

# Vormgeving van De Medische Staf in de Geestelijke Gezondheidszorg



Michiel van den Oever  
MSc, psychiater



Thesis ter afronding van de Master of Health Business Administration, Erasmus Universiteit Rotterdam

Thesis begeleider : Ir. H. (Hemmo) Huijsmans

Meelezer Erasmus Centrum voor Zorgbestuur : dr. Lizette van Veen-Berkx

2<sup>e</sup> beoordelaar : Prof. Dr. P. (Pauline) Meurs

Mei 2020

Michiel van den Oever  
mrhvandenoever@gmail.com

## Voorwoord

Met deze thesis rond ik een tweejarige MHBA af. En bij afronden is het tijd voor een kleine terugblik. Het is een wervelende periode geweest, waarin ik de kans heb gekregen om me op een ongelooflijke manier te ontwikkelen, niet eerder heb ik zoveel geleerd in zo'n korte tijd. Een kans waar ik dankbaar voor ben.

Deze thesis ligt dicht bij mij als persoon: ik ben zelf psychiater en ik ben trots op mijn werk en ik vind dat wij dat als beroepsgroep ook moeten uitstralen. Ik ben altijd benieuwd geweest naar het grotere verhaal en ik denk dat wij als psychiaters, als we ons erin verdiepen, van nog grotere waarde kunnen zijn.

Dank aan mijn werkgevers die mij de ruimte en kans hebben gegeven om deze opleiding te doen. Dank ook aan de collega's die mij regelmatig hebben waargenomen als ik schrijfdagen had ingepland.

Dank ook aan de opleidingsgroep, waarmee ik regelmatig gelachen heb, serieuze discussies gevoerd en soms laat bleef hangen in Villa Heidebad en een knalfeest mee heb gevierd. Specifiek grote dank aan Marieke Boele van Hensbroek, mijn maatje, waarmee ik veel interesses deel, waarvan de belangrijkste is: Een onvoorwaardelijke liefde voor de sociale en acute psychiatrie. We hebben elkaar op een geweldige manier door de studie heen geholpen en elkaar uitgedaagd om boven onszelf uit te stijgen, onszelf te bekijken en tonen aan elkaar. En daarnaast ook gewoon goede gesprekken en een biertje aan de bar.

Bedankt aan alle mensen die me geholpen hebben met deze thesis en op hun eigen manier kleine of grote dingen hebben bijgedragen aan het onderwerp.

Arien Storm, jij ging me voor qua MHBA en hebt me gestimuleerd om de opleiding te gaan doen. Bij het brainstormen over de thesis heb je me goede ideeën aan de hand gedaan. Dank je wel daarvoor! Ik hoop dat we elkaar regelmatig blijven treffen, gewoon om even bij te praten en leuke ideeën uit te wisselen.

Hemmo Huijsmans, dank je wel voor de goede begeleiding! Het was vanwege de afstand even zoeken, maar telefonisch en per mail heb je me steeds weer geholpen om de grote lijn vast te houden en gestimuleerd om steeds concreter te worden. Je kritische opmerkingen hebben deze thesis sterk verbeterd. En je vriendelijke toon maakte het makkelijk om naar je te luisteren.

Dank aan mijn ouders die extra bijsprongen op onderwijsdagen en waar ik af en toe even stoom kon afblazen. Ik ben blij met jullie!

En tot slot grote dank aan mijn gezin. Silke, Aimée en Reijer, die hun vader urenlang zagen typen op de laptop en niet gingen zeuren, ook niet als ze graag Minecraft wilden spelen op de gezinslaptop die ik had geconfisqueerd. Kinderen die lief voor me waren als ik moe was, maar me ook regelmatig deden beseffen dat thuis 'het echte leven' is en de rest bijzaak. En ik eindig mijn dank bij mijn grote liefde Christina. Ze houdt niet van aandacht, maar daar trek ik me nu even niets van aan. Toen ik het plan kreeg om een MBA te doen ben ik bij jou begonnen en toen jij erachter stond wist ik dat het zou lukken. Ik heb me gehouden aan je voorwaarde en je niet 'lastig gevallen' met de studie. Je hebt me de afgelopen twee jaren talloze keren geholpen met kleine en grote dingen, waardoor het eigenlijk als vanzelf ging. En dat is ook precies waarom ik zoveel van je hou: alles gaat als vanzelf en dat is heel bijzonder.

## Inhoudsopgave

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Voorwoord .....                                                                               | 2  |
| Management samenvatting .....                                                                 | 6  |
| Management summary.....                                                                       | 7  |
| Hoofdstuk 1: Inleiding en onderzoeksmodel .....                                               | 8  |
| 1.1 Aanleiding .....                                                                          | 8  |
| 1.1.1 Maatschappelijke relevantie .....                                                       | 8  |
| 1.1.2 Praktijkrelevantie .....                                                                | 9  |
| 1.1.3 Wetenschappelijke relevantie.....                                                       | 10 |
| 1.1.4 Persoonlijke relevantie .....                                                           | 10 |
| 1.2 Probleemstelling, doelstelling en vraagstellingen .....                                   | 11 |
| 1.2.1 Probleemstelling.....                                                                   | 11 |
| 1.2.2 Doelstellingen.....                                                                     | 11 |
| 1.2.3 Vraagstellingen.....                                                                    | 11 |
| 1.3 Leeswijzer .....                                                                          | 12 |
| Hoofdstuk 2: Methoden .....                                                                   | 13 |
| 2.1 Onderzoeksstrategie .....                                                                 | 13 |
| 2.2 Onderzoeksmodel .....                                                                     | 13 |
| 2.2.1 Literatuurstudie .....                                                                  | 14 |
| 2.2.2 Open interviews .....                                                                   | 14 |
| 2.2.3 Eerste theoretisch model.....                                                           | 15 |
| 2.2.4 Semigestructureerde interviews .....                                                    | 16 |
| 2.2.5 Tweede theoretisch model .....                                                          | 17 |
| 2.3 Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid .....                                        | 17 |
| 2.3.1 Validiteit.....                                                                         | 17 |
| 2.3.2 Betrouwbaarheid.....                                                                    | 19 |
| 2.3.3 Bruikbaarheid.....                                                                      | 19 |
| 2.4 Afbakening.....                                                                           | 19 |
| Hoofdstuk 3: Theoretisch kader .....                                                          | 21 |
| 3.1 Inleiding .....                                                                           | 21 |
| 3.2 Veranderingen in ziekenhuizen, de GGZ en governance.....                                  | 21 |
| 3.2.1 De rol van de Medische Staf in algemene ziekenhuizen in de (recente) geschiedenis. .... | 21 |
| 3.2.2 Ontwikkelingen in de GGZ .....                                                          | 23 |
| 3.2.3 Ontwikkeling van de Governancecode Zorg .....                                           | 24 |
| 3.2.4 Vormen van governance in de zorg.....                                                   | 25 |

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| 3.3 Dokters en management .....                                     | 27 |
| 3.3.1 Medisch management .....                                      | 27 |
| 3.3.2 Medisch Leiderschap .....                                     | 28 |
| 3.4 De rol van de Medische Staf in de GGZ .....                     | 31 |
| 3.4.1 Structuren in GGZ-instellingen.....                           | 31 |
| 3.4.2 Medische Staf in de GGZ.....                                  | 32 |
| 3.5 Veranderkundige modellen .....                                  | 33 |
| 3.6 Resultaten literatuuronderzoek .....                            | 34 |
| Hoofdstuk 4: Resultaten vooronderzoek .....                         | 36 |
| 4.1 Inleiding .....                                                 | 36 |
| 4.2 Opbrengst open interviews .....                                 | 36 |
| 4.3 Toegevoegde waarde van een Medische Staf .....                  | 36 |
| 4.4 Besturingsfilosofie.....                                        | 37 |
| 4.5 Positionering van de Medische Staf .....                        | 38 |
| 4.6 Structuur.....                                                  | 38 |
| 4.7 Rollen en competenties van een Medische Staf .....              | 39 |
| 4.8 Cultuur en gedrag.....                                          | 39 |
| 4.9 Onderlinge samenhang, volgordelijkheid en cyclisch .....        | 40 |
| 4.10 Conclusie.....                                                 | 40 |
| Hoofdstuk 5: Resultaten van de semigestructureerde interviews ..... | 42 |
| 5.1 Inleiding .....                                                 | 42 |
| 5.2 Algemene uitkomsten data-analyse.....                           | 42 |
| 5.3 Kwalitatieve uitkomsten .....                                   | 44 |
| 5.3.1 Resultaten concept “toegevoegde waarde” .....                 | 44 |
| 5.3.2 Resultaten concept “Besturingsfilosofie” .....                | 46 |
| 5.3.3 Resultaten concept “Positionering” .....                      | 48 |
| 5.3.4 Resultaten concept “Structuur” .....                          | 53 |
| 5.3.5 Resultaten concept “Rollen en competenties” .....             | 55 |
| 5.3.6 Resultaten concept “Cultuur en gedrag” .....                  | 58 |
| 5.3.7 Resultaten aangaande theoretisch model .....                  | 61 |
| Hoofdstuk 6: Conclusie .....                                        | 63 |
| 6.1 Inleiding .....                                                 | 63 |
| 6.2 Antwoorden op de deelvragen .....                               | 63 |
| 6.3 Beantwoording van de hoofdvraag.....                            | 65 |
| 6.4 Conclusie.....                                                  | 69 |
| Hoofdstuk 7: Discussie .....                                        | 72 |

