens hen de meest effectieve manieren zijn om zich te blijven ontwikkelen, ze hadden daarbij de keuze uit 6 items en mochten meerdere antwoorden aankruisen. Hieruit blijkt *intervisie met andere zorgbestuurders* (76%) het meest gewaardeerd te worden door geneeskundig bestuurders, daarnaast *persoonlijke coaching* (42%) en *team coaching met collega-bestuurders* (36%). Ook in de interviews wordt intervisie hoog gewaardeerd. Maar persoonlijke coaching is slechts voor 2 van de 7 medisch specialist-bestuurders een van de manieren waarop ze zich blijven ontwikkelen en slechts 1 van hen heeft teamcoaching genoemd. Dat is minder dan verondersteld kan worden op basis van de resultaten van de enquête, waar 41% een persoonlijke coach heeft en tevens 41% een teamcoach. Uiteraard is het slechts een kleine groep van 7 bestuurders, dus 1 coach meer of minder maakt al een belangrijk verschil op een percentage. En de indruk die ik kreeg uit de gesprekken was dat het persoonlijke coaching-element ook terug te vinden is in het deel intervisie, spiritualiteit en sparren met een andere bestuurder, waar je min of meer elkaars coach bent. Dus we kunnen hier wel uit concluderen dat een bestuurder, al is het soms een vrij solitair bestaan in de organisatie, veel belang hecht aan contact met anderen waarin ook het eigen handelen ter sprake komt.

5.3 Rolopvatting

De resultaten van de interviews zijn wat betreft de rolopvatting in lijn met resultaten uit de enquête en uit wat we weten uit de literatuur:

In de enquête komt naar voren dat zorgbestuurders hun rol het meest percipiëren als *strateeg/bestuurder*. Ook in de interviews onder bestuurders met medisch specialistische achtergrond noemt iedereen zichzelf *strateeg of koersbepalend*, wat overeenkomt met de keuze voor 'strateeg' in de enquête. Dit wordt ondersteund door nationale en internationale literatuur als belangrijke rol van een zorgbestuurder (12,35,40,41), waarin het behalve strateeg of bestuurder ook wel richtinggevend genoemd wordt.

In 2005 werd onder Nederlandse zorgbestuurders nog *ondernemer* een belangrijke rol gevonden (2). Die rol is nu uit de top-3 verdrongen (35). Dit heeft mogelijk te maken met veranderingen in het zorglandschap, waarbij van marktwerking nu meer een beweging gaande is richting samenwerking en netwerkvorming, waarvoor de rollen 'tussenpersoon' en 'boegbeeld' belangrijker zijn (35).

Naast strateeg vinden zorgbestuurders het zijn van een *boegbeeld of ambassadeur* van de organisatie erg belangrijk. Kijkend naar verschillen tussen geneeskundig en niet-geneeskundig bestuurders in de enquête, dan kent de niet-geneeskundig bestuurder meer waarde toe aan de rol boegbeeld dan de geneeskundig bestuurder.

Uit de enquête blijkt verder dat deze rol, *boegbeeld*, door niet-geneeskundig bestuurders een hogere rang krijgt als feitelijke rol dan de geneeskundig bestuurders die rol scoren. Dat betekent dat, hoewel alle bestuurders dit een belangrijke rol vinden, de niet-geneeskundig bestuurders meer de indruk hebben dat ze die rol feitelijk ook als een van de belangrijkste rollen vervullen dan hun collega's geneeskundig-bestuurders dat vinden over zichzelf. Dit verschil is statistisch significant. Uit de interviews onder de medisch specialist-bestuurders komt naar voren dat *boegbeeld*, *voorbeeldfunctie* en *gezicht naar buiten toe* door iedereen als een van de belangrijkste rolopvattingen wordt genoemd. Soms zelfs meer dan ze eigenlijk zelf het belang

hiervan waarden. Zoals één bestuurder het noemt, blijkt 'lintjes knippen' een veel belangrijkere rol dan van tevoren gedacht.

Dat de rolopvatting van de bestuurder niet altijd overeenkomt met hoe de feitelijke rolbeleving is komt naar voren in de interviews, maar wordt ook duidelijk in de enquête als we kijken naar de antwoorden (zie tabel 4.7 en 4.9). Zo wordt door de geneeskundig ziekenhuisbestuurder bijvoorbeeld de rol *bestuurder* het belangrijkste gezien, maar scoort deze rol minder in de feitelijke rolbeleving. Ditzelfde geldt voor de rollen *boegbeeld*, *tussenpersoon* en *ondernemer*. Terwijl de rolopvattingen *regisseur* en *manager*, die het laagst gescoord worden in mate van belangrijkheid, juist als feitelijke rol hoger scoren. Zie tabel 4.10.

De geneeskundig bestuurders uit de enquête scoren *tussenpersoon* (die de verbinding legt tussen intern en extern in de organisatie) als tweede meest belangrijke rol, voor de niet-geneeskundig bestuurders komt die rol op plaats nummer 3. In de interviews vind ik dit ook terug, daar noemen de medisch specialist-bestuurders het *verbinder*, *rol naar externe wereld*, *samenwerking met andere (zorg)organisaties* of *regionale rol*, waarbij de medisch specialist-bestuurder aangeeft dat deze rol voor hem/haar belangrijker is dan voor zijn/haar medebestuurder.

Hieruit concludeer ik dat de medisch specialist-bestuurder vaak meer dan de collega-bestuurder het gezicht is richting andere (zorg)organisaties.

De rollen 'regisseur' en 'manager' scoren het laagst in de mate van *belang van de rol* volgens zorgbestuurders in de enquête. Maar opvallend is dat in de score die gegeven wordt aan de mate van *werkelijke vervuller van die rol*, alle zorgbestuurders hoger scoren. Dit betekent dat de 2 laagst gewaardeerde rollen qua belang in praktijk een belangrijker deel vormen van hun rol dan ze eigenlijk zouden willen. In de interviews vind ik dit niet terug, maar ik heb er ook niet specifiek naar gevraagd. Persoonlijk denk ik dat taken als het zorgdragen voor een efficiënte productie volgens de afspraak ('manager') en ervoor zorgen dat zorgprocessen soepel verlopen ('regisseur') meer thuishoren bij het management van het ziekenhuis dan bij het bestuur. De rol van de bestuurder wordt in de interviews eerder beschreven als voorwaardenscheppend.

Vijf van de 7 medisch specialist-bestuurders beschrijven zichzelf -met hun eigen vrije woordkeuze- als '*boegbeeld*' of '*voorbeeld*', waarbij uit de context duidelijk wordt dat degenen die het woord 'boegbeeld' kiezen hiermee hun rol naar extern bedoelen, terwijl het woord 'voorbeeld' eerder wordt gebruikt om te wijzen naar een voorbeeldfunctie binnen de eigen organisatie. In de enquête wordt 'boegbeeld' omschreven als 'ambassadeur van de organisatie naar buiten en naar binnen', wat volgens dus zowel 'boegbeeld' als 'voorbeeld' kan omvatten. De beleving van het woord 'boegbeeld' lijkt hier dus verschillend te zijn voor de medisch specialist-bestuurders die ik gesproken heb ten opzichte van wat er in de enquête mee bedoeld wordt. In de enquête wordt 'voorbeeld voor intern' niet als aparte rolomschrijving aangeduid. In een eventuele toekomstige enquête kan hiermee rekening gehouden worden. Ik denk, na gesprekken met de bestuurders, dat de betekenis die bestuurders kunnen geven aan de termen 'boegbeeld' of 'tussenpersoon' uit de enquête soms neerkomt op dezelfde opvatting, doordat beide rolomschrijvingen betrekking hebben op zowel intern als extern. En dan is er in realiteit mogelijk nauwelijks verschil tussen geneeskundig en niet-geneeskundig bestuurders, maar kan het statistische verschil berusten op een verschil van interpretatie van de termen uit de enquête.

In de interviews is opvallend dat bijna allen de nadruk erop leggen het gezicht te zijn naar extern, 6 van de 7 geven aan meer extern gericht te zijn dan hun niet-geneeskundig medebestuurder. Als ik dit bekijk in de resultaten van de enquête onder zorgbestuurders lijkt er echter geen groot verschil te zijn tussen geneeskundig en niet-geneeskundig bestuurders ten

aanzien van de tijdsbesteding aan interne versus externe zaken. De niet-geneeskundig bestuurder geeft zelfs aan meer tijd te besteden aan externe zaken dan de geneeskundig bestuurder (respectievelijk 38% en 33% van de tijd), hoewel dat statistisch niet significant is. Dit kan betekenen dat medisch specialist-bestuurders in meerdere mate dan geneeskundig bestuurders in het algemeen het gezicht naar buiten zijn. Maar het kan ook anders worden opgevat; dat hoewel een bestuurder zichzelf ziet als erg extern gericht, dat niet naar voren komt in de relatieve tijdsbesteding.

Het zou interessant geweest zijn om in interviews te vragen naar de tijdsbesteding aan interne versus externe zaken om dit te toetsen.

De geïnterviewde medisch specialist-bestuurders zitten allen met één andere bestuurder in de RvB, die ander heeft een economische of financiële achtergrond. De geïnterviewden hebben dan vooral de zorginhoudelijke taken of portefeuilles (met o.a. kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid) en de collega-bestuurder de beheersmatige, hoewel er veel overlap bestaat. Ditzelfde beeld zien we terug in de enquête. Er is een statistisch significant verschil tussen de tijdsbesteding van geneeskundig en niet-geneeskundig bestuurders aan zorginhoudelijke taken (respectievelijk 57% en 45%).

