

# EFFECTIEF MEDISCH LEIDERSCHAP

Wouter Keijser en Celeste Wilderom

## MEDISCH LEIDERSCHAP

Elke dag lijkt er van de arts meer te worden verwacht. Toch blijven gelukkig de meeste artsen nuchter onder druk. In de praktijk zijn zij in potentie ook leiders: van zichzelf, van anderen en van zorgprocessen. Wat is de stand van zaken rond de ontwikkeling van medisch leiderschap?

De combinatie van onder meer vergrijzing, economische uitdagingen, toenemende complexiteit van zorgprocessen, inzet van zorgtechnologie en andere innovaties heeft grote invloed op zorgorganisaties en hun professionals. Ook artsen ontspringen de dans niet: zij zijn immers medisch *eind*verantwoordelijk voor wat patiënten aan zorg ondergaan. Tegelijkertijd heeft de professionalisering van de arts een vlucht genomen, ook op niet-medisch technisch gebied. In dit verband wordt ook wel gesproken van ‘medisch leiderschap’: met potentiële impact op hoe de zorg effectief blijft of wordt. Deze ontwikkelingen bespreken we in dit artikel. We geven een schets van medisch leiderschap in Nederland anno 2016, onder meer naar aanleiding van de recente komst van het Raamwerk Medisch Leiderschap (RML; een overzicht van niet-medisch inhoudelijke competenties voor Nederlandse artsen). Daarnaast wordt de vaak weerbarstige context geschetst waarin zorgmanagers, artsen, patiënten en anderen elkaar tegenkomen.

## ARTSEN IN VERANDERING

Vergeleken met alle andere beroepsgroepen in de zorg staat de rol van de arts het meest onder druk. De oorzaak hiervan is te vinden in het feit dat de gezondheidszorg in toenemende mate te maken heeft met een wirwar van politieke, maatschappelijke, economische, technische en ethische belangen – een wirwar die ook nog eens wordt

gevoed door een continue stroom van nieuwe regels en financieringssystemen (Hendriks e.a., 2015). Artsen (en patiënten) dreigen hierin verstrikt te raken. Deze niet te negeren ontwikkelingen dwingen artsen en anderen om stil te staan bij de niet-medisch inhoudelijke competenties van artsen. Vier trends lijken hierbij van belang.

### Van silo's naar netwerken

Er is steeds meer sprake van een ‘liquide’ netwerksamenleving. De digitaal geëngageerde burger neemt deel aan uiteenlopende netwerken die komen en gaan op basis van snelle veranderingen op technologisch, economisch, beroepsmatig en/of cultureel gebied. De dagelijkse praktijk van veel beroepsbeoefenaren in de zorg, waaronder artsen, laat zich goed beschrijven als een ‘complex adaptief systeem’, waarin zij steeds sneller moeten reageren of anticiperen op vragen van uiteenlopende aard. Zorgprofessionals werken nog te vaak vanuit hun discipline ‘silo’s’ en daardoor ontbreekt het nogal eens aan effectief interdisciplinair samenwerken. Hier ligt ook een rol voor de arts, door een positieve invloed uit te oefenen op het teamwork binnen het zorgnetwerk rondom iedere patiënt.

### Triple aim

Een gerelateerde en gestage opmars is de omarming door veel zorgstelsels in binnen- en buitenland van de *triple aim*-principes: populatiegerichte zorg, vermindering van kosten en verbeteren van zorgervaring (IHI, 2010).

Daarbij wordt uitgegaan van een omslag van 'één patiënt per keer' (of: 'wachtkamer-model') naar een geïntegreerde (netwerk)samenwerking, met een actieve rol voor patiënten en hun eigen, persoonlijke netwerk. Daarin zou dan prioriteit moeten worden gegeven aan preventieve zorg en aan het toepassen van de '80-20-regel' in de verdeling van zorgkosten op basis van *population-based healthcare management* (dat wil zeggen, inzet van midelen daar waar deze het meeste effect sorteren, onder andere door risicostratificatie van patiënten). Van (veel) artsen vraagt dit een bijna econometrisch denken en vooral een andere manier van samenwerken, niet alleen met andere zorgprofessionals, maar ook met nieuwe 'collega's', namelijk informele verzorgers en de patiënten in het zorgteam. Effectieve zorg die uitgaat van bovengenoemde principes is bovendien onlosmakelijk verbonden met het (her)organiseren van zorgprocessen. Om optimaal mee te kunnen komen met deze stelselwijzigingen, zullen ook artsen 'aan de bak' moeten (blijven) op het gebied van kort-cyclische, continue procesverbeteringen (Ubbink e.a., 2014).