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| 7.1 Beperkingen .....                                       | 72 |
| 7.2 Aanbevelingen praktijk.....                             | 73 |
| 7.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek.....                     | 74 |
| 7.4 Reflectie .....                                         | 75 |
| Bijlage 1: CAO-GGZ, relevante artikelen Medische Staf ..... | 77 |
| Bijlage 2: Vragenlijsten diepteinterviews.....              | 78 |
| Bijlage 3: Overzicht codes na eerste analyse .....          | 81 |
| Bijlage 4: Overzicht alle respondenten .....                | 85 |
| Bibliografie .....                                          | 86 |

## Management samenvatting

### Achtergrond

In de CAO-GGZ 2019 – 2021 is opgenomen dat inspraak door psychiaters in het beleid van de GGZ-instelling moet worden geregeld door het instellen van een Medische Staf. Daarmee is op een krachtige manier een grote verandering in werking gezet. Wat precies een Medische Staf is, hoe de Medische Staf moet functioneren en wat de Medische Staf precies moet doen staat niet omschreven. De vraag: “Maar hoe dan?” is de basis van deze thesis.

### Onderzoeksmethode

Als hoofdvraag werd gesteld: “Welke aspecten spelen een rol bij de vormgeving van een Medische Staf in GGZ-instellingen?”. Er werd gekozen voor explorerend, kwalitatief onderzoek in de vorm van gefundeerde theoriebenadering. Aan de hand van een literatuuronderzoek, open interviews en semigestructureerde interviews werden de aspecten die een rol spelen in een theorie geplaatst met een bijbehorend theoretisch model.

### Resultaten

Aan de hand van literatuuronderzoek en open interviews werden door middel van ‘sensitizing concepts’ een zestal aspecten geïdentificeerd die van belang zijn bij het oprichten en inbedden van een Medische Staf in GGZ-instellingen, te weten: “toegevoegde waarde”, “besturingsfilosofie”, “positionering”, “structuur”, “rollen/competenties” en “cultuur/gedrag”.

In het vervolgonderzoek zijn deze aspecten verder onderzocht middels semigestructureerde interviews. Ook het model werd getoetst. De aspecten die gevonden zijn bleken belangrijk te zijn en er bleek ook een samenhang te bestaan. Dat is weergegeven in een tweede theoretisch model.

### Conclusies

Conclusie van het onderzoek is dat de bovenstaande aspecten van grote invloed zijn op het oprichten en inbedden van de Medische Staf in GGZ-instellingen. Door het model te gebruiken is er aandacht voor verschillende aspecten die van belang zijn om de Medische Staf goed te laten draaien. Het model is daarmee bruikbaar als overzicht van gespreksonderwerpen en om te bepalen op welke aspecten nog geïnvesteerd moet worden.

### Aanbevelingen

Uit het onderzoek blijkt ook dat psychiaters en bestuurders aan zet zijn om de inspraak op een goede manier te regelen. Psychiaters, door het ontwikkelen van een overstijgende blik, zelforganisatie, het nadenken over hun toegevoegde waarde en hun positionering ten opzichte van andere gremia en externe netwerkpartners. Voor organisaties ligt er de verantwoordelijkheid om ruimte te geven, goed te luisteren en de Medische Staf te ondersteunen waar mogelijk.

## Management summary

### Background

In the Mental Health CAO (collective agreements) 2019 – 2021 it was agreed that the voice of the psychiatrists in their organization must be heard by establishing a Medical Staff. With that agreement a powerful change has been started. The collective agreements do not say what a Medical Staff is exactly, or what it should do. The question : “Ok.. but how?” is the basis of this master thesis.

### Methods

The main question is: “Which aspects play a part in shaping a Medical Staff in Mental Health Institutions?”. Grounded theory approach was the method of choice in this explorative, qualitative research. By doing a literature search, open interviews and semi-structured interviews, the relevant aspects were found and placed in a theory and an accompanying theoretical model.

### Results

Sensitizing concepts were identified by doing literature research and open interviews. Six aspects were identified that are important for shaping a Medical Staff in Mental Health Institutions. The aspects are: “added value”, “governance philosophy”, “positioning”, “structure”, “roles/competencies”, “culture/behaviour”.

In a follow-up research these aspects were further explored by means of semi-structured interviews. Also the theoretical model was tested. The aspects found were recognized to be important and consistent. A second theoretical model was made to express this.

### Conclusions

The conclusion of this research is that the abovementioned aspects are influential in the process of creating and implementing a Medical Staff in a Mental Health Institution. By using this model enough attention is given to each different aspect, which is important to have a functioning Medical Staff. The model is usable as an outline of topics to talk about and to determine which aspects need further attention.

### Recommendations

The research shows that psychiatrist and board members should make a move to make the voice of the psychiatrists in the Mental Health Institutions heard. Psychiatrists, by developing a transcendent view of the organization; self-organisation; thinking about their added value to the organization and their positioning relative to other forums inside and outside the organization. Organisations have the responsibility to give room to the professionals, listen well and support the Medical Staff where and when possible.

# Hoofdstuk 1: Inleiding en onderzoeksmodel

## 1.1 Aanleiding

In de paragrafen hieronder worden de maatschappelijke relevantie, de praktijkrelevantie, de wetenschappelijke relevantie en mijn persoonlijke relevantie uiteen gezet. Tezamen vormen ze de aanleiding voor het onderzoek.

### 1.1.1 Maatschappelijke relevantie

In de GGZ is al langere tijd problematiek dat de wachtlijsten, met name bij complexe zorg, te lang zijn (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019). Een van de redenen is dat er capaciteitsproblemen zijn doordat er te weinig psychiaters zijn.

GGZ-instellingen kampen met de uitstroom van psychiaters en veel onvervulde vacatures. Er is sprake van ontevredenheid bij psychiaters. Dat blijkt uit meest recente Arbeidsmarktonderzoek (Joldersma, 2019), uitgevoerd door de NVvP en de LAD. De belangrijkste factor voor psychiaters om te willen werken in GGZ-instellingen is bevlogenheid en deze wordt sterk beïnvloed door een aantal factoren. Een van de belangrijkste redenen om niet meer in loondienst voor een GGZ-instelling te willen werken is het gebrek aan invloed op het beleid en de inhoud van het werk. En dat maakt dat er de afgelopen jaren een uittocht is van psychiaters die zichzelf weer als ZZP laten inhuren door de GGZ-instellingen (Joldersma, 2019). De ZZP-psychiaters zijn vanwege de tijdelijkheid van contracten niet een structurele oplossing voor het grote aantal vacatures en de wachtlijsten. Ze vertrekken vanuit onvrede die voortkomt uit een gevoel van te weinig betrokkenheid bij de organisatie en niet serieus genomen te worden (Joldersma, 2019).