Een opvallende bevinding uit de interviews is dat alle bestuurders zich primair arts of medisch specialist blijven voelen, ook al werken ze niet meer als zodanig. Hun identiteit blijft sterk bepaald doordat ze arts zijn, zelfs al zijn ze al jaren bestuurder. *'Je vak maakt wie je bent en legitimeert jouw stap van dokter naar bestuurder'*. Dit kennen we ook uit internationale literatuur (28,29). Als dit bekend is, en er tegelijkertijd bewijs is dat een arts in het bestuur van een ziekenhuis veel voordelen biedt voor de organisatie, vraag ik me af of het niet eenvoudiger zou moeten zijn voor een arts om de titel te behouden.

Het is opvallend dat er in Nederland anders wordt omgegaan met zorgbestuurders. In omliggende landen, in de VS en in het UK is het gebruikelijk dat een arts zetelt in het bestuur van het ziekenhuis, en in veel gevallen ook nog praktiserend medisch specialist is. Terwijl in Nederland vandaag de dag slechts 15% van de zorgbestuurders arts is, waarvan slechts een deel praktiserend.

Ten eerste speelt de Wet Normering Topinkomens (WNT) hier naar verwachting een rol in. Het salaris van een zorgbestuurder is in veel gevallen opvallend lager dan het inkomen van een medisch specialist, wat voor medisch specialisten een belemmering kan vormen om bestuurder te willen worden, hoewel de door mij geïnterviewde bestuurders allen aangaven dat de val in inkomen voor hen geen doorslaggevend factor was (anders hadden ze immers nu niet op deze stoel gezeten). Een van de bestuurders gaf aan dat deze het niet onterecht vindt dat een medisch specialist meer verdient dan een bestuurder, omdat er op een ander niveau een grote verantwoordelijkheid komt kijken bij het behandelen van een individuele patiënt, waarbij het soms letterlijk over leven of dood gaat. Ten tweede verliest een medisch specialist de erkenning wanneer het vak niet meer gepraktiseerd wordt. En aangezien uit de interviews blijkt dat de identiteit sterk bepaald wordt door hun vak als medisch specialist, vormt dat een potentiële belemmering bij het aanvaarden van een bestuursfunctie.

In de interviews beschrijven enkele bestuurders het vak als eenzaam, 'lonely at the' top en kwetsbaar. Dit werd in de literatuur ook reeds beschreven (10,41). In de enquête is niet gevraagd naar de beleving, maar wel valt op dat de samenstelling van het bestuur van een ziekenhuis steeds kleiner wordt. De meeste ziekenhuizen (56%) hebben een tweekoppige RvB (35).

De interviews hebben vooral bijgedragen op vlak van het gehele beeld van een medisch specialist-bestuurder. De individuele verhalen en hun eigen manier van beschrijven van roloppvatting is waardevol gebleken en voegt informatie toe aan de resultaten van de enquête. Ook geven de interviews een meer specifiek beeld van een subgroep van de zorgbestuurders in Nederland.

5.4 Functie-uitoefening, hybride functie en spagaat

Geneeskundig bestuurders geven in de enquête aan dat het *stimuleren van medewerkers*, het *doorvoeren van veranderingen* en het *omgaan met spanning en dilemma's* de belangrijkste kenmerken zijn waaruit de effectiviteit van een bestuurder blijkt. Dat zijn de meer 'zachtere' kenmerken dan de 'hardere' zoals bedrijfseconomische resultaten en het formuleren van een visie. In de literatuur is hierover een artikel verschenen, dat pleit voor het aannemen van medisch managers of medisch directeuren eerder op persoonlijke ontwikkeling, communicatieve vaardigheden, samenwerkingsvaardigheden en conflict-oplossend vermogen dan op financiële- en managementcapaciteiten (39). Kijken we naar de *ziekenhuisbestuurders* (tabel 4.11), dan valt op dat dit verschil nog groter wordt: 71 % van de geneeskundig ziekenhuisbestuurders vindt medewerkers stimuleren één van de belangrijkste factoren waaruit effectiviteit van een bestuurder blijkt, terwijl slechts 28% van de niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders dat vindt. Hieruit zou ik kunnen afleiden dat in een ziekenhuis het stimuleren van medewerkers, of het directe contact met medewerkers, voornamelijk de rol is van de geneeskundig bestuurder, wat ook in de interviews naar voren komt. De geïnterviewde medisch specialist-bestuurders zien het contact met de medewerkers als erg belangrijk, waarbij ze aangeven dat het zijn van medisch specialist hen daarin helpt, omdat ze de werkvloer daardoor goed kennen.

In de literatuur is weinig bekend over de *beleving* van geneeskundig bestuurders ten aanzien van een mogelijke spagaat of conflicterende belangen omdat ze zowel medisch specialist zijn (of zijn geweest) als bestuurder. Er wordt wel gesproken over dubbele rollen, hybride management, en de voordelen die het biedt voor een organisatie wanneer er een arts in het bestuur zit (13,15,24,42). Ook is er beschreven dat hybride manager zijn met zich meebrengt dat de arts zich afvraagt of en hoe de klinische activiteit aangehouden kan worden (10). Maar hoe de persoonlijke beleving is en of het dilemma's met zich meebrengt is niet goed onderzocht, evenmin hoe de medisch specialist-bestuurder hiermee omgaat. In de enquête is dit niet aan bod gekomen, die is immers gericht op zorgbestuurders in het algemeen.

De geïnterviewde bestuurders in deze studie ervaren wisselend een spagaat. De (mogelijke) spagaat wordt ten eerste gezien in het omgaan met eigen fouten of complicaties wanneer je als bestuurder nog klinische werkzaamheden verricht, ten tweede in de verwachtingen die anderen (vooral andere professionals) van je hebben omdat je medisch specialist bent of bent geweest, en zij daardoor het idee hebben dat je 'één van hen' bent en dat je beslissingen daardoor gekleurd zijn in een bepaalde richting.

Hoewel ik verwachtte dat degenen die nog actief zijn als medisch specialist eerder in een spagaat terecht komen, blijkt dat niet per se het geval te zijn. Het komt erop neer dat alle bestuurders de spagaat wel in mindere of meerdere mate ervaren hebben, vooral in de tijd dat ze medisch specialist waren en er managementfuncties bij deden of voorzitter waren van de medische staf. Het blijken vooral de hybride functies te zijn waarin een spagaat gevoeld wordt. Eenmaal bestuurder echter, komen dilemma's op dit vlak minder voor, omdat er een duidelijke rolbeschrijving bestaat en er afspraken zijn gemaakt met collega's medisch specialisten, met medebestuurders en met de raad van toezicht over hun functie. Rolduidelijkheid lijkt het

sleutelwoord in het voorkómen van conflicterende belangen als bestuurder en medisch specialist.

Als derde mogelijke spagaat vertellen alle bestuurders, op één na, in het interview dat het afscheid nemen van het vak medisch specialist een dilemma was en voor sommigen nog één die komen gaat omdat ze richting herregistratie aanlopen en zich steeds afvragen of actief uitoefenen van hun vak als medisch specialist mogelijk en wenselijk blijft als bestuurder. De belangrijkste afweging hierin voor degenen die nog actief zijn als medisch specialist is de vraag of ze nog voldoende kwaliteit van zorg leveren aangezien er maar beperkt klinische activiteit is.

Het zijn van arts of medisch specialist wordt door alle geïnterviewde bestuurders vooral ervaren als een voordeel en helpend in hun rol omdat ze hierdoor kennis hebben van het primaire proces, 'weten hoe de hazen lopen', omdat 'ze me niets op de mouw kunnen spelden' en omdat het draagvlak vergroot onder medewerkers van de organisatie.

6. Conclusie

Deze studie heeft een completer beeld gegeven van de specifieke groep van medisch specialisten die een bestuurlijke rol op zich hebben genomen. Dankzij de gegevens uit de literatuur, de enquête en de interviews kunnen we nu antwoord geven op de vragen in deze studie:

De **rolopvatting** van medisch specialist-bestuurders in een ziekenhuis is in de eerste plaats strateeg, daarnaast worden boegbeeld of ambassadeur van het ziekenhuis het belangrijkste gevonden. Het stimuleren van medewerkers is daarbij een belangrijke taak.

Voor de medisch specialisten die bestuurder worden is de **voorbereiding** divers geweest. Naast de *ervaring* die is opgedaan als medisch specialist met management of bestuurlijke functies, draagt *opleiding* bij aan een goede voorbereiding.

Vrijwel altijd begint het als medisch specialist met het voorzitterschap medische staf. Achteraf bekeken **waarder** de medisch specialist-bestuurders hun voorbereiding wisselend, van 'zeer goed' tot 'ik heb veel gemist'. Dat wat er gemist wordt is nooit de ervaring, die is steeds uitgebreid, ook als manager. Maar wel is het de juiste opleiding, scholing of de kennis over wat besturen echt inhoudt. Een MBA of vergelijkbare opleiding wordt als waardevol gezien, en gemist door sommigen die die studie niet hebben genoten. Degenen zonder management- of bedrijfskundige opleiding geven aan dat het gemis hiervan goedge maakt kan worden door aanvullende opleidingen te volgen op specifieke onderdelen en uiteindelijk leert men 'on the job', vinden de meeste medisch specialist-bestuurders. Een gemis ten aanzien van ziekenhuismanagement begint al in de studie geneeskunde en ook in de specialisatie komt het nauwelijks aan bod.