### Klantgerichtheid

Een derde ontwikkeling is de opkomst van de zogeheten zorgconsument. De beweging van *patient empowerment* is inmiddels enkele decennia oud en wint, langzaam maar gestaag, terrein. Zoals vele andere bedrijfstakken is ook de gezondheidszorg steeds minder gecentreerd rondom de aanbieder (arts), en steeds meer gericht op de eindgebruiker. In de *patient journey* is de patiënt geen nummer of ziekte, maar degene die een zorgbeleving ervaart. Concepten als 'patiënt-centraal', 'patiënt als partner', 'shared decision making' en 'participatory medicine' kleuren nu al de dagelijkse zorgpraktijk (Busari & Scheele, 2015) en zijn niet in de eerste plaats stokpaardjes van ambitieuze zorgbestuurders. Hoe dan ook: meer integratie van zorgprofessionals, informele verzorgers en zelfzorg zijn in een onstuitbare opmars (Keijser, 2014; Busari & Scheele, 2015). Wat is de rol van de arts in dit alles? Zonder twijfel dient deze steeds meer een duizendpoot te zijn, teneinde patiënten-in-hun-netwerk optimale, vraaggestuurde, effectieve en efficiënte zorg te kunnen blijven

garanderen (Plochg e.a., 2012). De voorheen immer geduldige patiënt is inmiddels een zorgconsument geworden, iemand die zich meer bewust is van zorgkwaliteit en -risico's, die advies, coaching en klantgerichtheid zoekt, en die bovendien steeds vaker zelf (mee)beslist en wars is van wachtkamers.

### Effecten van informatietechnologie

Gezondheidszorg floreert al eeuwen door wetenschappelijke, technologische, maatschappelijke en economische ontwikkelingen (Detsky, 2012). De komst van informatietechnologie en e-health laat in de praktijk een paradoxaal effect zien. Enerzijds biedt het delen van elektronisch beschikbare zorgkennis en -informatie zicht op enorme efficiëntieverbeteringen, maar anderzijds hebben talloze grootschalige projecten op dit gebied tot nu toe weinig opgeleverd, soms door veranderweerstand van mensen, ook van artsen. De komst

## ARTSEN STAAN ONDER STEEDS GROTERE DRUK DOOR TAL VAN RAZENDSNELLE ONTWIKKELINGEN

van informatietechnologie in de zorg zet de rol van de arts op scherp, in het bijzonder door veranderingen in rollen en verantwoordelijkheden, onder andere van artsen naar niet-medici (taakherschikking). Bovendien is medische kennis en informatie door de ontwikkeling van het internet intussen al lang niet meer exclusief beschikbaar voor de arts. Al deze ontwikkelingen kunnen door artsen als bedreigend worden ervaren: 'Is die online-informatie wel honderd procent veilig voor mijn patiënten?', 'Hoe houd ik mezelf staande nu anderen mijn werk steeds meer lijken over te nemen?', 'Hoe kan ik mijn belangen verdedigen?' Dit zijn wezenlijke vragen die artsen, maar ook anderen in de zorg, bezig (zullen) houden. De antwoorden liggen mogelijk deels verborgen in 'medisch leiderschap' (Keijser e.a., 2016).

### DE ARTS NEEMT HET VOORTOUW?

Als de hiervoor beschreven uitdagingen zulke grote consequenties hebben voor medici, is hun antwoord daarop dan 'meer' medisch leiderschap? Om te beginnen is het belangrijk te benadrukken dat er een significante relatie bestaat tussen optimale zorg en effectief leiderschap van

de arts (West e.a., 2015; Francis, 2013; IGZ, 2006). Artsen oefenen een belangrijke invloed uit op het werkklimaat en daardoor onder meer op de verzuimcijfers en effectiviteit van zorgprofessionals en -teams (Borrill e.a., 2000). Ook is al langer bekend dat een optimaal werk- en teamklimaat in zorgorganisaties leidt tot minder complicaties, minder medicatiefouten en minder andere vermijdbare schade bij patiënten (Shipton e.a. 2008; Prins, 2009; Van Schaik e.a., 2010; Spurgeon e.a., 2012). Deze indirecte invloed van artsen op de kwaliteit van de zorg correspondeert met het feit dat ongeveer tachtig procent van de incidenten in Nederlandse ziekenhuizen is te relateren aan menselijke factoren (Wagner e.a., 2008; Lange e.a., 2011). Naast deze invloed 'in den brede' van artsen op de kwaliteit van de zorg, stellen sommigen dat artsen actiever betrokken zouden moeten zijn bij zowel de ontwikkeling als de implementatie van innovaties in de zorg (Dückers e.a., 2011; Keijser e.a., 2016).

Artsen zijn dus van cruciaal belang voor verschillende aspecten van zorgkwaliteit. Doorgaans zijn artsen diepgaand getraind in zogeheten 'patiëntgebonden kwaliteitsmanagement', op basis van 'één patiënt per keer'. Maar het adagium *Primum non nocere* van de arts ('allereerst niet schaden') mag dan wel werken in direct patiëntcontact, de zorg voor kwaliteit gaat veel verder dan dat en is ook terug te vinden in een toenemende stroom nieuwe kwaliteitsregels en -richtlijnen. De dagelijkse praktijk laat zien dat al die regels en richtlijnen dikwijls niet door, maar wel voor artsen worden ontwikkeld. Hetzelfde geldt voor tal van andere vormen van wet- en regelgeving die de zorg overspoelen en die het primaire proces op bureaucratische wijze verstoren. Hoewel die wel in toenemende mate van hen worden verwacht, valt het te betwijfelen of artsen in hun basisopleiding en nascholing voldoende worden toegerust met competenties op gebied van innovatie, implementatie en kwaliteit in bredere zin (Keijser e.a., 2016).