In de nieuwe CAO-GGZ 2019-2021 is vastgesteld dat elke GGZ-instelling per 1 januari 2020 een Medische Staf moet hebben (GGZ Nederland, 2019). Dat is een direct gevolg van inspanningen van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de belangenvereniging van artsen die in dienstverband werken, en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de beroepsvereniging voor psychiaters, gesteund door de gezamenlijke actie “De psychiater is een medisch specialist”, waarin meerdere psychiaters hebben aangegeven een Medische Staf te willen in hun instelling. De stelling van de actiegroep, zoals weergegeven op de website <https://www.depsychiateriseenmedischspecialist.nl/> is:

---

“Drie op de tien psychiaters in loondienst in GGZ-instellingen overwegen als zzp'er te gaan werken. Een van de redenen is het gebrek aan inspraak dat ze hebben binnen hun instelling. Ze worden niet betrokken bij strategische beslissingen en worden voor hun gevoel niet serieus genomen. De Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, de Federatie Medisch Specialisten, werknemersorganisatie FBZ en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) willen daarom dat er in iedere GGZ-instelling een Medische Staf of een vergelijkbaar orgaan komt, dat op reguliere basis overleg heeft met de Raad van Bestuur.”

---

Binnen deze context komt dan ook de vraag bij het oprichten en inbedden van een Medische Staf in GGZ-instellingen “hoe dan?” Dat is de probleemstelling van deze thesis. Als de medische staf goed wordt opgericht en ingebed, dan is de inspraak goed geregeld en worden psychiaters serieus genomen. De verwachting is dat de bevlogenheid toeneemt en dat de onvrede afneemt. En dat er psychiaters

minder psychiaters vertrekken uit GGZ-instellingen. En dat heeft mogelijk een gunstig effect op wachtlijsten.

Deze thesis onderzoekt de Medische Staf als inspraakorgaan in GGZ-instellingen. Gezien het bovenstaande lijkt het aannemelijk dat door het goed organiseren van inspraak voor psychiaters in het beleid, de bevlogenheid gaat toenemen, wat mogelijk weer een positief effect heeft op de arbeidsmarkt voor psychiaters en het verminderen van de wachttijden in GGZ-instellingen.

### 1.1.2 Praktijkrelevantie

Hoewel er in veel instellingen al een vorm van inspraak bestaat, is dit nu in de nieuwe CAO-GGZ (2019-2021) geformaliseerd.

---

#### *“Artikel 15 Medische Staf*

*Elke GGZ-organisatie -die gespecialiseerde GGZ levert- organiseert een georganiseerde vorm van inspraak van medisch specialisten (verder te noemen een Medische Staf) conform de ‘Regeling inspraak Medisch Specialististen’ zoals in bijlage XIV is opgenomen.” – CAO-GGZ 2019-2021*

---

Zowel uit contacten van mijn eigen netwerk, als uit uitingen in de media of social media blijkt dat veel instellingen zoeken naar de juiste inrichting van de Medische Staf. Vanuit de NVVP is een oproep gedaan tot het oprichten van een groep psychiaters die de vorderingen in kaart brengt. Ook GGZ Nederland heeft een enquête uitgezet om de vorderingen te volgen. Beide initiatieven lijken echter op dit moment tot stilstand te zijn gekomen. Er is een positioneringsnota (Federatie Medisch Specialististen, 2019) geschreven, met daarin belangrijke punten ten aanzien van het inrichten van de Medische Staf is een toolkit (Federatie Medisch Specialististen en LAD, 2017) gemaakt door de FMS, waarin informatie staat. Deze toolkit bestaat uit 8 stappen:

1. Organiseer collega's
2. Bepaal doel
3. Bepaal toegevoegde waarde voor het bestuur
4. Bepaal toegevoegde waarde voor de psychiater
5. Zorg voor draagvlak en mandaat
6. Betrek raad van bestuur bij oprichting
7. Formaliseer de vereniging
8. Bepaal onderwerpen van overleg en stel overeenkomst met de raad van bestuur op

Er wordt in de toolkit vrijwel niet ingegaan op de achtergrond van deze stappen, het “hoe” en welke overwegingen er zijn. Mogelijk zijn er nog veel meer belangrijke stappen in dit proces en de stappen kunnen mogelijk beter inhoudelijk onderbouwd worden. Er valt volgens mij nog veel te ontdekken als antwoord op de vraag “Hoe dan?”. Daarmee wordt de thesis een inhoudelijke gids van welke keuzes er gemaakt kunnen worden bij het vormgeven en inrichten van de governance rondom de Medische Staf.

Deze thesis beoogt een verdieping aan te brengen die in de praktijk waarde oplevert door veel dieper en vanuit verschillende perspectieven de aspecten uit te lichten die van belang zijn bij het oprichten en functioneren van een Medische Staf. De thesis beoogt om bij te dragen aan een inhoudelijke gids van welke keuzes er gemaakt kunnen worden bij het oprichten en inbedden van de Medische Staf in GGZ-instellingen.

### 1.1.3 Wetenschappelijke relevantie

Dit is een uniek moment voor GGZ-instellingen, omdat via de CAO nu de inspraak van medisch specialisten voorgeschreven is. Het beschrijven van dit moment heeft al wetenschappelijke relevantie. Over inspraak in algemene ziekenhuizen is veel geschreven. De literatuur daarover is deels toepasbaar op de GGZ, maar deels ook niet, omdat de verschillen in besturing, context en cultuur zo groot zijn.

Bij GGZ-instellingen is bijna iedereen in loondienst. In algemene ziekenhuizen hebben medisch specialisten van oudsher meer invloed. Over de vragen, moeilijkheden en oplossingen die gevonden worden in algemene ziekenhuizen worden regelmatig artikelen, verslagen en columns gepubliceerd. Over inspraak door specialisten in GGZ-instellingen is weinig gepubliceerd. Dit onderzoek draagt bij aan literatuur hierover.

De wetenschappelijke relevantie ligt in het onderzoeken van een nieuw fenomeen, te weten de vormgeving van een Medische Staf in GGZ-instellingen. Over inspraak door psychiaters in GGZ-instellingen is weinig wetenschappelijke literatuur te vinden. Dit onderzoek draagt bij aan literatuur hierover.

### 1.1.4 Persoonlijke relevantie

Het onderwerp van inspraak door psychiaters in GGZ-instellingen komt op meerdere plekken terug in mijn carrière. In 2012 heb ik een bijeenkomst georganiseerd voor de psychiaters in Hilversum, waar ik toen werkzaam was, door de OMS, waarin de voor- en nadelen van een Medische Staf uiteen werden gezet. Later bij GGZ Drenthe heb ik van nabij meegemaakt hoe de psychiaters en artsen zich organiseerden in een Centraal Medisch Beraad.

#### **Medische Staf in de CAO**

Ik stond in eerste instantie niet achter de actie om een Medische Staf in de CAO te krijgen, want ik vind dat er binnen instellingen al genoeg mogelijkheden zijn voor psychiaters om invloed uit te oefenen op het beleid. Daarbij is de Medische Staf een middel om inspraak te krijgen, geen doel op zich. De manier waarop de Medische Staf in de CAO is opgenomen is vrij van vorm. Daarmee is het dermate open gelaten wat een Medische Staf is en doet, dat er voor instellingen bijna geen verplichting aan zit. Anders gezegd: het oprichten van een Medische Staf hoeft nog niet te leiden tot meer inspraak voor psychiaters.

Het besef van een mogelijke meerwaarde van het opnemen van de Medische Staf in de CAO drong een paar weken later tot mij door. Het dwingt namelijk psychiaters om zichzelf goed te organiseren en om met één stem te spreken met management, directie of bestuur. En dat is in mijn ogen ook hard nodig, want op alle plekken waar ik gewerkt heb is er toch vaak maar een klein clubje psychiaters dat zich

druk maakt om invloed op het beleid. Een grote groep psychiaters lijkt alles maar lijdzaam te ondergaan. Wat mij betreft gaat dat veranderen.

Het belang van een Medische Staf is daarmee duidelijk wat mij betreft. Maar het goed laten functioneren van een Medische Staf is makkelijker gezegd dan gedaan. De nieuwsgierigheid daarnaar heeft mij tot dit onderzoek gebracht.

In deze thesis wordt onderzocht welke aspecten van belang zijn voor de vormgeving van een Medische Staf in GGZ-instellingen en wat dat betekent voor de psychiaters, de bestuurders en de organisatie. Het is een onderwerp waar de onderzoeker al jaren een zeer grote interesse in heeft.

## 1.2 Probleemstelling, doelstelling en vraagstellingen

### 1.2.1 Probleemstelling

De probleemstelling van deze thesis is:

#### **Hoe kom je tot een goede vormgeving van een Medische Staf?**

### 1.2.2 Doelstellingen

Het ontwikkelen van een bruikbare theorie, middels gefundeerde theoriebenadering, over de vormgeving van een Medische Staf in een GGZ-instelling. Deze theorie kan bruikbaar zijn voor bestuurders en staven om een helder kader te geven, waarbinnen afspraken gemaakt kunnen worden over de vormgeving van de Medische Staf. De intentie is dat dit helpt om de samenwerking tussen Raad van Bestuur en de Medische Staf te verbeteren.