De voorbereiding is voor de meesten een zichzelf ontvouwend pad gebleken waarbij al doende meer ervaring en kennis werd opgedaan.

Ervaring die medisch specialist-bestuurders hebben opgedaan als voorzitter van de medische staf bleek erg waardevol in aanloop naar de bestuurdersrol, net als het zijn van medisch manager of medisch directeur naast hun vak als medisch specialist. Deze periode waarin beide rollen ten volle uitgeoefend worden, de hybride rol, wordt beschouwd als erg druk, maar vooral ook als leuk en leerzaam. Deze periode is ook de tijd waarin het meest een **spagaat** wordt ervaren tussen een bestuurlijke/management rol en de klinische rol van medisch specialist, hoewel dit ook als lid van de raad van bestuur nog wel gevoeld kan worden. Die spagaat komt dan voort uit de vraag en soms twijfel of beide rollen met voldoende kwaliteit kunnen worden uitgevoerd.

De bestuurders zijn unaniem in de opvatting dat beide rollen eigenlijk geen parttimebaan zijn en dat beide de volle aandacht behoeven. Een ander punt van mogelijke spagaat komt voort uit het beeld dat anderen, vooral medisch professionals, hebben van de bestuurder wanneer deze medisch specialist is of is geweest; er kan worden gedacht dat de bestuurder 'één van hen' is en daardoor gekleurde opvattingen heeft of beslissingen neemt, maar expliciete rolduidelijkheid geven door de bestuurder kan deze situaties voorkomen. Door de medisch specialist-bestuurders wordt het vooral als een voordeel gezien, omdat de bestuurder kennis heeft van het reilen en zeilen op de werkvloer en door de achtergrond van arts gemakkelijker contact maakt met de medewerkers in het ziekenhuis, wat het draagvlak onder de medewerkers vergroot.

Een **hybride functie**, waarbij de medisch specialist als bestuurder ook klinisch actief blijft, blijkt niet vanzelfsprekend te zijn in Nederland. Het kan enerzijds duidelijke voordelen bevatten voor de bestuurder zelf, omdat de bestuurder direct op de hoogte blijft van en voeling houdt met wat er zich op de werkvloer afspeelt, en het hem/haar meer benaderbaar lijkt te maken. Bovendien vinden de medisch specialist-bestuurders die hun rol hybride uitvoeren het ontzettend leuk om hun vak als medisch specialist te kunnen blijven uitoefenen, wat het werkplezier vergroot. Nadelen zijn dat het je werk nog drukker kan maken dan het al is als bestuurder, dat je beide functies niet ten volle zou kunnen uitoefenen, en dat je als medisch specialist mogelijk niet de benodigde kwaliteit van zorg zou kunnen blijven leveren. Anderzijds kan een geneeskundig bestuurder (al dan niet klinisch actief) voordelen opleveren voor de zorginstelling op vlak van kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en het (financieel) resultaat van de organisatie. Het positieve effect op de kwaliteit van zorg ligt dan in de wijze van aansturing, het respect onder de medici en de specifieke kennis als medicus waardoor de bestuurder strakker kan sturen op kwaliteit. Dit laatste komt voornamelijk uit de literatuur, het uitgevoerde empirische onderzoek biedt hier geen inzicht in.

Eenmaal bestuurder blijft deze zich **professioneel ontwikkelen** door intervisie met andere bestuurders, door aanvullende opleidingen en door coaching. Ten opzichte van de medebestuurder is de medisch specialist-bestuurder doorgaans degene met de focus op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid en het gezicht naar extern toe.

Ook wanneer een medisch specialist bestuurder geworden is, blijft deze zich bovenal arts en/of medisch specialist voelen, ook al wordt het beroep arts al jaren niet meer actief uitgeoefend. De **identiteit** van een medisch specialist-bestuurder blijkt sterk bepaald te worden juist door het zijn van medisch specialist. Het vooruitzicht om deze titel te verliezen is er één die twijfel over het aangaan van de bestuurlijke rol veroorzaakt, naast de wens om de werkzaamheden als medisch specialist in de patiëntenzorg niet volledig achter zich te laten.

7. Discussie en aanbevelingen

7.1 Discussie onderzoeksmethode

Dit onderzoek heeft inzicht geleverd in de rolbeleving en functie-uitoefening van medisch specialist-bestuurders en hun voorbereiding op deze rol. Door het onderwerp van meerdere kanten te bekijken is de validiteit vergroot, en door breder te beginnen in de literatuur over geneeskundig bestuurders, versmallend naar enquêtedata van ziekenhuisbestuurders en vervolgens specifiek in te gaan op medisch specialist-bestuurders van ziekenhuizen in de interviews heb ik de scope van dit onderzoek steeds verder gericht op de vragen van dit onderzoek.

De resultaten van de enquête en van de interviews zijn onafhankelijk van elkaar verkregen. Aan de ene kant betekent dit dat de resultaten elkaar niet hebben kunnen beïnvloeden, maar achteraf bekeken was het wellicht sterker geweest als ik de bevindingen van de enquête had getoetst in de interviews, of andersom, wanneer ik aan de hand van bevindingen uit interviews enquêtevragen had opgesteld. Gezien het tijdsbestek waarin deze thesis geschreven moest worden was dat niet mogelijk, maar het is een suggestie voor een volgend onderzoek. De interviews waren eerder gehouden dan de data van de enquête binnen waren. Achteraf zijn er uit de interviews vragen voort gekomen die we in een enquête hadden kunnen verwerken, zoals over de spagaat, dat onderwerp komt in de enquête niet aan bod. Anderzijds heeft het analyseren van de enquêtedata geleid tot vragen die ik in een interview net iets scherper had kunnen stellen, bijvoorbeeld over het aantal ervaringsjaren als hybride manager. Aan de andere kant wordt het dan meer een gesprek over feiten en cijfers, dan over beleving. Door analyse van de enquêtedata kom je er soms achter dat een vraag beter anders gesteld had kunnen worden. Bijvoorbeeld over de opleiding van de bestuurders; in de enquête wordt er gevraagd naar de genoten opleidingen de laatste 10 jaar. Maar in deze thesis was het interessant geweest om te weten hoe de gehele voorbereiding geweest is, niet enkel de laatste 10 jaar. Aan de andere kant zegt die 10 jaar ook niet voldoende over in welke fase op het pad tot bestuurder de opleiding gevolgd is; het is immers uit de data niet duidelijk of de bestuurder toen al in deze positie zat of niet.

Interviews zijn gebaseerd op open vragen, waarbij de respondenten hun eigen woorden gebruiken. Terwijl enquête gebruik maakt van vaste termen. Ik kan niet uitsluiten dat er een verschil is in interpretatie van termen in de enquête.

Ik heb ervoor gekozen om de enquêtedata die ik kreeg via mijn thesisbegeleidster volledig zelf te analyseren. De statistische analyse in SPSS heeft dan ook veel tijd gekost. Maar enkel op deze manier kan ik de volle verantwoordelijkheid nemen voor de uitkomsten en weet ik wat ik precies heb berekend op welke subgroepen. Om de betrouwbaarheid van de statistische analyses te verhogen heeft mijn man meegekeken naar de analyses in SPSS, hij heeft veel ervaring in wetenschappelijk onderzoek en begeleiding van PhD studenten.

Ik vond het vooral erg leuk om 7 verschillende medisch specialist-bestuurders te mogen spreken over hun vak. Ik ben blij verrast over de directe bereidwilligheid om deel te nemen en over de openhartige gesprekken en spontaniteit. Ieder heeft echt zijn eigen verhaal verteld. En omdat ik de eigenheid van die 7 unieke verhalen niet verloren wilde laten gaan in te veel codering en veralgemenisering waarmee ik de mooie verhalen plat zou slaan, heb ik ervoor gekozen om in de resultatenparagraaf zo veel mogelijk van de unieke verhalen weer te geven. Ik focus daarbij

meer op de verschillen en op persoonlijke uitspraken dan op de overeenkomsten in de verhalen van de bestuurders.

In de loop van de interviews heb ik ervaren dat een bepaalde volgorde van topics handiger is tijdens het gesprek, doordat het gesprek dan natuurlijker verloopt. Ook is soms een onderwerp uitgebreider aan bod gekomen omdat een bestuurder dat belangrijk vond, en een ander minder uitgebreid aan bod gekomen omdat de bestuurder bijvoorbeeld minder tijd kon vrijmaken. Geen enkel gesprek is exact hetzelfde verlopen en hoewel alle topics aan bod zijn gekomen, is dat in verschillende volgorde geweest en was het soms niet nodig om een topic aan te snijden omdat de bestuurder daar zelf al over begon. Ik heb niet de indruk dat dat wisselende verloop van de gesprekken iets afdoet aan de bruikbaarheid of de betrouwbaarheid in deze studie. Eén bestuurder heb ik mogelijk iets gestuurd in het antwoord, omdat deze de vraag niet goed begreep, ook niet toen ik hem op een andere manier stelde. Uiteindelijk heb ik toen een voorbeeld gegeven van hoe een andere bestuurder deze vraag beantwoordde. De betreffende bestuurder kon daar toen de vraag verder mee beantwoorden. Enkele keren heb ik in een interview getoetst of een respondent zich kon vinden in een antwoord van een ander.