### **In de spiegel (durven) kijken**

Om de kwaliteit van hun individuele functioneren als arts te waarborgen, worden artsen gedurende hun gehele werkzame leven geëvalueerd in een complex van continue nascholing en herregistratie. De daarbij gehanteerde

kwaliteitsindicatoren hebben voornamelijk een medisch inhoudelijk karakter: een chirurg moet goed zijn in opereren, een internist moet op de hoogte zijn van recente farmacotherapeutische behandelmogelijkheden, etc. Sinds enige jaren groeit weliswaar de belangstelling voor de kwaliteit van de niet-medisch technische aspecten van het functioneren van de arts, maar de beoordeling daarvan is vooralsnog hoofdzakelijk een kwestie van zelfreflectie door de arts. In sommige gevallen is er sprake van (360-graden-) feedback en intervisie. Maar in de regel blijven artsen op dit gebied aan de oppervlakte steken. Terwijl managers en andere professionals in het bedrijfsleven voortdurend en in (veel) meer detail constructieve feedback krijgen op hun functioneren, zijn artsen hier nog niet aan gewend. In de praktijk lijkt men er zelfs benauwd voor. Waarom? Hiervoor zijn verschillende mogelijke redenen.

Ten eerste is een arts ook maar een mens: feedback is enerverend en niet

zelden confronterend. Daarnaast kost het tijd om feedback concreet te 'organiseren' en er vervolgens mee te gaan werken. Artsen hebben het vaak te druk (in de topdrie van redenen om feedback uit te stellen staat onder meer: 'De patiënt gaat vóór!') en zo'n evaluatie kan dan altijd wel even wachten. Verder is de vraag: wie kan of mag de arts vertellen dat deze beter kan of moet presteren? Artsen zijn dóór en dóór getraind in het evalueren van 'beter' op basis van *evidence-based medicine*. Hierin gelden andere principes dan in de gedragskundige benadering van effectief leiderschap (hoewel er inmiddels al heel wat instrumenten bestaan ten behoeve van de ontwikkeling van effectief medisch leiderschap). Daarnaast kunnen hiërarchie en andere afhankelijkheden anderen (onder andere niet-medische collega's, zoals managers) ervan weerhouden om artsen feedback te geven of hen aan te sporen feedback te organiseren. Ten slotte heeft menig arts last van de gretigheid waarmee de media offline en online aan de haal gaan met berichten over 'slechte zorg' en 'disfunctionerende artsen' en daarmee bijdragen aan 'doctor bashing' (Goldacre et al, 2009). Kortom: het lijkt voor artsen lastig om zich bloot te stellen aan analyse of te leren van hun professioneel functioneren, inclusief hun leiderschapscompetenties.