Het eindproduct geeft een bruikbare theorie en adviezen voor het oprichten en inbedden van een Medische Staf in een GGZ-instelling, voorzien van een theoretisch raamwerk.

Het betreft een organisatievraagstuk wat op verschillende manieren bekeken kan worden. Een governanceperspectief, een veranderkundig perspectief of zelfs een sociologisch perspectief. Deze thesis benadert dit vraagstuk vanuit het governanceperspectief.

Onder “vormgeving” wordt bij deze thesis verstaan het proces van oprichten en inbedden van de Medische Staf in GGZ-instellingen.

### 1.2.3 Vraagstellingen

#### **Hoofdvraag:**

Welke aspecten spelen een rol bij de vormgeving van een Medische Staf in GGZ-instellingen?

#### **Deelvragen:**

1. Hoe is de Medische Staf in GGZ-instellingen te vergelijken met die van algemene ziekenhuizen en kan er iets geleerd worden van de algemene ziekenhuizen?
2. Wat wordt er verwacht van de Medische Staf, vanuit het oogpunt van een bestuurder of een psychiater?
3. Wat zegt de literatuur over bestuurs- en managementparticipatie van specialisten over wat relevante aspecten van een Medische Staf kunnen zijn?

### 1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 bevat de inleiding en staat stil bij de relevantie van dit onderzoek. De probleemstelling wordt beschreven, evenals de doelstelling en de bijbehorende vraagstellingen.

Hoofdstuk 2 beschrijft de gebruikte methoden. De strategie die gebruikt is voor de aanpak van het wetenschappelijk onderzoek wordt toegelicht. Het onderzoeksmodel wordt weergegeven en toegelicht, evenals het ontwerp van het onderzoek. Tot slot wordt stilgestaan bij betrouwbaarheid, bruikbaarheid en validiteit.

In hoofdstuk 3 wordt het theoretisch kader geschetst. Er is aandacht voor de ontwikkelingen in de algemene ziekenhuizen en in de ggz-instellingen de afgelopen 20 jaar. Ook veranderingen in governance en de verschillende vormen van governance die er zijn in zorgorganisaties worden besproken. Bestuurs- en managementparticipatie van specialisten en (medisch) leiderschap worden in dit hoofdstuk besproken. Ook de Medische Staf in GGZ-instellingen en andere structuren in GGZ-instellingen worden besproken. Tot slot worden twee veranderkundige modellen bekeken of ze input kunnen geven aan het theoretisch model.

In hoofdstuk 4 wordt een theoretisch model opgebouwd. Eerst wordt stilgestaan bij de opbrengsten van de open interviews. Er worden verschillende concepten toegelicht. De conclusies uit de open interviews worden samengevoegd met het literatuuronderzoek om zo tot een theorie en bijbehorend theoretisch model te komen. Deze theorie en dit model worden getoetst in semigestructureerde interviews.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de semigestructureerde interviews getoond en besproken.

Hoofdstuk 6 geeft antwoord op de hoofdvraag en de deelvragen. En er wordt stilgestaan bij de conclusies van dit onderzoek.

In hoofdstuk 7 is ruimte voor de discussie en de beperkingen van het onderzoek. Er worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek. De thesis wordt afgesloten met een persoonlijke reflectie.

## Hoofdstuk 2: Methoden

In dit hoofdstuk worden de toegepaste onderzoeksoepzet, de databronnen, de dataverzameling en analyse beschreven ter verantwoording van de methodologische keuzes in dit onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met een paragraaf over de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

### 2.1 Onderzoeksstrategie

#### Type onderzoek

Dit onderzoek betreft een *exploratief, kwalitatief onderzoek* naar aspecten die een rol spelen bij de vormgeving van de Medische Staf in de GGZ. Dit onderzoek richt zich specifiek op een governance en organisatievraagstuk voor GGZ-instellingen. Als hoofdstrategie in dit onderzoek is gebruik gemaakt van de *gefundeerde theoriebenadering* (grounded theory approach).

Het komen opzetten van een theorie of theoretisch concept tijdens het onderzoek is een van de grondkenmerken van *gefundeerde theoriebenadering*. Deze strategie wordt ook wel een als “emergent design” omschreven. Al verkennend en pendelend ontstaat uit de data (onderdelen van) een theorie. Er is getoetst of aan de procedures, voorwaarden en onderzoekstechnieken van de gefundeerde theoriebenadering werd voldaan (zie figuur 2). Dat bleek het geval.

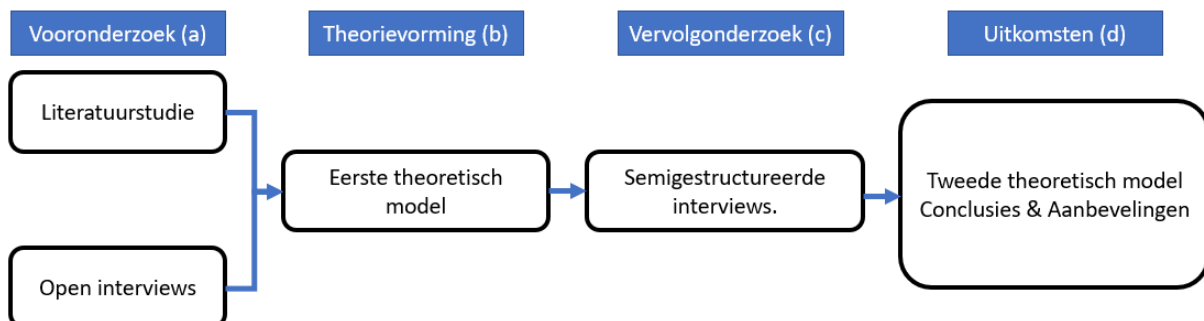
Kenmerken van gefundeerde theoriebenadering zijn (Verschuren & Doorewaard, 2015):

- Een zoeken naar verklaringen en theorievorming
- Een zoekende en tentatieve houding van de onderzoeker
- Empirie-gestuurd in plaats van het gebruikelijke theorie-gestuurd
- Een kwalitatieve analyse, vooral door het voortdurend onderling en met elkaar vergelijken van empirische gegevens en theoretische notities en concepten
- Een inductieve in afwijking van een gebruikelijk dominante deductieve werkwijze
- Het gebruik van zogenaamde sensitizing concepts
- Een consequente toepassing van hierna nader aan te geven procedures en technieken

Figuur 1 - Criteria gefundeerde theoriebenadering

### 2.2 Onderzoeksmodel

Het onderzoeksmodel is weergegeven in figuur 2. De verschillende onderdelen van het onderzoeksmodel worden in de volgende paragrafen toegelicht.



Figuur 2 - Onderzoeksmodel

### 2.2.1 Literatuurstudie

Literatuuronderzoek vormt de theoretische basis voor dit onderzoek. Overigens is het gebruik van vakliteratuur bij de gefundeerde theoriebenadering aan discussie onderhevig (Karsten & Tummers, 2008). Vakliteratuur heeft het risico in zich dat de onderzoeker zich opsluit in de kaders van de literatuur en daarmee de open onderzoekshouding verliest. Het mag trouwens opgemerkt worden dat het een prachtige paradox is om in de literatuur te vinden dat literatuur beter niet gebruikt kan worden.

Er is gekozen voor een pragmatische oplossing voor dit bovenstaande probleem: over toegevoegde waarde en de oprichting van een Medische Staf in de GGZ is geen directe wetenschappelijke literatuur te vinden. Er zijn wel verschillende bronnen van informatie, zoals ervaringsverhalen, opleidingscurricula, CAO-teksten en opiniërende stukken. Deze zijn als bron gebruikt in het theoretisch kader. Met behulp van deze literatuur is een opzet gemaakt van een theoretisch kader rondom het onderwerp van de thesis. Het betreft literatuur over de Medische Staf en het besturen van ziekenhuizen. Google en Google Scholar zijn gebruikt als zoekinstrument. Sleutelwoorden die hier initieel bij zijn gebruikt, soms in combinatie, zijn: “Medische Staf”, ziekenhuis, bestuur, “medisch leiderschap”, en bovengenoemde termen ook in het Engels. Daarnaast is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethodiek om relevante aanvullende literatuur te selecteren. Dit heeft geleid tot data uit artikelen uit wetenschappelijke- en vaktijdschriften, (beleids)rapporten, boeken, promotieonderzoeken en scripties. De literatuur is na beoordeling op relevantie gebruikt voor de theoretische basis.