Het zijn dus geen gestandaardiseerde interviews geweest, wat ook niet de bedoeling was. Ik denk dat de kwaliteit van de interviews hierdoor mogelijk in positieve zin beïnvloed is, en dat het geen nadelige effecten had. Omdat ik zonder verwachtingen met betrekking tot de kleur van de antwoorden de gesprekken ben ingegaan, ik was immers zelf ook erg benieuwd naar hun beleving, geloof ik niet dat ik daarmee de uitkomsten gestuurd heb.

Het doen van interviews op zich was nieuw, maar lijkt erg op gespreksvoering met patiënten, dus voelde tegelijkertijd bekend. Om beïnvloeding van de respondenten tijdens het interview te minimaliseren en de gesprekken zo vrij mogelijk te laten verlopen, heb ik open vragen gesteld en kreeg de bestuurder alle tijd om uitgebreid te vertellen wat hij of zij wilde. Ik ben bewust veel stil geweest en heb tijdens de gesprekken zo min mogelijk gereageerd of 'gehumd', enerzijds om de bestuurder zo min mogelijk te beïnvloeden en anderzijds omdat het het transcriberen van een opgenomen gesprek erg lastig maakt wanneer er steeds door elkaar heen gesproken wordt. Ik kan niet uitsluiten dat bestuurders op sommige momenten beïnvloed zijn in hun antwoord doordat ze wisten dat ik dit onderzoek deed in het kader van deze MBA. Bijvoorbeeld wanneer ik vroeg naar of ze iets gemist hebben in hun voorbereiding. Ik denk niet dat ik dit had kunnen voorkomen.

Het transcriberen vervolgens bracht weer een andere dimensie in het uitwerken van een gesprek. Ontzettend veel werk, en dan kom je erachter dat we allemaal toch moeite blijken te hebben met het spreken in volzinnen, wat gelukkig niet opvalt in een gesprek zo lang je het niet letterlijk transcribeert. Dus om dit transcriberen nou toe te gaan passen in de patiëntenzorg...nee...maar voor dit onderzoek heeft het me wel veel meer inzicht gegeven dan wanneer ik enkel notities van het gesprek zou hebben uitgewerkt tot een verslag. Het transcriberen maakt vrije interpretatie van wat er is gezegd niet nodig, en verhoogt daardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek.

De interviews coderen en per onderwerp de antwoorden noteren in een tabel hebben mij geholpen om structuur aan te brengen in de gevoerde gesprekken en per onderwerp overeenkomsten of juist verschillen te achterhalen.

Naar aanleiding van vragen die ik tegenkwam tijdens de analyse van de enquête en de interviews ben ik soms weer in de literatuur gedoken. En zo is het cirkeltje rond. Ik heb inmiddels geleerd dat dat iteratief werken heet. De thesis is voor een groot deel 'learning by doing' geweest, net als hoe de medisch specialist-bestuurders spreken over hun pad.

7.2 Discussie van resultaten en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In het hoofdstuk *resultaten* en *analyse* heb ik de bevindingen van de enquête en de interviews besproken en aan elkaar gerelateerd. Inhoudelijk zijn op een aantal punten op- of aanmerkingen die ik hieronder bespreek. Ook roepen resultaten soms meer vragen op. Deze kunnen aanleiding geven tot onderzoeks-aanbevelingen.

Op het eind van hoofdstuk 2 'Theoretisch kader' vraag ik me af of de medisch specialist-bestuurder zich in de loop van de tijd meer gaat identificeren als bestuurder en minder als medisch specialist, zie figuur 2.2. Dat blijkt echter niet zo te zijn: een medisch specialist-bestuurder blijft zich bovenal identificeren met het zijn van medisch specialist, of arts. En de bestuurlijke rol komt daarbij.

Qua functie-uitoefening zou de figuur beter kloppen.



Figuur 2.2: Schematische weergave van de identificatie van de medisch specialist-bestuurder als medisch specialistisch en bestuurder in de loop van de tijd.

Zoals beschreven in de resultaten volgde iedere geïnterviewde medisch specialist-bestuurder postacademische managementscholing. Ook uit de enquête blijkt dat bijna iedere geneeskundig ziekenhuisbestuurder een dergelijke scholing volgt. Er wordt in de enquête wel onderscheid gemaakt tussen algemene MBA en zorgspecifieke uitgebreide opleidingen, maar onder die tweede categorie vallen zowel de zorggerichte MBA's (zoals MhBA en MHA), als uitgebreide masterclasses of andere zorgspecifieke trainingen (zoals SIOO, Stolte of Insead). In de interviews blijken alle medisch specialisten wel een of meerdere van deze uitgebreide postacademische trainingen of masterclasses te hebben gevolgd, en maar 1 een MBA, terwijl er toch bij de helft het idee heerst dat een MBA een meerwaarde zou kunnen zijn. Het zou interessant zijn om in een volgende enquête een onderscheid te maken tussen een *master*-opleiding (zorgspecifieke of algemene MBA) en de overige groep uitgebreide postacademische trainingen om te zien of er inderdaad een meerwaarde is van een MBA boven andere post-academische opleidingen of trainingen. Het is natuurlijk moeilijk om te beoordelen of je een MBA mist als je niet weet wat het inhoudt. Dit zou verder onderzocht kunnen worden onder geneeskundig bestuurders met een MBA.

Hoewel een medisch specialist-bestuurder zichzelf ziet als erg extern gericht, komt dat niet naar voren in de relatieve tijdsbesteding zoals aangegeven in de enquête. Wellicht heeft dat te maken met de beleving. Het zou interessant geweest zijn om in interviews te vragen naar de tijdsbesteding aan interne versus externe zaken om deze bevindingen uit de enquête te toetsen.

Er zijn een aantal punten in de uitkomsten van de enquête en de interviews waar ik me afvraag of het verschil tussen geneeskundig en niet-geneeskundig bestuurders niet vooral berust op interpretatie van de vragen of de antwoordmogelijkheden.

Onder de geneeskundig ziekenhuisbestuurders bijvoorbeeld wordt *interdisciplinaire intervisie* hoog gescoord als effectieve professionaliseringsactiviteit (41%), terwijl de niet-geneeskundig ziekenhuisbestuurders hier veel minder waarde aan toekennen (13%). Wellicht berust dit op een verschil van interpretatie tussen de geneeskundig en de niet-geneeskundig bestuurders. Dat is

echter niet te toetsen in de enquête. Er wordt in de enquête niet verder toegelicht namelijk wat er wordt verstaan onder interdisciplinaire intervisie. Ik kan me voorstellen dat een geneeskundig bestuurder bij 'interdisciplinair' bijvoorbeeld denkt aan een ziekenhuisbestuurder met economische achtergrond of bestuurders van andere zorgsectoren. Terwijl een bestuurder zonder geneeskundige achtergrond onder interdisciplinair eerder zorgoverstijgende intervisie samen met bestuurders uit bedrijfsleven, onderwijs, woningbouwcorporatie etc. zou kunnen verstaan.

Een ander voorbeeld waar verschil van interpretatie een rol kan spelen is bij de vraag naar managementervaring: kanttekening hier is dat ik 'managementervaring' een moeilijk begrip vind dat voor verschillende interpretatie vatbaar is. Er is niet een duidelijk afgebakende grens tussen medisch specialist en managementfuncties volgens mij. De uitersten zijn zeer duidelijk, maar als een medisch specialist een coördinerende rol heeft in een vakgroep, of in een subgroep betreffende een bepaald deel van het vakgebied, kan dat door sommigen als managementervaring omschreven worden terwijl anderen dat niet meetellen. Ik kan me voorstellen dat de vraag naar managementervaring niet eenduidig beantwoord wordt daardoor.

Ook zou er een verschil in antwoorden kunnen bestaan ten gevolge van de rol die een bestuurder heeft in de RvB. Ik concludeerde bijvoorbeeld in de analyse dat de medisch specialist-bestuurder vaak meer dan de collega-bestuurder het gezicht is richting andere (zorg)organisaties. Dat resultaat komt zowel uit de enquête waarbij geneeskundig bestuurders de rol *tussenpersoon* belangrijker waarden dan de niet-geneeskundig bestuurders, als uit de interviews, daar noemen de medisch specialist-bestuurders het *verbinder, rol naar externe wereld, samenwerking met andere (zorg)organisaties* of *regionale rol*, waarbij de medisch specialist-bestuurder aangeeft dat deze rol voor hem/haar belangrijker is dan voor zijn/haar medebestuurder. Toch is het ook mogelijk dat deze rolopvatting te maken heeft met de rol die de bestuurder heeft in de RvB ten opzichte van de medebestuurder. Van de 7 geïnterviewde bestuurders waren er 6 voorzitter van de RvB. Uit de enquête is dat niet verder op te maken, maar ik kan me voorstellen dat het zijn van tussenpersoon en gezicht naar externe partijen vooral een rol is die de voorzitter op zich neemt.

Het vele werk in weinig tijd, wat een hybride functie doorgaans met zich meebrengt, blijkt volgens de geïnterviewde bestuurders een hele goede voorbereiding te zijn, maar achteraf bekeken een zeer zware. Het zijn eigenlijk twee fulltimebanen, en dat is niet voor iedereen mogelijk. Ten eerste zou het interessant zijn om te onderzoeken of die beleving van voorbereiding op de functie als zorgbestuurder anders is onder niet-geneeskundig bestuurders. Veel van hen komen al uit management-achtige functies zonder daarnaast klinisch werkzaam te zijn in de zorg. Wellicht dat dat iets doet met de beleving van drukte. Ten tweede is het aan te bevelen om te onderzoeken of de last op de een of andere manier te verlichten is.