## **ZORG WORDT STEEDS MEER EEN PRODUCT VAN 'COMPLEXE ADAPTIEVE SYSTEMEN'**

### Slikken, stikken of ... ?

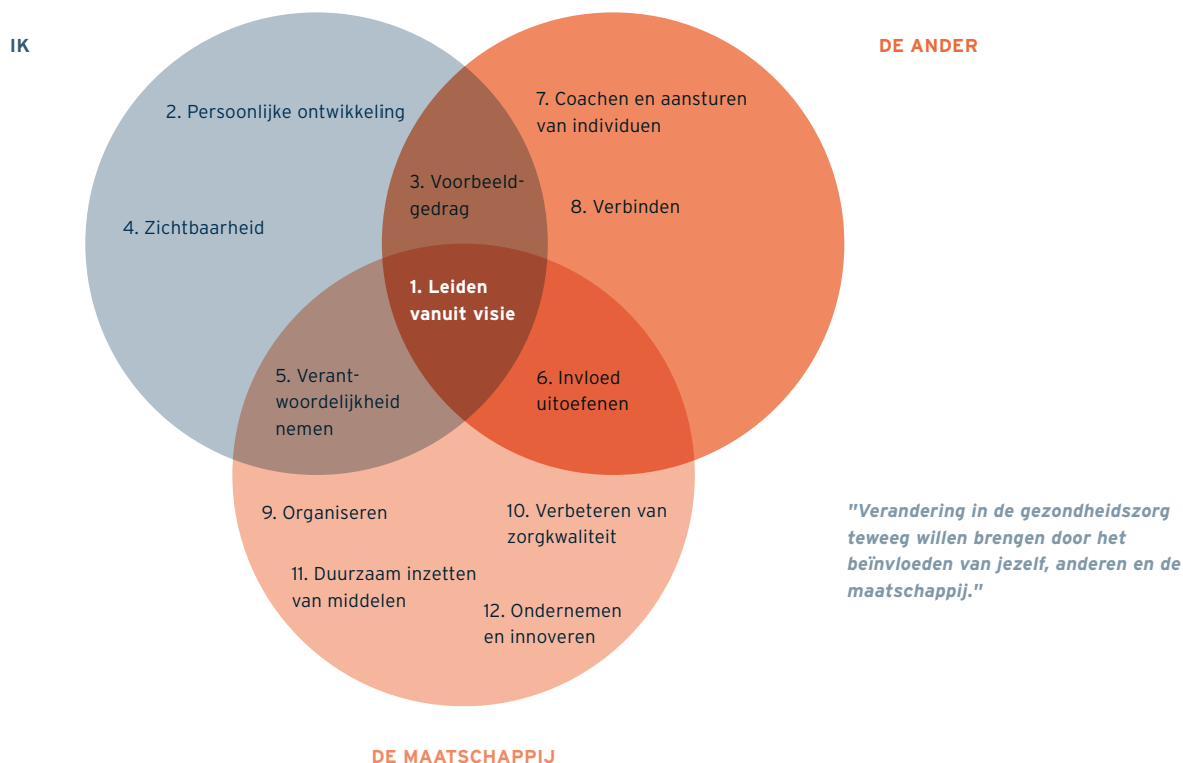
Artsen ondervinden van verschillende kanten en in toenemende mate prikkels om weerbaarder te worden in hun werkomgevingen. Ook de ontegenzeggelijke maatschappelijke positie en status van de dokter van weleer lijkt in te boeten (Jorm & Parker, 2015). Als reactie op deze trends en ontwikkelingen lijken er drie mogelijkheden te zijn waaruit de arts kan kiezen: vechten tegen, meegaan met, of het voortouw nemen (KNMG, 2014). Van veel artsen is de primaire reactie: tegengas geven. Anderen ondergaan lijdzaam tal van veranderingen in wet- en regelgeving en andere ontwikkelingen en innovaties. Een derde groep draagt proactief bij door op constructieve wijze invloed uit te oefenen (Vandenbroucke, 1998; Tallis, 2005; Spurgeon e.a., 2011). Vooral in deze proactieve betrokkenheid van artsen komt 'effectief medisch

leiderschap' ten tonele. Het begrip duikt steeds vaker op in publicaties en voordrachten van managers en zorgbestuurders. Leiderschap door artsen is al eens omschreven als een *trending topic* (Voogt, 2015), en de Nederlandse artsorganisatie KNMG riep het jaar 2015 zelfs uit tot jaar van het medisch leiderschap. Hoe zit het met die proactief meesturende arts?

### MEDISCH LEIDERSCHAP IN ONTWIKKELING

Internationaal startte de geschiedenis van medisch leiderschap met de notie van het belang om de arts meer te betrekken in vraagstukken van zorgkwaliteit. Zo'n tien jaar geleden werd *physician engagement* tot strategisch speerpunt benoemd door onder meer de *National Health*

FIGUUR 1. EFFECTIEF MEDISCH LEIDERSCHAP IN DRIE DIMENSIES EN TWAALF DOMEINEN.



Service (Verenigd Koninkrijk) en de *Institutes for Health-care Improvement* (USA). De term leiderschap is inmiddels doorgedrongen binnen het internationale competentie-model voor artsen (CanMEDS, 2015). Nederland volgde enkele jaren geleden door groeiende aandacht voor de ‘dokter als manager’, onder meer door de oprichting van het Platform Medisch Leiderschap. Initieel werd de aandacht voornamelijk gericht op de managementaspiraties van een meer beperkte groep Nederlandse artsen. Momenteel wordt nadrukkelijk meer ingezet op de persoonlijk-professionele ontwikkeling van alle artsen. Inmiddels hebben enkele medische faculteiten in ons land een leerstoel die ook aansluit op het thema medisch leiderschap.

### Raamwerk Medisch Leiderschap

Om effectief medisch leiderschap in de Nederlandse context uitvoerbaar en bespreekbaar te maken, zijn kaders met draagvlak in het veld nodig. In Nederland ontbrak het daar tot voor kort aan, en om die reden startte de Universiteit Twente, in samenwerking met het Platform Medisch Leiderschap en ondersteund door de KNMG, in 2012 een onderzoeksprogramma. Het pakket aan competenties neergelegd in het ‘Raamwerk Medisch Leiderschap’ (‘RML versie 1.0’) is hiervan het eerste resultaat. Dit raamwerk beschrijft en definieert de competenties van Nederlandse artsen die ten grondslag liggen aan effectief medisch leiderschap in de praktijk (zie figuur 1 en kader ‘Raamwerk Medisch Leiderschap 1.0’).