Er is literatuuronderzoek gedaan naar verschillende veranderkundige modellen om de inbedding van de Medische Staf, die ook een sterk veranderkundig aspect heeft, mee te beschrijven. Onderdelen van en twee verandermodellen zijn meegenomen in de open interviews en gebruikt om, samen met de respondenten, bouwstenen te vinden voor het theoretisch model.

Tot slot zijn er onderwerpen die het onderwerp deels overlappen of raken, zoals bijvoorbeeld Medisch Leiderschap, literatuur rondom het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) in algemene ziekenhuizen, discussie rondom ZZP’ers in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), clinical governance, profielschets van de psychiater, CanMEDS en diverse visiedocumenten over de zorg en medisch specialisten. Diverse bronnen zijn hierover geraadpleegd en waar nuttig en nodig toegevoegd aan het theoretisch kader.

#### **Zoekopdrachten**

Er zijn tal van zoekopdrachten gedaan. Daarbij is gekeken naar termen als “Medische Staf” AND ziekenhuizen, “Medische Staf” AND bestuur; “Medische Staf” AND “GGZ” , “arts” AND “manager”; “medisch leiderschap” AND management; “medisch leiderschap” AND bestuur. Bovenstaande termen zijn ook in het Engels opgesteld om de Engelstalige literatuur mee te nemen. Een aantal artikelen, boeken, een promotieonderzoek en een thesis hebben de onderzoeker daarbij erg op weg geholpen, evenals een aantal columns op Medisch Contact.

### 2.2.2 Open interviews

#### **Selectie respondenten**

Om voeling te krijgen met het onderwerp is er contact gezocht met mensen uit de nabije omgeving van de onderzoeker. Dat is sampling-by-convenience. Een overzicht van alle respondenten is opgenomen in bijlage 4.

### **Iteratief proces**

De antwoorden van elke respondent werden meegenomen in de volgende interviews. Daarmee ontstonden over de interviews heen verschillende concepten die van invloed zijn op de vormgeving van de Medische Staf in GGZ-instellingen.

Aan het begin van het open interview heeft de onderzoeker uitgelegd dat de vormgeving van de Medische Staf in GGZ-instellingen onderzocht wordt. De probleemstelling van dit onderzoek, “Hoe kom je tot een goede vormgeving van een Medische Staf?” werd aan de respondenten voorgelegd. De vraag wat de toegevoegde waarde van een Medische Staf in GGZ-instellingen zou kunnen zijn, gegeven het feit dat dit nu in de CAO is opgenomen (GGZ Nederland, 2019), kwam in alle open interviews aan bod.

Hoewel verschillend, werd toch ook een vergelijking met algemene ziekenhuizen gezocht door meerdere respondenten uit algemene ziekenhuizen te interviewen. Er kwamen vanuit de respondenten ook suggesties voor andere respondenten, artikelen, boeken, beeldmateriaal en andere bronnen. Waar mogelijk zijn deze mensen benaderd en de bronnen opgezocht.

### **Sensitizing concepts**

In de eerste fase van het onderzoek wordt het onderzoeksterrein breed onderzocht, door middel van alle bronnen die gevonden kunnen worden. In deze fase ontstaan de richtinggevende concepten van het onderzoek. Dit zijn de sensitizing concepts. Voor dit onderzoek ontstonden in deze fase de concepten “toegevoegde waarde”, “besturingsfilosofie”, “positionering”, “structuur”, “rollen/competenties”, “cultuur/gedrag”. Een ander idee wat bovenkwam is dat deze concepten ook onderlinge samenhang vertonen, waarbij er de vraag ontstond of er ook een bepaalde volgorde in zat, meer een meta-sensitizing concept. Om dit uit te drukken zijn deze concepten in een cyclisch model gezet. Gedurende het onderzoek bleven deze concepten en hun samenhang aan verandering onderhevig. Ook ontstonden er nieuwe concepten en inzichten.

#### **2.2.3 Eerste theoretisch model**

De sensitizing concepts, richtinggevende concepten, kwamen voort uit de literatuur en open interviews. Samen met de respondenten werd door een iteratief proces een theoretisch model gevormd, bestaande uit een aantal van de gevonden sensitizing concepts. Na een aantal gesprekken leek er saturatie te zijn bereikt, in zoverre dat er geen concepten meer werden toegevoegd aan het model. Daarop werd overgeschakeld naar de volgende fase van het onderzoek, het vervolgonderzoek.

### **Advies respondenten semigestructureerde interviews**

Aan alle respondenten werd om advies gevraagd welke respondenten goed zouden passen bij de semigestructureerde interviews, met als uitgangspunt om een zo divers mogelijke groep mensen te benaderen met elk een uniek perspectief op de onderzoeksvraag. Adviezen hierin werden opgevolgd.

### **Data-analyse**

De open interviews zijn uitgewerkt in een gespreksverslag. Deze is middels een member-check gevalideerd. Er was sprake van een iteratief en incrementeel proces, waarbij het model steeds aangescherpt werd. Dat heeft uiteindelijk een theoretisch model opgeleverd wat in twee open interviews getoetst is. De resultaten worden in hoofdstuk 4 besproken.

## 2.2.4 Semigestructureerde interviews

### Selectie respondenten

Er is sprake van een doelgerichte sampling, waarbij voor elke informant of expert een duidelijke reden is waarom hij/zij geïnterviewd wordt. De sampling is tot stand gekomen mede op basis van adviezen uit de open interviews. De respondenten zijn geselecteerd vanwege hun specifieke rol, ervaring, expertise en/of gezichtspunt dat relevant is voor dit onderzoek. De groep respondenten bestaat uit bestuurders en niet-bestuurders. Psychiaters en bedrijfskundigen. Een interim-psychiater/manager/bestuurder en psychiaters in loondienst. Eén respondent maakt deel uit van de actiegroep “De Psychiater is een Medisch Specialist”. Eén van de respondenten is werkzaam in een algemeen ziekenhuis waar iedereen in loondienst is.

Na de eerste ronde uitnodigingen hadden zes van de acht respondenten toegezegd om mee te werken. Twee respondenten konden geen tijd vrij maken. Voor hen is een vervanging gezocht met een gelijkend profiel. Daarmee bleef de “brede blik” gewaarborgd. De lijst van respondenten is bijgevoegd in bijlage 4.

### Vragenlijst

Er is een semigestructureerde vragenlijst gemaakt op basis van de resultaten van de eerste fase van het onderzoek, fase (a), waarbij de verschillende onderdelen van het theoretisch model zijn opgenomen in de vragenlijst. De verschillende onderdelen van het model zijn getoetst, alsook de vraag of onderlinge samenhang is.

### Data-analyse

De semigestructureerde interviews zijn getranscribeerd en aan de hand van een topiclijst geanalyseerd. Dit heeft geleid tot een aantal codes. Deze codes zijn weer gegroepeerd middels axiaal coderen, wat de codeboom opleverde. De codes en de codeboom zijn bijgevoegd in bijlage 2.

De interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen en vervolgens woordelijk getranscribeerd. Middels Atlas.ti zijn de uitwerkingen van de interviews en de documenten gecodeerd. Omdat de onderzoeker uit de theorie al concepten heeft gedefinieerd aan de hand waarvan ook de topiclijst is opgesteld, is gekozen voor een meer deductieve aanpak van coderen in de vorm van ‘thick analysis’ of ‘Directed content analysis (DCA)’ (Staa & Evers, 2010; van Staa & de Vries Msc, 2014).

Op basis van de topiclijst zijn er hoofdcodes aangemaakt, zoals bijvoorbeeld “toegevoegde waarde”, “besturingsfilosofie”. Binnen die hoofdcodes zijn subcodes toegevoegd. Een overzicht hiervan is te vinden in bijlage 3. Tijdens het coderen zijn ook een aantal nieuwe codes toegevoegd. Vervolgens zijn de labels waar nodig gereduceerd en geschoond door bijvoorbeeld synoniemen te groeperen. Het uiteindelijke codeerschema is te vinden in bijlage 3. Ten slotte zijn de hoofd- en subcategorieën beschreven in het resultaten hoofdstuk. Waar onderzoeker van mening is dat citaten de beschrijving of vergelijking illustreren zijn deze toegevoegd. Daarbij is waar nodig licht aan het woordelijke citaat geschaafd, om de leesbaarheid te vergroten.