7.3 Praktische aanbevelingen

Om als medisch specialist een bestuurlijke rol op te nemen begint het met een overtuigende ambitie om de zorg in het algemeen te verbeteren. Hieronder volgen enkele praktische aanbevelingen.

Hoe voorbereiden op een bestuurlijke rol?

Ben je als medisch specialist geïnteresseerd in management- of bestuurlijke functies, begin er dan aan, ongeacht je ervaring of opleiding/training, ongeacht je leeftijd.

Helpend op een pad naar bestuurder zijn hybride functies zoals vakgroepvoorzitter, bestuur medische staf, medisch manager, medisch directeur. Maar ook een brede interesse in

maatschappelijke of wetenschappelijke onderwerpen, en accepteren van nevenfuncties of commissies regionaal, landelijk of internationaal. Een uitgebreide postacademische (master)opleiding zoals MBA, MHA en leergang voor (aankomend) bestuurders draagt bij aan een brede algemene basis voor de rol van bestuurder. Daarnaast is het aan te bevelen kennishiaten op te vullen door specifieke trainingen of cursussen te volgen. Persoonlijke kenmerken die helpen een goed bestuurder te zijn zijn goede communicatieve vaardigheid, geduld, flexibiliteit, omgaan met dilemma's/spanning en een dosis relativeringsvermogen. Leer je eigen primaire leiderschapsstijl kennen en leer deze aan te passen naar gelang de situatie. Belangrijk is dat je weet waar je eigen valkuilen en irritaties zitten. De bestuurlijke rol is er een waar je steeds verder in groeit naar mate je meer ervaring opdoet en je verder ontwikkelt. Maar er is niet één moment aan te duiden waarop je er klaar voor bent. Het is een ongoing proces van ontwikkeling. En vooral een persoonlijke keuze waar de drive om de gezondheidszorg te verbeteren een belangrijke is. Meerdere bestuurders geven het advies om te spreken met en mee te lopen met een bestuurder, om je zo een beter beeld te vormen van de inhoud van de rol.

Hybride functie of niet?

Uiteindelijk is het een persoonlijke beslissing of je als bestuurder daarnaast klinisch actief blijft als medisch specialist, en dat ligt aan verschillende factoren:

1. Past het jou? Wil je het echt? Vind je het leuk, geeft het je voldoening? Of vind je het juist te ingewikkeld en te druk om twee functies uit te oefenen?
2. Past het je vak? Het ene medisch specialisme lijkt er meer geschikt voor te zijn dan het andere. Vooral beschouwende niches in je vakgebied, met zeer laag complicatierisico en geen spoedeisende zorg lijken hiervoor het meest geschikt.
3. Past het je organisatie? Een hybride functie lijkt mogelijk op voorwaarde dat je organisatie het steunt, en op voorwaarde dat er zeer duidelijke afspraken worden gemaakt met de raad van bestuur, de medische staf, de vakgroep en de raad van toezicht hierover.

Het is belangrijk je af te vragen *waarom* je het wilt combineren. Het uitgangspunt dat je je erkenning als medisch specialist niet wilt verliezen lijkt hier de minst valabele reden. Dan kies je voor hybride uit angst om iets te verliezen. En een keuze maken die door angst gestuurd wordt is doorgaans niet de beste keuze. De keuze maken uit liefde voor je medisch specialistische vak primeert hier.

Hoe spagaat voorkomen?

Om te voorkomen dat je als medisch specialist-bestuurder in conflicterende situaties, of spagaat, terecht komt is absolute rolduidelijkheid op ieder moment cruciaal. Enerzijds leg je die vast in afspraken, anderzijds is het aan jezelf om geen twijfel te laten bestaan over in welke rol je op welk moment zit. In welke hoedanigheid zit je ergens aan tafel? Voor sommigen kunnen bij het expliciteren van die rolduidelijkheid uiterlijke kenmerken of kleding helpend zijn; is de witte jas aan, dan is je rol op dat moment medisch specialist, is je witte jas uit, dan ben je daar als bestuurder.

8. Persoonlijke reflectie

Dit onderzoek is begonnen met de zoektocht naar een geschikt onderwerp als afstudeerthesis. Hoewel ik heb overwogen om een praktisch onderwerp te kiezen dat dicht aanleunt bij mijn huidige werk en direct te gebruiken is in mijn vak, zag ik daarin ook belemmeringen doordat zo'n praktisch project gelijk op gaat met het werk en de uitvoering dan de theorie al achterhaalt, wat ik soms zelfs tijdens de maandelijkse verwerkingsopdrachten al tegenkwam. Dat maakt het minder evident om een thesis-onderzoek dat loopt over het hele tweede studiejaar te combineren met de praktische uitwerking, of met een project dat op dat moment actueel is in onze organisatie.

Ik ben begonnen aan deze MBA uit interesse voor de bestuurlijke aspecten van de gezondheidszorg, en omdat ik als voorzitter van de VMSD (Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband) merkte dat management/bestuur en dokters elkaar vaak niet goed begrijpen, dat er echt een andere taal wordt gesproken. Ik wilde iemand zijn die beide talen zou begrijpen en dezelfde vraagstelling van meerdere kanten kon bekijken, om zo vanuit gezamenlijkheid en een gedeelde visie de organisatie verder te helpen en toekomstbestendig te maken.

Als medisch specialist stelde ik me de vraag, en nu nog -al ben ik al veel wijzer geworden-, wat ik in de toekomst wilde met mijn vak en wat er eigenlijk mogelijk was, terwijl ik ambities had op leidinggevend/management/bestuurlijk vlak. En wat doet het met je als je jaren hebt gewerkt al medisch specialist en vervolgens een bestuurlijke rol op je neemt?

Toen onze voorzitter Raad van Bestuur plots opstapte om elders te gaan werken, moest er een wervingsprofiel worden opgesteld voor een nieuwe bestuurder. De vraag die bij mij speelde werd daarmee actueel in de organisatie. Wat willen we eigenlijk voor bestuurder. Waarom wel of niet een arts? Een medisch specialist? En dan iemand die ook praktisch nog actief is en de nodige credits heeft? En is de ervaring of opleiding van belang, welke dan?

Ik besloot daarop, en na brainstormen met mijn collega-studenten, om mijn afstudeeronderwerp in deze richting te kiezen. Uiteraard kon ik daarmee niet met mijn thesis bijdragen aan de werving van een nieuwe bestuurder, die vacature moest immers sneller worden opgesteld, maar het zou wel meer duidelijkheid scheppen voor de toekomst. Het kan zorginstellingen wellicht meer inzicht geven in medisch specialisten met bestuurlijke ambities, wat leeft er onder hen, en hoe (en waarom) kan de instelling deze ontwikkeling steunen. Ook geeft het mijzelf meer inzicht in het pad van medisch specialist tot bestuurder, in het besturen van een zorginstelling als medisch specialist, en met mij, hoop ik, een hoop collega's met dezelfde interesse.

Ik besloot om me te richten op een specifieke groep van geneeskundig bestuurders, namelijk de medisch specialist-bestuurders. In mijn oriëntatie op dit onderwerp om te komen tot een onderzoeksvoorstel en vraagstelling bleek dat er over deze specifieke groep nauwelijks geschreven is, of dat het in de artikelen niet duidelijk gemaakt wordt of de geneeskundig bestuurder medisch specialist is of niet.

Wilma van der Scheer werd mijn begeleidster en samen spraken we verder over dit onderwerp om te komen tot een meer concretere vraag. Ik wilde een enquête uitzetten en medisch specialist-bestuurders uitnodigen voor een interview. Dat ik gebruik mocht maken van het databestand van een landelijke enquête onder zorgbestuurders die net in de afrondende fase zat, was een zeer prettige bijkomstigheid waardoor ik de benodigde vragen kon halen uit dit databestand en een selectie kon maken naar achtergrond van de zorgbestuurders. Het bood mij ook de kans om mijn zeer ver weg gezakte kennis van SPSS weer boven te halen...

Dit onderzoek heeft mij een nieuwe manier geleerd om aan wetenschappelijk onderzoek te doen. De ervaring die ik had met wetenschappelijk onderzoek doen betrof klinisch

experimenteel, literatuur en kwantitatief onderzoek. Dit onderzoek is, naast het voor mij iets bekendere kwantitatieve onderzoek dat we doorgaans doen en lezen in de geneeskunde, een deel kwalitatief onderzoek geworden.

Deze hele MBA was een geweldig positieve ervaring voor mij. Ik zie op tegen het einde, omdat dat betekent dat er een einde is gekomen aan deze fijne maar intensieve 2 jaar met collega-studenten om wie ik ben gaan geven. Aan de andere kant kijk ik uit naar de afronding, juist omdat er dan een eind komt aan deze twee ontzettend intensieve jaren en ik kijk uit naar wat de toekomst mij brengt. Achteraf bekeken vind ik de studiebelasting/ tijdsinvestering van de thesis disproportioneel zwaar. Ik heb ooit al eens eerder een universitaire studie afgerond met een thesis en dat was qua intensiteit niet te vergelijken met deze. Ik denk dat dat ook komt doordat ik nu behalve deze studie een baan heb en een gezin. Maar dat geldt voor bijna alle studenten in deze deeltijdstudie. Het zou wat mij betreft beter zijn om echt in een eerder stadium te beginnen met het onderzoek. Bijvoorbeeld te streven naar een 'go' in november. Dat zou meer tijd geven om het onderzoek uit te voeren en uit te werken.