Het RML werd ontwikkeld op basis van circa anderhalf jaar wetenschappelijk onderzoek, uitgevoerd door een groep relatief jonge artsen en onderzoekers. De onderzoeksmethode was zodanig gekozen dat het RML niet louter een ‘reproductie van visies en meningen van de gevestigde medische elite’ zou worden, een fenomeen dat al eerder was beschreven als kenmerkend binnen de medische beroepsgroep (Reeves e.a., 2009; Wright Mills, 2000). Aan de basis van het onderzoeksontwerp stond de *Grounded Theory*-benadering (Glaser & Strauss, 1967). Naast systematisch literatuuronderzoek (zowel wetenschappelijke als ‘grijze’ literatuur) werden bijna honderd uur aan diepte-interviews en focusgroepen gehouden met een representatieve groep Nederlandse artsen (n=31) uit verschillende disciplines. Daarna zijn deze

getranscribeerd en gecodeerd. Het concept voor het Raamwerk, dat op basis van een grondige analyse van de ruim 1500 unieke codes resulteerde, werd vervolgens door middel van een online-survey en drie focusgroep-bijeenkomsten voorgelegd aan ruim honderd andere artsen uit alle mogelijke geledingen van de Nederlandse zorg. In deze fase werd tevens het tussenresultaat vergeleken met buitenlandse competentieprofielen (Spurgeon e.a., 2011; Dickson & Tholl, 2014). Na een uitvoerig redactioneel proces resulteerde dit medio 2015 in een Nederlands instrument dat kan worden gebruikt bij de leiderschapsontwikkeling van Nederlandse artsen in alle verschillende specialismen en werksituaties. Het RML is onderverdeeld in de twaalf competentiedomeinen van figuur 1, met in ieder domein ten minste vier competenties (zie kader ‘Raamwerk Medisch Leiderschap 1.0’).

## RAAMWERK MEDISCH LEIDERSCHAP 1.0

### Definitie

Medisch leiderschap is het geheel aan leiderschaps-competenties van de individuele arts, tot uiting komend in vijf deelgebieden:

1. Een visie ontwikkelen, uitdragen en realiseren
2. Verbeteren van kwaliteit van zorg
3. Persoonlijke houding en gedrag (in praktijk brengen)
4. Besluiten nemen in en overzicht houden op (zorg) processen

Samenwerken, coachen en aansturen ten behoeve van de Nederlandse gezondheidszorg

### Twaalf competentiedomeinen

De twaalf competentiedomeinen van het RML 1.0 worden hieronder weergegeven. De volledige RML-tekst (inclusief vier competenties per domein) is te vinden op [www.platformmedischleiderschap.nl](http://www.platformmedischleiderschap.nl)

#### 1. Leiden vanuit visie

Onderkent het belang van zowel een persoonlijke als een gemeenschappelijke, met anderen gedeelde visie.

## 2. Persoonlijke ontwikkeling

Onderkent het belang van voortdurende en optimale ontwikkeling van eigen kennis, houding en gedrag.

## 3. Voorbeeldgedrag

Is zich bewust van de impact die houding en gedrag kunnen hebben op anderen en van de noodzaak om hier aandacht aan te geven.

## 4. Zichtbaarheid

Weet dat het belangrijk is om als arts beschikbaar en zichtbaar te zijn in verschillende functies en rollen.

## 5. Verantwoordelijkheid nemen

Is zich bewust van een dubbele verantwoordelijkheid: (a) de gedeelde verantwoordelijkheid voor het zorgproces en (b) de voorbehouden eindverantwoordelijkheid voor het geneeskundige proces.

## 6. Invloed uitoefenen

Weet welke mogelijkheden artsen hebben om op verschillende niveaus (zoals werkvloer en management, binnen en buiten eigen vakgebied, internationaal en nationaal) invloed uit te oefenen, in het belang van bijvoorbeeld patiënten, mantelzorgers, andere (zorg) professionals, organisaties en maatschappij.

## 7. Coachen en aansturen van individuen

Onderkent de formele en informele coachende en aansturende rol die artsen hebben ten opzichte van anderen in opleiding, werkzaam in een andere discipline of met een andere werkervaring.

## 8. Verbinden

Onderkent het belang van het bevorderen van samenwerking met patiënten, collega's en anderen, onder andere in multidisciplinaire team-, keten- en netwerkverbanden.

## 9. Organiseren

Is zich bewust van de rol en de invloed van artsen op een effectieve organisatie van zorg en zorgprocessen.

## 10. Verbeteren van zorgkwaliteit

Onderkent de invloed van artsen op het bestendigen en verbeteren van zorgkwaliteit, kwaliteitsbeleid en kwaliteitsmanagement.

## 11. Duurzaam inzetten van middelen

Onderkent het belang van verantwoorde financiering, bekostiging en budgettering in de gezondheidszorg.

## 12. Ondernemen en innoveren

Onderkent het belang van innovaties en ontwikkelingen: zowel medisch-inhoudelijk als daarbuiten.