Vanwege de beperkte tijd is het onderzoek beperkt tot acht semigestructureerde interviews. Er werd geconstateerd dat na deze interviews voldoende data was verzameld om tot theorievorming te komen.

### 2.2.5 Tweede theoretisch model

Fase (a), de literatuurstudie en de open interviews hebben een eerste theoretisch model opgeleverd. In de eerste fase werden fase (a) en fase (b) afgewisseld in een iteratief proces. Het theoretisch model groeide bij elk open interview of bij elke vondst in de literatuur. Na drie interviews ontstond er een enigszins vaststaand theoretisch model. In de laatste twee open interviews is dit theoretisch model meegenomen en getoetst. Het was op dat moment dermate robuust dat besloten werd om deze fase af te ronden en door te gaan naar de volgende fase.

Op dat moment ontstond er een keuze. Er kon gekozen worden om het model te gaan valideren, door het bijvoorbeeld af te gaan zetten tegenover andere modellen. Er is niet voor die richting gekozen, omdat de inschatting was dat de tijdsinvestering te groot zou zijn.

Er is voor gekozen om de verschillende onderdelen van het theoretisch model van diepgang voorzien door ze uit te vragen in de semigestructureerde interviews. Daarnaast werd ook het model zelf, als geheel, getoetst door te onderzoeken of het een goed handvat zou kunnen zijn in de ogen van de respondenten. Een onderzoek naar de praktische bruikbaarheid.

Het theoretisch model werd getoetst in fase (c) de semigestructureerde interviews. Deze interviews hebben het theoretisch model verder verfijnd naar een theoretisch kader en een bijpassend model, wat leidt tot conclusies en aanbevelingen. Deze worden besproken in hoofdstuk 6.

## 2.3 Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid

De validiteit en betrouwbaarheid worden anders gewogen bij een kwalitatief onderzoek, dan bij een kwantitatief onderzoek. Hieronder wordt omschreven hoe in dit onderzoek wordt omgegaan met de eisen die aan kwalitatief onderzoek worden gesteld.

Naast betrouwbaarheid en validiteit is ook bruikbaarheid een belangrijk onderdeel van kwalitatief onderzoek, vandaar dat hier ook bij wordt stilgestaan (Verschuren & Doorewaard, 2015).

### 2.3.1 Validiteit

Validiteit is een maatstaf voor de kwaliteit van het onderzoek. De belangrijkste vraag is: “meet je wat je wilt meten?”, of anders gezegd : “geeft dit onderzoek antwoord op de onderzoeksvraag en deelvragen?”. Plochg en van Zwieten verwijzen in *“Guidelines for quality assurance in health and health care research”* (Plochg & van Zwieten, 2002) naar een artikel van Devers (Devers, 1999) en gebruiken uit dat artikel de termen: interne validiteit, “*credibility*” en externe validiteit, “*transferability*”.

Interne validiteit gaat over de geloofwaardigheid van het onderzoek. De criteria in figuur 3 zijn daarbij van belang.

1. Het opstellen van een duidelijk afgebakende onderzoeksvraag.
2. Het onderzoek goed af te bakenen. Indien ‘te breed’ wordt onderzocht, dan kan er op de onderzoeksvraag en deelvragen niet goed antwoord meer gegeven worden. Op basis van het onderzoek kan dan wel op algemene vragen antwoord gegeven worden, maar die moeten allereerst intern geldig te zijn (Verschuren & Doorewaard, 2015). Anders gezegd: van binnen naar buiten dus. Als onderzoeksvragen intern beantwoord kunnen worden (interne validiteit), dan kan daarna gekeken worden of dit ook tot algemene uitspraken kan leiden (externe validiteit).
3. Ter vergroting van de interne validiteit kan gebruik gemaakt worden van triangulatie. Er kan sprake zijn van methodentriangulatie, bronnentriangulatie (Verschuren & Doorewaard, 2015) en analysetriangulatie (Evers & Staa, 2010; Staa & Evers, 2010; van Staa & de Vries Msc, 2014). Er wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van methodentriangulatie (Verschuren & Doorewaard, 2015), wat inhoudt dat gebruik wordt gemaakt van verschillende manieren van datagenerering. Deze bestaat uit een inhoudsanalyse van literatuur, open interviews, semigestructureerde interviews, modelvorming en modeltoetsing.  
Er wordt tevens gebruik gemaakt van bronnentriangulatie, het werken met meerdere bronnen om meer diepgang te genereren en daarbij ook de betrouwbaarheid te vergroten.
4. Ter vergroting van de interne validiteit kan nog gebruik gemaakt worden van het betrekken van de respondenten in de vorm van een member-check of een dialoog (Devers, 1999). Ook hier wordt gebruik van gemaakt in dit onderzoek, met name in het vooronderzoek.
5. Tot slot is anonimiteit gewaarborgd in dit onderzoek om bij de interviews een open gesprek te verkrijgen en daarmee ook sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen, wat ook de interne validiteit vergroot.

*Figuur 3 - Criteria interne validiteit*

Aan bovenstaande criteria is in dit onderzoek voldaan.

De externe validiteit gaat over de overdraagbaarheid van het onderzoek “transferability” (Devers, 1999). De mate waarin dit onderzoek generaliseerbaar is naar bijvoorbeeld alle GGZ-instellingen.

Ten eerste is hierbij van belang dat de interne validiteit goed is. Hieraan is voldaan door aan de criteria van figuur 3 te voldoen.

Ten tweede is in dit onderzoek aan de externe validiteit aandacht besteed door te kiezen voor verschillende respondenten met verschillende functies. In de selectie van de respondenten is rekening gehouden met een breed perspectief: bestuurders van GGZ-instellingen (zowel bedrijfsvoerend als inhoudelijk), een interim-psychiater met een brede kijk op het GGZ-veld, een oud-voorzitter Medische Staf van een algemeen ziekenhuis (met iedereen in loondienst) en een psychiater van de actiegroep “de psychiater is een medisch specialist”. Deze brede selectie vergroot de externe validiteit van het onderzoek. Indien het onderzoek opnieuw gedaan zou worden in een andere setting, dan is de kans klein dat er bij andere respondenten ineens volledig andere inzichten naar voren komen.

Ten derde wordt door een grote geografische spreiding de externe validiteit ook groter. De kans dat iets bijvoorbeeld een regionale manier-van-doen is wordt daarmee verkleind.

### 2.3.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek gaat over de reproduceerbaarheid van het onderzoek. Als iemand dit onderzoek opnieuw doet, komen er dan dezelfde antwoorden uit.

De onderzoeksmethodieken zijn duidelijk omschreven en zijn conform deze omschrijving uitgevoerd. Alle interviews zijn afgenomen aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst met uitgeschreven vragen rondom de verschillende topics van het theoretisch model. Dat maakt dat het onderzoek aan de hand van die vragenlijst herhaald kan worden.

De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Daarmee kan het onderzoek getoetst worden in de toekomst door een andere onderzoeker om te kijken of die op dezelfde topics uitkomt. Tevens levert dit een betere betrouwbaarheid op, omdat er gewerkt wordt met letterlijke uitspraken van mensen en niet een interpretatie.

### 2.3.3 Bruikbaarheid

Veel GGZ-instellingen worstelen met het vraagstuk rondom de Medische Staf. Deze thesis verkent de mogelijkheden en geeft praktische handreikingen, aan de hand van een model, aan psychiaters en bestuurders bij het oprichten van een Medische Staf. Doordat het model niet gevalideerd is, blijft het echter bij een schets van de mogelijkheden, wat de bruikbaarheid niet in de weg hoeft te staan. De respondenten zijn ook bevraagd op de bruikbaarheid van het onderzoek.

## 2.4 Afbakening

Het risico van gefundeerde theorievorming is subjectiviteit en onnavolgbaarheid (Verschuren & Doorewaard, 2015). Daarom is naast de open en zoekende houding ook de afbakening van belang. Er zijn in alles fasen keuzes ten aanzien van de afbakening gemaakt.