Voor mij is in deze thesis duidelijker geworden hoe medisch specialisten bestuurder worden en wat hen beweegt daartoe. Mijn indruk van medisch specialisten die bestuurder zijn geworden is dat ieder zijn eigen verhaal heeft. En dat je een verhaal nodig hebt om deze stap te willen zetten. Alle bestuurders hebben zich met momenten onzeker gevoeld over hun nieuwe rol, of voelen dat soms nog. Ook lijkt er van 'de witte jas' een beschermende rol uit te gaan. Als bestuurder is die witte jas uit, wat een groter gevoel van kwetsbaarheid of onzekerheid met zich meebrengt als eindverantwoordelijk bestuurder.

Persoonlijk vind ik het zonde dat medisch specialisten belemmering zouden voelen om een bestuurlijke functie aan te gaan. De grootste belemmering zit in het achterlaten van het vak als medisch specialist, het verliezen van de registratie en de arts titel, en de achteruitgang in jaarinkomen. Als we weten dat medisch specialisten een grote drempel voelen om een bestuurlijke functie aan te gaan door het achterlaten van hun oorspronkelijke vak en verliezen van de registratie, wat iets is waar ze vele jaren van hun leven aan hebben gewerkt en wat ze voelen als onderdeel van hun identiteit, waarom zouden we dan niet bestuurders die medisch specialist zijn de mogelijkheid bieden hun specialisatie te behouden, maar er niet-praktiserend achter te zetten, en herintreden al medisch specialist gemakkelijker maken?

Rekening houdend met de potentiële voordelen van het hybride bestuur, waarbij de geneeskundig bestuurder ook nog zijn/haar vak als arts uitoefent, zou ik het gemakkelijker willen maken om beide functies gecombineerd uit te oefenen, zoals in sommige andere landen gebruikelijk is.

Referenties

1. Rotar AM, Botje D, Klazinga NS, Lombarts KM, Groene O, Sunol R, et al. The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: A quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. *BMC Health Services Research*. 2016;16(2).
2. van der Scheer W, Bijloos S, van Veen-Berkx L. Bestuurders in beeld: 15 jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties. 2017. 76 p.
3. van der Scheer W, de Koeijer R. Bestuurders in beeld. 20 jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties. 2022.
4. van der Scheer W, Putters K, Meurs P. Besturen tussen kunst en kunde De geneeskundige bestuurder in het ziekenhuis gewaardeerd. 2008;
5. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health Care Manage Rev*. 2001;26(1):70–84; discussion 87-9.
6. van der Scheer W. Onder zorgbestuurders - omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg. 2013.
7. Mintzberg H. COVERT LEADERSHIP: Notes on Managing Professionals. *Harv Bus Rev* [Internet]. 1998;November-D(6):140–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=1248008&site=ehost-live>
8. Mathieu Weggeman. Essenties van leiding geven aan professionals. Scriptum; 2021. 128 p.
9. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration. *Health Care Manage Rev*. 2001;26(1):70–84; discussion 87-9.
10. Faculty of Medical Leadership and Management. What Makes a Top Medical Director? 2016;1–24. Available from: <https://www.fmlm.ac.uk/resources/what-makes-a-top-medical-director>
11. Davies H, Harrison S. Education and debate Trends in doctor-manager relationships. *British Medical Journal*. 2003;(326):646–9.
12. Clay-Williams R, Ludlow K, Testa L, Li Z, Braithwaite J. Medical leadership, a systematic narrative review: Do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? *BMJ Open*. 2017;7(9).
13. Loh E. Doctors as health managers: an oxymoron, or a good idea? *Journal of Work-Applied Management*. 2015;7(1):52–60.
14. Braithwaite J, Finnegan TP, Graham EM, Degeling PJ, Hindle D, Westbrook MT. How important are quality and safety for clinician managers? Evidence from triangulated studies. *Clinical Governance*. 2004;9(1):34–41.
15. Ham C, Dickinson H. The quality of leadership in the health system directly and indirectly affects the quality of patient care, and is shown to be an important factor supporting best practice. NHS Institute for Innovation and Improvement, Coventry. 2008;
16. Ileri SK, Walshe K, Benson L, Mwanthi M. A comparison of experiences, competencies and development needs of doctor managers in Kenya and the United Kingdom (UK). *International Journal of Health Planning and Management*. 2017;32(4):509–39.
17. Boersma F. De patiënt heeft altijd gelijk. 2000.
18. Perreira TA, Perrier L, Prokopy M. Hospital Physician Engagement: A Scoping Review. *Medical Care*. 2018;56(12):969–75.
19. Sarto F, Veronesi G. Clinical leadership and hospital performance: Assessing the evidence base. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2016;16(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1395-5>

20. Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? *Social Science and Medicine*. 2011;73(4):535–9.
21. Veronesi G, Kirkpatrick I, Vallascas F. Clinicians on the board: What difference does it make? *Social Science and Medicine* [Internet]. 2013;77(1):147–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.019>
22. Molinari C, Alexander J, Morlock I, Lyles C. Does the hospital board need a doctor? The influence of physician board participation on hospital financial performance. *Medical Care*. 1995;170–85.
23. Jones L, Fulop N. The role of professional elites in healthcare governance: Exploring the work of the medical director. *Social Science and Medicine*. 2021;277.
24. Dickinson H, Ham C. Engaging doctors in leadership: review of the literature. Birmingham, University of Birmingham [Internet]. 2008;(January). Available from: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/leadership-literature-review.pdf>
25. Witman Y, Smid GAC, Meurs PL, Willems DL. Doctor in the lead: Balancing between two worlds. *Organization*. 2011;18(4):477–95.
26. Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B, Degeling P, Maxwell S, et al. Medicine , management , and modernisation : a " danse macabre ' ? *British Medical Journal*. 2003;326:649–52.
27. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians in management: A qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):1–10.
28. Elina V, Juhani L, Tiina TJ, Kari M, Irma V, Mauri I, et al. Doctor-managers as decision makers in hospitals and health centres. *Journal of Health Organization and Management*. 2006;20(2):85–94.
29. Kippist L, Fitzgerald A. Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: The effects of dual roles in Australian health care organisations. *Journal of Health, Organisation and Management*. 2009;23(6):642–55.
30. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: A qualitative study. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2012;12(1):1. Available from: *BMC Health Services Research*
31. Xirasagar S, Samuels ME, Stoskopf CH. Physician leadership styles and effectiveness: An empirical study. *Medical Care Research and Review*. 2005;62(6):720–40.
32. Xirasagar S, Samuels ME, Curtin TF. Management training of physician executives, their leadership style, and care management performance: An empirical study. *American Journal of Managed Care*. 2006;12(2):101–8.
33. Veronesi G, Kirkpatrick I, Vallascas F. Does clinical management improve efficiency? Evidence from the English National Health Service. *Public Money and Management*. 2014;34(1):35–42.
34. Falcone RE, Satiani B. Physician as hospital chief executive officer. *Vascular and Endovascular Surgery*. 2008;42(1):88–94.
35. Bijloos S, van der Scheer W, van Veen-Berkx L. Bestuurders in beeld. 2017;76.
36. Kratz SJ. The Changing Roles of Medical Directors. *American College of Physician Executives*. 2007;
37. Berghout MA, Oldenhof L, Fabbriotti IN, Hilders CGJM. Discursively framing physicians as leaders: Institutional work to reconfigure medical professionalism. *Social Science and Medicine*. 2018;212(November 2017):68–75.
38. Berghout MA, Oldenhof L, van der Scheer WK, Hilders CGJM. From context to contexting: professional identity un/doing in a medical leadership development programme. *Sociology of Health and Illness*. 2020;42(2):359–78.

39. van de Riet MCP, Berghout MA, Buljac-Samardžić M, van Exel J, Hilders CGJM. What makes an ideal hospital-based medical leader? Three views of healthcare professionals and managers: A case study. *PLoS ONE*. 2019;14(6):1–18.
40. Chambers N. Healthcare board governance. *Journal of Health Organization and Management*. 2012;26(1):6–14.
41. Faculty of Medical Leadership and Management. Leadership and leadership development in healthcare: the evidence base. FMLM. 2015.
42. Warren OJ, Stanton E. The seven habits of emerging medical leaders. *Health Service Journal* [Internet]. 2012; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/224924308>
43. Kirsten Dingemans. Soorten interviews [Internet]. Scribbr. 2015 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/#semigestructureerd>
44. lou Benders. Inductief en deductief redeneren in 4 stappen [Internet]. Scribbr. 2017 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/deductief-inductief/>
45. lou Benders. Vier soorten triangulatie toepassen in je scriptie [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/triangulatie/>
46. Jack Caulfield. Een introductie tot thematische analyses [Internet]. Scribbr. 2021 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/thematische-analyse/>