# DE MEDISCHE GEMEENSCHAP: EEN LOGGE MAMMOETTANKER ALS HET GAAT OM VERANDERING

Grofweg strekken de RML-competenties zich uit over de drie dimensies van de dagelijkse context van de medicus practicus: de arts zelf, anderen en de samenleving. Het Raamwerk is niet de zoveelste nieuwe *checklist* voor artsen waaraan de medicus dient te voldoen, maar is op de eerste plaats een handvat voor de individuele arts – ongeacht het specifieke werkterrein of specialisme. Gezien de verschillen in de dagelijkse beroepspraktijk zullen bij een nadere uitwerking van medisch leiderschap per medisch specialisme vermoedelijk ook specifieke eigen accenten per specialisme worden geformuleerd. Het tweede doel van het RML is dan ook om te dienen als de basis voor een 'vertaling' naar de specifieke context van de bijna vijftig verschillende medisch specialismen: een proces van nadere verdieping door artsen binnen de betreffende specialistische beroepsorganisaties. Ten derde biedt het Raamwerk de basis voor vervolgonderzoek, onder meer ten behoeve van de verdere ontwikkeling van hoogwaardige (meet)instrumenten voor effectieve (medische) leiderschapsontwikkeling.

### **Te nemen hobbels**

Het RML biedt, ondanks het draagvlak ervoor binnen medisch Nederland, geen vast protocol. Eerdere ervaringen buiten Nederland laten zien dat leiderschapsontwikkeling in de medische (vervolg)opleidingen een proces van jaren vergt (Dickson & Tholl, 2014), dat in de regel

zonder checklijsten verloopt, en zeker niet automatisch. Leiderschapsontwikkeling in bredere zin vergt aandacht, tijd en middelen van beroeps- en belangenorganisaties, individuele artsen en andere belanghebbenden. Vergelijkbare eerdere ervaringen leren ook dat de toevoeging van effectief leiderschap aan het instrumentarium van de arts een mentaliteitsverandering vereist. De ontwikkeling van leiderschapscompetenties gaat immers hand in hand met persoonlijke ontwikkeling. Dit is een proces dat per individu steeds eigen karakteristieken en een eigen beloop kent en niet zelden ook weerstand oproept (Horton, 2015). Bovendien staat ook de begeleiding van jonge artsen bij de ontwikkeling van leiderschap nog in de kinderschoenen, niet in het laatst omdat hun opleiders zelf zijn opgeleid *zonder* kaders voor medisch leiderschap en *zonder* de beschikking te hebben gehad over bewezen nuttige ontwikkelinstrumenten op dit gebied. Vernieuwingen en verbeteringen binnen de medische beroepsgroep zijn ook vaak gebaseerd op interpersoonlijke beïnvloeding (o.a. Witman, 2008) en als het gaat om verandering beschrijven sommigen de medische beroepsgroep ook wel als een ‘mammoettanker’ (Ploch e.a., 2012).

De vergelijking met een mammoettanker is begrijpelijk. De medische beroepsgroep heeft in haar lange geschiedenis een zelfreinigend en zelfregulerend vermogen opgebouwd, in de afgelopen decennia voornamelijk gebaseerd op wetenschappelijke zekerheden (*evidence based medicine*). Tegelijkertijd kent de beroepsgroep een sterke, soms zelfs overtrokken, mate van autonomie, status en onafhankelijkheid. Bovendien: medische diagnose, behandeling en de relatie arts-patiënt (strikt voorbehouden aan artsen) hebben vaak een bijna mythisch gehalte. Onbewust of bewust kunnen deze ‘hoekstenen’ van het vak worden ingezet als tegenkracht tegen kritiek of verandering – overigens zeker niet altijd onterecht, want de toenemende verantwoordingsdruk, financieringsherzieningen en kwaliteitswetgeving staan vaak haaks op de professionele bewegingsvrijheid en dus effectiviteit van de arts (Giard, 2010). Hoewel eindverantwoordelijk voor het geneeskundige proces, dreigt de arts vaak verstrikt te raken in ‘lood om oud ijzer’-herzienin-

gen van allerlei structuren en regelgeving (Hendriks e.a., 2015) en kan dan in de verleiding komen zich daartegen te verzetten met een beroep op de eigen unieke positie. Door dat – op zich begrijpelijke – verzet kan het relatief besloten zelfregulerend vermogen van de arts echter wel een obstakel vormen voor verbeteringen in de dagelijkse praktijk.

## HOE NU VERDER?

Hoewel recentelijk een beweging op gang lijkt te zijn gekomen en de eerste voorzichtige stappen zijn gezet, en dat in een vanouds conservatieve context, is medisch leiderschap in Nederland nog lang niet waar het zou moeten zijn. KNMG’s ‘Jaar van Medisch Leiderschap’ is weliswaar al voorbij, maar zonder dat zich opmerkelijke veranderingen hebben voorgedaan. Gegeven de snel groeiende variëteit aan geuite behoeften van patiënten, kunnen artsen de roep om effectief medisch leiderschap echter niet naast zich neerleggen. Veel artsen lijken aanvullende ondersteuning te kunnen gebruiken om zich, zowel collectief als individueel, verder te ontwikkelen op een voor velen van hen volstrekt nieuw gebied. In een tijd waarin ‘continu verbeteren’ ook de gezondheidszorg aan het veroveren is, is de stap naar effectief medisch leiderschap heel probaat. Bovendien valt daarbij veel te leren van een aanzwellende hoeveelheid buitenlands werk op dit gebied.