Fase (a), de open interviews: Door de keuze voor een probleemstelling wordt al een duidelijke richting gekozen. Vertrekpunt was dus de vraag hoe de Medische Staf goed kan worden opgericht en ingebed in GGZ-instellingen (afbakening 1: keuze voor het onderwerp) en dat dit onderzocht ging worden in GGZ-instellingen (afbakening 2: keuze voor GGZ-instellingen). De open interviews zijn gedaan met mensen die een breed perspectief hierop hebben, zowel vanuit de kant van algemene ziekenhuizen, de kant van bestuurders van grote geïntegreerde GGZ-instellingen en een blik van een ZZP'er die in zeer veel verschillende plekken werkzaam is. Tevens is hij eigenaar van een bedrijf wat bemiddelt voor ZZP'ers en hoort hij zeer veel ervaringen uit het netwerk. Ik heb daarbij gekozen voor mensen in mijn directe omgeving (afbakening 3: locatie Noord-Nederland).

Vanuit de literatuur en vanuit de open interviews ontstond het idee dat de vormgeving van de Medische Staf ook gezien kan worden als een organisatieverandering en is gekeken of veranderkundige modellen van toepassing kunnen zijn. Hierin zijn een aantal modellen besproken en overwogen (afbakening 4: selectie modellen), waaronder het STMC-model uit "De Kunst van Veranderen", de 7 s'en van McKinsey. In dit iteratieve proces ontstond de theorie dat de toegevoegde waarde van de Medische Staf in GGZ-instellingen ook te maken heeft met een beperkt aantal aspecten (afbakening 5: keuze voor aspecten). Gebruik makend van de inzichten vanuit de veranderkunde, de inzichten van de respondenten en de bestaande literatuur ontstond het theoretisch model (afbakening 6: comprimeren van de data naar een theoretisch model).

In fase (c) is er voor gekozen om specifiek te kiezen voor respondenten uit geïntegreerde GGZ-instellingen en niet voor kleine GGZ-instellingen, of GGZ-instellingen die specifiek voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie zijn, of verslavingszorg om de het onderzoeksgebied niet te groot te maken (afbakening 7: keuze type instellingen). Verder is er bij de selectie van de respondenten gekeken naar wat zij kunnen toevoegen aan het onderwerp. Er is gekozen voor mensen die voldoende dichtbij het onderwerp staan en die, ten opzichte van de anderen, voldoende specifieke meerwaarde toevoegen aan het onderzoek. Hierbij bestond de meerderheid van de respondenten uit bestuurders omdat zij een brede blik hebben op het onderwerp en omdat het meerdere aspecten van het bestuurder zijn raakt (afbakening 8: keuze respondenten).

## Hoofdstuk 3: Theoretisch kader

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzocht vanuit de literatuur en andere beschikbare stukken hoe de huidige stand van zaken is rondom de invoering van de Medische Staf in Nederland. Er wordt gekeken naar de rol van de Medische Staf in de (recente) geschiedenis van ziekenhuizen en daarna ingezoomd op de ontwikkelingen in de GGZ. De rol van de Medische Staf in ziekenhuizen is sterk aan verandering onderhevig door politieke invloeden, deze worden in dit hoofdstuk geschetst.

Daarna wordt er ingegaan op de veranderende maatschappelijke vraag aan instellingen ten aanzien van governance. Er zijn verschillende vormen van governance denkbaar. De Medische Staf moet zich wellicht ook gaan verhouden tot deze vormen van governance, daarom wordt er bij stilgestaan in dit hoofdstuk.

De Medische Staf gaat over inspraak van artsen in het ziekenhuis, of in dit onderzoek, in GGZ-instellingen. Er wordt in dit hoofdstuk gekeken naar dokters en management in relatie tot de Medische Staf. Is het überhaupt zinvol als artsen zich bemoeien met de besturing van het ziekenhuis? Als ze inspraak krijgen? En hoe verhouden managers zich tot de Medische Staf? Er wordt ook stilgestaan bij het concept besturingsfilosofie en in hoeverre daar wetenschappelijke literatuur over te vinden is.

Tot slot wordt aan het eind van het hoofdstuk stilgestaan bij een aantal veranderkundige modellen en de vraag of de oprichting van een Medische Staf terug te vinden is in de literatuur.

### 3.2 Veranderingen in ziekenhuizen, de GGZ en governance

#### 3.2.1 De rol van de Medische Staf in algemene ziekenhuizen in de (recente) geschiedenis.

Vanuit de geschiedenis bestaat er al langere tijd spanning tussen enerzijds de autonome rol van de medicus in ziekenhuizen ten aanzien van de behandelingen die hij uitvoert en anderzijds de organisatie van het ziekenhuis.

#### **Commissie Biesheuvel**

In 1997 diende minister Borst een wetsvoorstel in, naar aanleiding van een rapport van de commissie Biesheuvel, waarin werd vastgelegd dat de ziekenhuisdirectie en de medici gezamenlijk afspraken maken over de hulp aan een patiënt. Het is het begin van een gedwongen samenwerking tussen het ziekenhuis en de specialisten. Als een van de oplossingen wordt het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB) aangedragen als organisatiemodel. (Houwen, 2018). De bedoeling was om managementparticipatie door specialisten te bevorderen en de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk te maken voor de integrale zorgverlening. Dit is nooit van de grond gekomen. In plaats daarvan werden er massaal collectieven van vrijgevestigde specialisten opgericht, voornamelijk maatschappen en coöperaties, binnen ziekenhuizen. De verhoudingen tussen de ziekenhuisbestuurders en de medici raken op veel plaatsen ernstig verstoord. (de Volkskrant, 1997).

Een rapport van het Nivel (Lindert, Delnoij, Groenewegen, & Hofland, 1999) over managementparticipatie door medici schetst in 1999 dat in bijna tweederde van de ziekenhuizen een reorganisatie heeft plaatsgevonden naar een patiëntgeoriënteerd model, waarbij een medisch specialist als manager op operationeel of tactisch niveau acteert. Er blijkt ook dat er regelmatig overleggen zijn tussen het stafbestuur (namens de medici) en de Raad van Bestuur waarbij nog onduidelijk is of het een advies/instemmingsfunctie heeft of een klankbordfunctie. Er blijkt wel dat instemmingsrecht bijna nergens plaatsvindt, hooguit adviesrecht. Een zetel voor de stafvoorzitter in

de directie of raad van bestuur komt bijna niet voor, sterker nog: 31% van de stafvoorzitters uit zelfs bezwaar tegen een dergelijke functie.

### **Document Medische Staf**

Vanaf 2006 wordt door middel van het Document Medische Staf de verhouding geregeld tussen de Vereniging Medische Staf (VMS) en het bestuur van het ziekenhuis. Het Document Medische Staf en AMS, artikel 3, gaat over de inspraak van de Medische Staf in het ziekenhuisbeleid. Er staat dat de Medische Staf gevraagd en ongevraagd adviezen mag uitbrengen aan het bestuur. Daarbij staat ook dat het bestuur de Medische Staf tijdig moet informeren bij problemen en indien het bestuur voornemens is om grote veranderingen uit te voeren. Verder wordt de Medische Staf om advies gevraagd bij belangrijke zaken, zoals onder andere het strategisch beleid, de aanstelling van nieuwe specialisten, de aanschaf van nieuw apparatuur, verbouwingen en het personeelsbeleid (indien het beleid direct of indirect invloed heeft op het werk/functioneren van de Medisch Specialisten).

### **Integrale prestatiebekostiging**

Per 1 januari 2015 is wettelijk de integrale prestatiebekostiging ingevoerd en is het wettelijk vastgesteld honorariumtarief en het bijbehorend declaratierecht voor de medische specialist als vrij beroepsbeoefenaar vervallen. Daarom hebben medisch specialisten in een vrij beroep zich anders moeten organiseren in relatie tot het ziekenhuis. De meerderheid heeft zich georganiseerd in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Anderen zijn bij de ziekenhuizen in loondienst gegaan en hebben zich georganiseerd in een Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD). De Medische Staf is voor toegankelijk voor alle specialisten.

De inrichtingskeuzes ten aanzien van MSBs en/of VMSD's zijn per ziekenhuis verschillend. Sommige ziekenhuizen kiezen voor één centraal overleg orgaan, in andere ziekenhuizen functioneren een MSB, VMSD en VMS naast elkaar, elk met eigen belangen, taken en verantwoordelijkheden. De Medische Staf functioneert regelmatig als "paraplu" voor de VMSD en MSB. Bij het MSB en de VMSD staat belangenvertegenwoordiging voorop. De Medische Staf heeft vaak meer een inhoudelijk karakter en is voor alle specialisten.