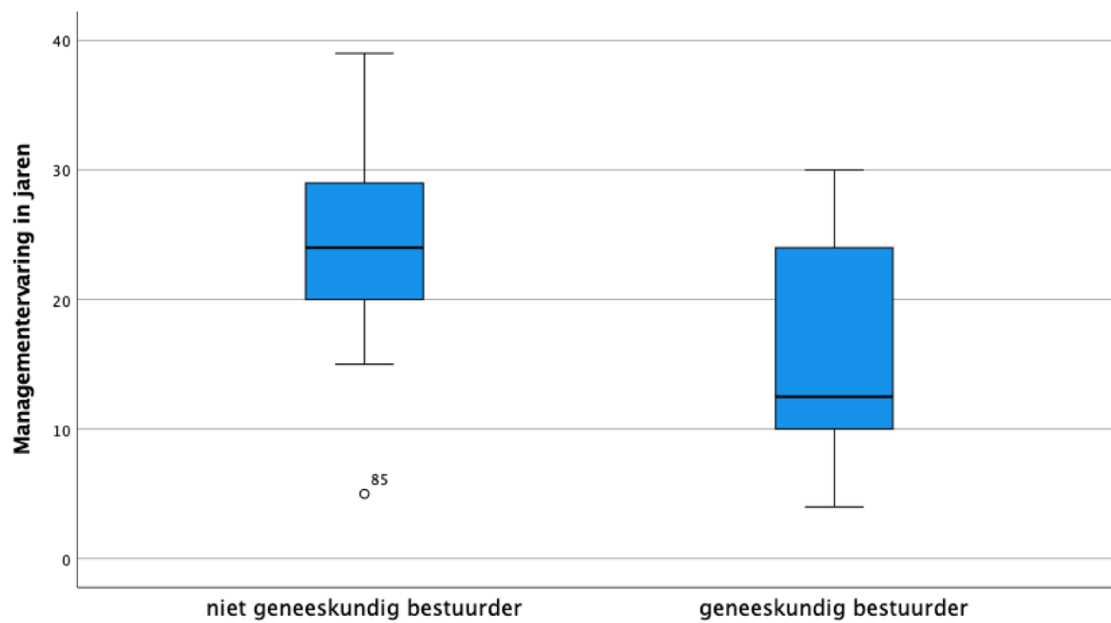
Bijlage 1: Semi-gestructureerde vragenlijst en topics interviews

1. Voorbereiding
2. Was die voorbereiding, achteraf bekeken, voldoende?
3. Hoofdvraag: Hoe vat jij je rol als MS-B op?
4. Welke ervaringen, buiten die van MS, had je en hebben je geholpen voordat je B werd?
5. Hebben extra cursussen/ opleidingen bijgedragen aan beter besturen?
6. Professionaliseringsactiviteiten
7. Hoe omschrijf je je rol in het ZH t.o.v. collega-bestuurders?
8. Hoe ga je om met specifieke dilemma's/vraagstukken die de combinatie van een medisch specialisme en het besturen met zich meebrengt?
9. Twijfels bij het aangaan van de bestuurlijke functie?
10. Twijfels bij neerleggen van klinische taken? Welke/ waarom. Geld? WNT?
11. Mening over combinatie van een bestuurlijke en een klinische rol?
12. Welke factoren in persoonlijke ontwikkeling kunnen bijdragen aan goed bestuur?
13. Zijn er bezigheden/ hobbies die jou helpen dit beroep optimaal te beoefenen?
14. Ben je jezelf anders gaan zien als bestuurder?
15. Tips

Bijlage 2: Coderingstabel interviews

	A	B	C	D	E	F	G
Rolopvatting	-Voorbeeld -Strateeg -Boegbeeld naar buiten -vertegenwoordiger van iedereen	-Overzicht houden -Voorwaarden scheppen -Richting geven -Vooruitkijken -belangenbehartiger van iedereen -boegbeeld -zorgen dat alle kennis in de organisatie is.	-altijd het belang van de zorg, de patiënt en de medewerker voor ogen houden -goed blijven opletten -koers bepalen	-gidsend -verbindend	-strateeg -gezicht naar extern -motiveren -inspireren -cultuur goed houden -toegankelijk -leiding geven aan het hogeer management	-verbinder -flexibiliteit -compassie, zachtheid -synergie -betrouwbaar -voorspelbaar -koers bepalend	-trateeg -boegbeeld -ezicht naar buiten -ondernemer, duurzame zorg
Ervaring /pad van MS tot B	- Stafbestuur - Vz medische staf - Professor - Toezichthouder - Je groeit er in	-medisch manager -commissies in ZH -stafbestuur en vz -interimbestuurder -lid RVB, later vz	-eigen interesse -commissies -regionale samenw -boek geschreven -stafbestuur en vz -fusie	-interesse -stafbestuur en vz - fusie -adviseur - interimbestuurder -veel lezen	-studie bestuur- en organisatiekunde -medisch manager -vakgroepvoorzitter -Medisch directeur -verder erin gerold	-actie in media -lid raad van advies -vz stafbestuur -medisch directeur -hoogleraar -lid rvb later vz	- commissies in ZH -lid stafbestuur -med directeur -fusie -RVE manager
Vorbereiding	- Gesprekken met andere bestuurders - Interesse was er altijd al, is verder gegroeid - MBA	-als B: INSEAD -cursus bedrijfskundig management -cursus onderhandelen -leergang vva	-gesprekken met andere bestuurders -SIOO -intresse is gegroeid	- 'on the job' geleerd -bedrijfskundige opleiding was waardevol geweest	-On the job - financiën voor non-financials -medisch management cursus -van medicus naar bestuurder	-insead -allerlei cursussen en trainingen	-Stolte -SIOO
Helpende ervaring buiten vak / algemene kenmerken	-diversiteit -gezinslid -heel veel lezen -oprechte interesse in mensen	Communicatief vaardig, luisteren, overzicht houden.	-probeer te begrijpen waarom mensen iets doen of vinden. -Schiet niet meteen in een oordeel.	-assessments -mentor -onderbuikgevoel -leer spelen met leiderschapsstijlen		-compassie	-kritisch durven zijn -doorpakken -volg je gut feeling -blijf bij jezelf
Blijvende ontwikkeling	-de organisatie in -peer-group -Nascholing -leiderschaps / bestuurlijke trainingen	-situatieel; volg scholing als je merkt dat je iets mist. -coach -Intervisie -breed reflecteren -bijhouden van ontw in brede zin	-brede scholing en cursussen -leergang succesvol besturen van ziekenhuizen -studiereis naar buitenland -intervisie	-coach -teamcoaching -accreditatie NVZD -intervisie en reflectie -gesprekken met andere bestuurders -veel en divers lezen	-masterclasses -intervisie -Stolte leergang -artikelen lezen -harvard business review -praten met visinairs in de zorg -beleidscongressen	-schrijven -intervisie -spirituele ontwikkeling	-2 intervisiegroepen vanuit opleiding SIOO en Stolte -cursussen op onderwerp
Waardering voorbereiding	Goed, MBA zou ik iedereen aanraden	-VZ bestuur medisch staf was goede opstap. -gewoon gaan doen.	Vz stafbestuur zinvol, breed kijken.	MBA miste ik	-MBA was leuk geweest -cursussen vullen hiaten op	-Kan veel beter, dat begint al bij de studie GK.	mis ontzettend veel
Rol tov andere bestuurder	- Kwaliteit van zorg - Gezicht naar buiten	-collegiaal gelijkwaardig - ik vooral zorg en samenwerking	-collagiale rvb -vooral zorginhoudelijk	-balans is belangrijk met je medebestuurder	-collegiaal bestuur -extern -zorg, kwaliteit en veiligheid -samenwerking	Met elkaar informatie uitwisselen, een echt team	-regionale portefeuille -media -echt complementair zijn aan elkaar
Twijfels	-Achterlaten vak -WNT kan een drempel zijn, voor mijn niet, ik wil de zorg beter maken. Financieel veel ingeleverd.	-Achterlaten vak -'why me?' waarom zou ik kunnen besturen? -WNT kan een drempel zijn, was het voor mij niet.	-geen twijfel over stoppen als MS, wel gevoel arts te willen blijven. -ik ziet hier nu wel, maar kan ik het wel, en waarom ik? -WNT niet, ik ben niet geld gedreven.	-grote achteruitgang in inkomen, heeft hem niet doen twijfelen, maar speelt wel een grote rol.	-niet oever aangaan bestuursrol; leuk! - wel over neerleggen vak MS	-het mogelijk verliezen van de registratie als MS	-over B: 'kan ik dit wel?' -over MS: ik hou van mijn vak en wil het niet achter laten. -WNT? Geloof me dat je ongelooflijk keldert in je inkomen
Persoonlijke ontwikkeling	Sport reizen	kunst, muziek	-Buiten zijn -Fietsen naar werk	Persoonlijke coaching		-meditatie -stilteweek -compassie -oprechte aandacht -spiritualiteit	-coachend leiderschap -dicht bij jezelf blijven -kritisch durven zijn
Spagaat	- omgaan met eigen complicatie - gevaar op 'worst of two worlds' ipv 'best of two worlds' -spagaat voel ik iedere dag -hoe straks wnr ik een keuze moet maken ivm herregistratie?	Geen spagaat, omdat ik enkel bestuurder ben en niet arts-bestuurder. -soms denken de mensen; zij snapt heet wel, dus ze is voor ons' -staf denkt soms; 'hij/zij is een van ons', maar dat ben ik niet.	-Geen spagaat. -Wel verschil in benadering van de zorg	- meerwaarde, nauwelijks nadeel. Soms wrd't je door MS gezien als een van hen, maar verder enkel voordelen.	-Hiermee omgaan door rolduidelijkheid -regerend vooruitzien: zorg ervoor dat je niet in die spagaat terecht komt.	-Geen spagaat.	Nu niet meer, omdat ik niet meer als MS werk.
Verandering van rolopvatting	-Arts zijn zit in je, is een onderdeel van je	-Ik identificeer me ongelooflijk met dokter zijn, dat blijft mijn basis-identiteit.	Ik blijf bovenal arts en heb veel moeite gedaan me te laten herregistreren.		arts	MS is en blijft mijn identiteit.	Ik blijf medisch specialist

Bijlage 3: Tabellen en figuren



Figuur I: Managementervaring in jaren voor geneeskundig versus niet-geneeskundig bestuurders. $p=0,010$

Deelname aan	Geneeskundig bestuurders	Niet-geneeskundig bestuurders	Zorgbestuurders totaal	p
Opleiding	15%	30%	28%	0,066
Intervisie met zorgbestuurders	91%	88%	88%	0,775
Interdisciplinaire intervisie	41%	27%	29%	0,104
Werkgroep/commissie NVZD	6%	8%	7%	1,000
Persoonlijke coach	41%	49%	48%	0,385
Collegiale coach	6%	13%	12%	0,378
Teamcoaching met collegabestuurders	41%	31%	33%	0,240
Geven van colleges voor managers/bestuurders	18%	11%	12%	0,267
Spreken op congressen/symposia	27%	17%	18%	0,175
Coaching van (nieuwe) bestuurders	12%	4%	8%	0,313
Publiceren in vakbladen	6%	4%	4%	0,645
Deelname aan congressen/symposia	71%	62%	64%	0,362

Tabel 1: Deelname aan professionaliseringsactiviteiten door zorgbestuurders. De p-waarden werden berekend via Chi-square tests en afgelezen bij Pearson Chi-Square of Fisher's Exact Test, afhankelijk van de count.