## Kosten voor de baat

In de huidige medische opleiding en training komt leiderschapsontwikkeling nagenoeg niet aan bod. In hoeverre kan een toch al zwaar en langdurig opleidings-traject worden aangevuld met nog meer modules? Ervaringen elders laten zien dat macro-investeringen nodig zijn om de aansluiting van de medische beroepsgroep bij de patiëntverwachtingen anno nu te bevorderen (Dickson & Tholl, 2014). Hervormingen van medisch onderwijs, mede op basis van onderzoek, zijn daarin fundamenteel. Dit vraagt naast financiële middelen, ook geduld, tijd en ... leiderschapsexpertise.

## ICT IN DE ZORG DWINGT ARTSEN OM HUN ROL EN FUNCTIE OPNIEUW TE OVERWEGEN

## Managers en artsen

Een gerelateerd relevant onderwerp is de (niet zelden gebrekkige) samenwerking tussen managers en artsen. Uitgaande van een gemeenschappelijk doel (optimale zorg), zijn beide typen professionals in principe complementair aan elkaar. Toch bestaat er dikwijls een kloof tussen zorgmanagers/bestuurders en artsen die niet zelden leidt tot conflicten, schaakmatsituaties of erger (Klopper-Kes, 2011). Veel managers in de zorg worstelen met de vraag hoe zij artsen kunnen betrekken, terwijl artsen vaak het gevoel hebben dat zij te weinig worden betrokken, onder meer bij proceswijzigingen in zorgorganisaties (Reinertsen e.a., 2007). Managers en bestuurders in de zorg maken relatief vaker en intensiever leiderschapontwikkeling mee dan hun medische collega's. De komst van het RML biedt een onderbouwde kader om artsen en managers in een meer effectieve dialoog met elkaar te brengen. Zorgorganisaties en zorgregio's, waar managers en artsen met elkaar goed in gesprek raken over de vraag hoe zij de zorg gezamenlijk beter kunnen organiseren, dienen uiteraard ook zelf na te gaan wat voor hen de meest effectieve (medische) leiderschapsprincipes zijn. Het RML zou in die ontwikkeling ook behulpzaam moeten zijn.

## Leiderschap als gemeengoed

Het duurzaam optimaliseren van een medische cultuur die continu gericht is op patiëntgericht verbeteren, vergt een systemische aanpak (Haerkens e.a., 2012). Leiderschapontwikkeling van artsen is daarbij – niet verrassend – een van de sleutels (Keijser, 2016). Artsen en managers die, ongeacht soms sterk uiteenlopende belangen, in dialoog met elkaar zijn en blijven, kunnen interdisciplinaire samenwerking in de regio en organisatie naar hogere niveaus tillen. De weg naar dit perspectief is voor vele verbanden in de gezondheidszorg nog lang. Alleen al het weerstaan van het lonkende excuus van de 'waan van de dag' (te druk, geen tijd en dergelijke) vergt leiderschap. Tijd, geduld, aandacht en respectvolle wederkerigheid vormen dan ook de voedingsbodem voor het ontwikkelen van effectief leiderschap in de zorg – ook voor artsen.

## Literatuur

- Borrill, C., M. West, D. Shapiro & A. Rees (2000). Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*, 6(8), pp. 364-371.
- Busari J. & F. Scheele (2015). Generatieverschillen relevant voor de Nederlandse Specialistenopleiding. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 159, A8900.
- CanMEDS (Dath, D., M.K. Chan & C. Abbott) (2015). *From manager to leader*, Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Detsky, A.S., S.R. Gauthier & V.R. Fuchs (2012). Specialization in medicine? How much is appropriate? *Journal of the American Medical Association*, 307(5), pp. 463-4.
- Dickson, G. & W. Tholl (2014). *Bringing leadership to life in health: LEADS in a caring environment*. Londen: Springer.
- Dückers, M.L., C. Wagner, L. Vos & P.P. Groenewegen (2011). Understanding organisational development, sustainability, and diffusion of innovations within hospitals participating in a multilevel quality collaborative. *Implementation Science*, 6(1), p. 18.
- Francis, R. (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation trust public inquiry*. Londen: The Stationery Office.
- Giard, R.M.W. (2010). Klagen over bureaucratie in de zorg? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154; A1357.
- Glaser, B., & A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goldacre M, J. Evans & T. Lambert (2003). Media criticism of doctors: review of UK junior doctors' concerns raised in surveys. *BMJ*, 326, pp. 629-30.
- Haerkens, M.H., D.H. Jenkins & J.G. van der Hoeven (2012). Crew resource management in the ICU: The need for culture change. *Annals of Intensive Care*, 2(1), pp. 22-39.
- Hendriks, P., S. van den Buijs, J. Kan & M. Donner (2015). *Help! de dokter ....* Uitgave van 'Het Roer Moet Om', actiecomité van bezorgde huisartsen. Zie: <http://www.hetroermoetom.nu/pdf/Help-de-dokter.pdf> - geraadpleegd dd 1 september 2015).
- Horton, R. (2015). Medical leadership: From inspection to inspiration. *The Lancet*, 386, p. 120.
- IGZ (2006). *Een tekortschietend zorgproces*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IHI. (2010). Triple Aim – Concept Design. <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Documents/ConceptDesign.pdf> - geraadpleegd op 1 september 2015.