Deelname aan	Ziekenhuisbestuurders			p
	Geneeskundig	Niet-geneeskundig	Totaal	
	N=18	N=30	N=48	
Opleiding	11%	17%	15%	0,696
Intervisie met zorgbestuurders	89%	97%	94%	0,545
Interdisciplinaire intervisie	44%	33%	38%	0,445
Werkgroep/commissie NVZD	6%	17%	13%	0,388
Persoonlijke coach	39%	57%	50%	0,233
Collegiale coach	6%	0%	2%	0,375
Teamcoaching met collegabestuurders	39%	57%	50%	0,233
Geven van colleges voor managers/bestuurders	28%	30%	29%	0,870
Spreken op congressen/symposia	33%	30%	31%	0,809
Coaching van (nieuwe) bestuurders	17%	17%	17%	1,000
Publiceren in vakbladen	11%	3%	6%	0,547
Deelname aan congressen/symposia	61%	63%	63%	0,878

Tabel II: Deelname aan professionaliseringsactiviteiten door ziekenhuisbestuurders.

	Geneeskundig bestuurders	Niet-geneeskundig bestuurders	Zorgbestuurders totaal	p
Opleiding	30%	42%	40%	0,200
Intervisie met zorgbestuurders	76%	79%	78%	0,706
Interdisciplinaire intervisie	33%	21%	25%	0,112
Werkgroep/commissie NVZD	3%	5%	4%	1,000
Persoonlijke coach	42%	45%	44%	0,810
Collegiale coach	3%	12%	10%	0,215
Teamcoaching met collegabestuurders	36%	23%	25%	0,111
Geven van colleges voor managers/bestuurders	12%	7%	7%	0,278
Spreken op congressen/symposia	6%	4%	4%	0,620
Coaching van (nieuwe) bestuurders	12%	4%	5%	0,056
Publiceren in vakbladen	3%	3%	3%	1,000

Tabel III: Meest effectieve professionaliseringsactiviteiten volgens zorgbestuurders.

	Ziekenhuisbestuurders			p
	Geneeskundig	Niet-geneeskundig	Totaal	
	N=17	N=30	N=47	
Opleiding	29%	30%	30%	0,966
Intervisie met zorgbestuurders	65%	63%	64%	0,925
Interdisciplinaire intervisie	41%	13%	23%	0,069
Werkgroep/commissie NVZD	0%	7%	4%	0,528
Persoonlijke coach	41%	47%	45%	0,716
Collegiale coach	6%	7%	6%	1,000
Teamcoaching met collegabestuurders	35%	40%	38%	0,750
Geven van colleges voor managers/bestuurders	18%	17%	17%	1,000
Spreken op congressen/symposia	6%	7%	6%	1,000
Coaching van (nieuwe) bestuurders	24%	7%	13%	0,170
Publiceren in vakbladen	6%	3%	4%	1,000

Tabel IV: Meest effectieve professionaliseringsactiviteiten volgens ziekenhuisbestuurders.

Soort postacademische opleiding	Geneeskundig bestuurder	Niet-geneeskundig bestuurder	Totaal	Chi-square P
	N = 34	N = 200	N = 234	
Uitgebreide masteropleiding, algemeen	4 (12%)	44 (22%)	48 (20%)	0,172
Uitgebreide (master)opleiding, zorgspecifiek	18 (53%)	84 (42%)	102 (44%)	0,234
Kortere cursus management, algemeen	11 (32%)	100 (50%)	111 (47%)	0,057
Kortere cursus management, zorgspecifiek	17 (50%)	87 (44%)	104 (44%)	0,481

Tabel V: Gevolgde post-academische managementopleidingen door zorgbestuurders de afgelopen 10 jaar.

Effectiviteit bestuurder	Ziekenhuisbestuurders			p
	Geneeskundig N= 17	Niet-geneeskundig N=25	totaal N=42	
Spanningen en dilemma's hanteren	53%	32%	41%	0,175
Veranderingen doorvoeren	65%	88%	79%	0,071
Bedrijfseconomische resultaten	18%	20%	19%	0,894
Formuleren van een bindende visie	35%	48%	43%	0,414
Medewerkers stimuleren	71%	28%	45%	0,006*
Besluitvaardigheid	12%	28%	21%	0,208
Eigen stijl aanpassen aan de situatie	41%	32%	35%	0,542

Tabel VI: Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van een bestuurder? Max 3 antwoorden. De percentages geven aan welk deel van de betreffende groep bestuurders de keuze heeft aangevinkt.

Effectiviteit bestuurder	Ziekenhuisbestuurders N= 49	Overige zorgbestuurders N=229	p
Spanningen en dilemma's hanteren	45%	42%	0,990
Veranderingen doorvoeren	78%	53%	0,025*
Bedrijfseconomische resultaten	22%	28%	0,355
Formuleren van een bindende visie	41%	60%	0,101
Medewerkers stimuleren	43%	46%	0,738
Besluitvaardigheid	22%	10%	0,062
Eigen stijl aanpassen aan de situatie	33%	31%	0,958

Tabel VII: Waaruit blijkt naar uw mening de effectiviteit van een bestuurder? Ziekenhuisbestuurders versus overige zorgbestuurders. Max 3 antwoorden. De percentages geven aan welk deel van de betreffende groep bestuurders de keuze heeft aangevinkt.

	Geneeskundig bestuurder N=34	Niet-geneeskundig bestuurder N=200	Totaal N=234
nee	2 (6%)	18 (9%)	20 (8,5%)
Ja, 1	10 (29%)	44 (22%)	54 (23%)
Ja, >1	22 (65%)	138 (69%)	160 (68%)

Tabel VIII: Volgde u de afgelopen 10 jaar een postacademische managementopleiding/-cursus?
p= 0,577

Dankwoord

Deze thesis is het resultaat van een reis die begon in 2019, toen ik besloot weer te gaan studeren en te starten met een MBA. Meerdere mensen hebben bijgedragen aan het mogelijk maken van deze studie waarvoor ik zeer dankbaar ben.

Kempenhaeghe heeft het financieel en qua tijdsbesteding mede mogelijk gemaakt om deze studie te volgen. Ik beschouw het als een voorrecht dat Kempenhaeghe mij het vertrouwen gegeven heeft en mij de mogelijkheid bood deze studie te volgen. Dank! Ik hoop dat Kempenhaeghe mijn opgedane kennis en kunde kan gebruiken om deze mooie organisatie toekomstbestendig te maken en de zorg voor onze patiënten, cliënten en medewerkers te blijven verbeteren.

Een groot deel van de waarde van de MHBA zit hem in het ontmoeten van, sparren met en samenwerken met andere studenten. Ik ben dankbaar voor het mogen ontmoeten van zoveel fijne medestudenten. Het groepsgebeuren in de MHBA is voor mij van grote waarde gebleken. MHBA-18 jullie zijn een top klas!

Vooraf met Martijn, Marieke en Erik heb ik buiten de dagen in Epe regelmatig gesproken of geappt, fijn om steun te vinden, te sparren en af en toe gewoon lekker te kunnen kletsen, dank jullie! Ik hoop dat we elkaar niet uit het oog zullen verliezen nu de MHBA ten einde loopt.

Wilma, bedankt voor de begeleiding en je advies in dit laatste thesis-traject! Je was vanaf het begin enthousiast over het onderwerp en je hebt me met jouw ervaring in dit onderwerp veel geleerd over kwalitatief onderzoek. Dankzij jou heeft deze thesis veel meer structuur gekregen.

Mijn gezin, Vedat, Selin en Yeliz, jullie heeft het veel geduld gekost en weekenden of avonden waarop ik meer niet dan wel aanwezig was, omdat ik weer eens achter mijn computer zat te werken aan mijn studie. Zo heeft deze MHBA ook weerslag gehad op het 'normale' gezinsleven. Dat heeft van jullie aanpassing gevraagd en ik ben blij dat jullie dat hebben kunnen en willen doen. Dank jullie wel!

Ayfer, dank voor de steun in en rond het gezin en de zorg voor de meisjes wanneer ik weer een paar dagen weg was voor de studie. Çok tesekkür ederim.