## ONTWIKKELEN VAN LEIDERSCHAPS-COMPETENTIES GAAT HAND IN HAND MET ONTWIKKELING OP PERSOONLIJK VLAK



- Jorm, C. & M. Parker (2015). Medical leadership is the new black: or is it? *Australian Health Review*, 39(2), pp. 217-9.
- Keijser, W.A. (2014). Clinical governance en een cultuur continu gericht op verbeteren. In: Hammelburg, R., J.W. Lubbers & A.P. Nauta (red.) (2014). *Veranderende samenwerking in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pp.113-120.
- Keijser, W.A. (2016). TeamSTEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety In: Glaudemans, A., R. Dierckx, J. Medema & A. van Zanten (red.) (2016). *Quality in Nuclear Medicine*. Berlin: Springer Verlag. In Press.
- Keijser, W.A., J. Smits, L. Penterman & C. Wilderom (2016) Physician leadership in e-health? A literature review, *Leadership in Health Services*, 29(3). In Press.
- Klopper-Kes, H. (2011). *Mind the gap: Assessing cooperation between physicians and managers and its association with hospital performance*. Enschede: Universiteit Twente. [proefschrift]
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2014). Dokters 'in the lead', maar hoe? *Medisch Contact*, 12, p. 619.
- Lange, J.L., C. Dekker-van Doorn, M. Haerkens & J. Klein (2011). Veiligheidscultuur in het ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155(19), A2253.
- Plochg, T., J. Keijsers & M. Levi (2012). De 'multimorbideitsdokter' heeft de toekomst. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 156(43), A5515.
- Prins J. (2009). *Burnout among Dutch medical residents*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. [proefschrift]
- Reeves, S., A. Fox & B. Hodges (2009). The competency movement in the health professions: Ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice? *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), pp. 451-453.
- Reinertsen, J.L., A.G. Gosfield, W. Rupp & J.W. Whittington (2007). *Engaging physicians in a shared quality agenda*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement.
- Shipton, H., C. Armstrong, M. West & J. Dawson (2008). The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), pp. 439-445.
- Spurgeon, P., J. Clark & C. Ham (2011). *Medical leadership: From the dark side to centre stage*. Londen: Radcliffe Publishing Ltd.
- Spurgeon, P., P. Mazelan & F. Barwell (2012). Why physician involvement can inspire higher performing healthcare. *Health Services Journal*. Verkregen via: <http://www.hsj.co.uk/resource-centre/leadership/whyphysician-involvement-can-inspire-higher-performing-health-care/5046587.article>.
- Tallis, R. (2005). *Hippocratic oaths: Medicine and its discontents*. Londen: Atlantic Books, p. 342.
- Ubbink, D., N. Papadopoulos & D. Legemate (2014). Slimme ziekenhuiszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158(22), A6957.
- Van Schaik, A., S. Kleijn, A. van der Veldt & W. van Tilburg (2010). Te veel dokters kiezen de dood. *Medisch Contact*, 25, pp. 1218-20.
- Vandenbroucke, J. (1998). Leidinggeven aan een klinische afdeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142(51), pp. 2803-5.
- Voogt, J.J., E. van Rensen, M. Noordegraaf & M. Schneider (2015). Medisch leiderschap ontrafeld. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 159(39), A9123.
- Wagner, C., M. Smits, I. van Wagtenonk, L. Zwaan, S. Lubberding, H. Merten & D.R.M. Timmermans (2008). *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen: een systematische analyse met PRISMA op afdelingen spoedeisende hulp, chirurgie en interne geneeskunde*. Amsterdam: EMGO Instituut.
- West, M., K. Armit, L. Loewenthal, R. Eckert, T. West & A. Lee (2015). *Leadership and leadership development in healthcare: The evidence base*. London: Faculty of Medical Leadership and Management.
- Witman, Y. (2008). *De medicus maatgevend: Over leiderschap en habitus*. Rotterdam: Erasmus Universiteit (proefschrift).
- Wright Mills, C. (2000, nieuwe editie). *The power elite*. New York: Oxford University Press.

#### Over de auteurs

Drs. W.A. Keijser (wouter@keijser.com) is arts-onderzoeker aan de Universiteit Twente en voorzitter van de onderzoeksgroep RML. Hij begeleidt transformatieprocessen in gezondheidsorganisaties met specifieke aandacht voor interdisciplinaire samenwerking, medisch leiderschap en e-health. Prof. dr. C.P.M. Wilderom (c.p.m.wilderom@utwente.nl) is hoogleraar Change Management & Organisational Behavior, Universiteit Twente, Faculty of Behavioural Management and Social Sciences. Zij legt zich toe op onderzoek naar organisatieverandering en effectief leiderschap in velerlei verband. Dit artikel is geschreven op basis van de persoonlijke visies van de auteurs.