Sommige ziekenhuizen kennen vanaf 2015 al een geïntegreerd MSB (combicoöperatie) zoals het Amphia, Viecuri en Zuyderlandziekenhuis. Andere ziekenhuizen hebben dit later gerealiseerd, en sommige zijn daar momenteel mee bezig.

In algemene ziekenhuizen tekent zich in ruim twintig jaar tijd een omgeving af, waarin de Medisch Specialisten steeds meer aan een overlegtafel met de Raad van Bestuur zitten. Middels het document Medische Staf worden vanaf 2006 de afspraken en verhouding tussen medici en bestuurders duidelijker. De samenwerking begint gedwongen door de wederzijdse afhankelijkheid van de Raad van Bestuur en de specialisten op financieel vlak en ontwikkelt zich richting een vorm nu waarin bestuurders en medici steeds meer samen het ziekenhuis besturen. Per 2015 is een deel van de specialisten in loondienst en verenigd via een VMSD. Een ander deel van de specialisten is verenigd in een MSB. Beiden onderhandelen met het ziekenhuis over het budget wat zij ontvangen en zijn daarmee in aard een belangenorgaan. De Medische Staf is de plek waar alle specialisten elkaar ontmoeten en waar met name de inhoudelijke zaken besproken worden.

### 3.2.2 Ontwikkelingen in de GGZ

In de GGZ hebben de veranderende wetgeving en maatschappelijke en financiële taakstellingen andere gevolgen gehad. Bij de meeste GGZ instellingen waren de psychiaters in loondienst. Psychiaters hebben zich niet zoals de andere specialisten in algemene ziekenhuizen verenigd.

Vanaf 2006 komt er een grote ontwikkeling met de invoering van DBC's in de GGZ. Veel instellingen moeten hun strategie opnieuw bedenken en het marktdenken doet zijn intrede. Dat leidt in sommige gevallen tot een agressieve uitbreidingsstrategie door middel van fusies en overnames. Er worden sterke merken ontwikkeld. De focus van alle GGZ-instellingen ligt op het ontwikkelen van een passende marktstrategie.

Vanwege de veranderende financiering van de zorg en andere ontwikkelingen, onder andere op het gebied van vastgoed (Gupta Strategists, 2019), komen de financiële risico's, net als bij de algemene ziekenhuizen, steeds meer bij de GGZ-instellingen zelf te liggen. Er is een noodzaak om meer financieel te sturen op bijvoorbeeld zaken als productiviteit. Dergelijke ontwikkelingen vragen steeds meer om een stringent financieel beleid. Ook voor de DBC-invoering was er financieel beleid, maar na invoering van de DBC's kreeg dit een hoger urgentieniveau en begon het marktdenken.

Met het vaststellen van het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 (Schipper, 2012) worden als belangrijkste taakstelling ingezet op een beperking van de groei van de GGZ naar 2,5% in 2013 en 1% in de jaren erop. Dit is onderdeel van een grotere taakstelling van het besparen van 1 miljard euro op de totale zorgbegroting van VWS. Middelen om dit te bereiken zijn: beddenafbouw, ambulantisering, optuigen van de BasisGGZ, optuigen van de POH-GGZ. Ook worden er afspraken gemaakt rondom transparantie: invoering van Routine Outcome Measurement, oftewel ROM-metingen.

Politieke druk, in combinatie met maatschappelijke druk en een continue financiële druk leidt tot werkdruk en het verdrukken van het inhoudelijk geluid in GGZ-instellingen. Al vanaf 2008 wordt hier regelmatig over gepubliceerd (Leffers, Emons, & Klaver, 2008) (Scholten, 2018) tot aan vorig jaar het arbeidsmarktonderzoek van de NVvP - LAD (Joldersma, 2019)

Het grote verschil met de algemene ziekenhuizen is dat de psychiaters niet zelf aan tafel zitten bij al deze veranderingen. Waar een Medische Specialistisch bedrijf wel een overlegtafel heeft met de Raad van Bestuur, hebben psychiaters die in loondienst werken wellicht wel invloed, maar de aard van de relatie en de machtsverhouding is anders. Waar bestuurders worstelen met financiële, maatschappelijke en politieke druk, voelen de psychiaters zich vaak onthecht en raakt het inhoudelijke geluid ondergesneeuwd. In de GGZ-instellingen is wel zo dat al langere tijd een psychiater als bestuurder gemeengoed is.

Bij de psychiaters leiden bovenstaande ontwikkelingen tot grote ontevredenheid. Dat leidt onder andere tot een uitstroom van psychiaters die in loondienst werken, naar ZZP'schap.

In de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (NVZ FMS LAD OMS, 2016) die uiteindelijk in 2016 in werking trad was veel aandacht voor de patiëntveiligheid, de kwaliteit van zorg en de positionering van de medisch specialist als gesprekspartner van de Raad van Bestuur (Alderlieste, 2014). Daarmee krijgen psychiaters in loondienst in GGZ-instellingen op papier in ieder geval meer ruimte om zich met de governance, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te gaan bemoeien. Hierin staat ook dat de medisch specialisten in loondienst zich gaan organiseren in een Medische Staf of een Vereniging Medische Staf in Dienstverband en wordt uitgewerkt hoe het samenspel met de organisatie en het bestuur is. In wezen staan de GGZ-instellingen op hetzelfde punt als de ziekenhuizen in het onderzoek van 1999, waarin gezocht wordt naar welke verhoudingen er moeten bestaan tussen de Medische Staf en de bestuurders.

In tegenstelling tot de algemene ziekenhuizen leiden de veranderingen in het zorglandschap in de GGZ niet tot aanwezigheid van de psychiaters aan de overlegtafel met de Raad van Bestuur. Bezuinigingen en sterk sturen op de financiën hebben geleid tot een focus op productiviteit. Er was tot de CAO-wijziging op veel plekken geen natuurlijk gremium van specialisten waarin de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur en de specialisten voor integrale zorgverlening belegd is in de GGZ.

### 3.2.3 Ontwikkeling van de Governancecode Zorg

De besturing van ziekenhuizen ontwikkelt zich. Het begrip good governance wordt sinds eind jaren negentig gebruikt voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van organisaties (Hoek, 2007). In de publieke sector bestond deze verantwoording al langer, maar nadat het in het bedrijfsleven werd ingesteld, werd het de term “governance” ook in de zorg overgenomen. In 1999 werd een de commissie health care governance ingesteld, onder voorzitterschap van Pauline Meurs, waarbij 30 aanbevelingen werden gedaan. Dit manifest werd opgenomen in een zorgbrede governance code vanaf 2005. Het toezicht middels een Raad van Toezicht werd in 2005 verankerd in de Wet Toelating Zorginstellingen (Ministerie van Volksgezondheid, 2005) .

In 2010 is de Zorgbrede Governancecode geüpdatet. In 2017 volgde de meest recente revisie genaamd Governancecode Zorg. Het grote verschil is dat waar de Governancecode eerst vooral op regels gebaseerd was, deze in de herziening van 2017 vooral principes, uitgewerkt in bepalingen en gedragsregels, hanteert (ten Hoopen, 2016). Het is richtinggevend geworden.

Twee bewegingen zijn in deze ontwikkelingen van de Governancecode van belang. Ten eerste de beweging dat de bestuurders en toezichthouders steeds explicieter verantwoordelijk zijn voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. In de Governancecode Zorg staat dat het de verantwoordelijkheid van de bestuurder is dat er kwalitatief goede zorg, conform de richtlijnen moet worden geleverd, waarbij de professionals veel vrije ruimte krijgen om dit in te richten. Raadpleging van relevante professionals bij besluitvorming, transparantie in de besluitvorming en medezeggenschap vormen een belangrijke kern van de Governance Code. Dat vraagt dus om goed contact van de bestuurder met de specialisten. De bestuurder moet zich intensief verhouden met de specialisten om deze integrale verantwoordelijkheid te kunnen dragen. De CAO-GGZ heeft deze lijn gevolgd door de Medische Staf als inspraakorgaan op te nemen (GGZ Nederland, 2019).

De andere beweging is die van de specialisten naar de bestuurder toe. Naarmate specialisten zich meer in lijn of bestuursfuncties gaan begeven, of naarmate een Medische Staf zich ontwikkelt tot een krachtig inspraakorgaan, krijgen ze ook te maken met economische, publieke of maatschappelijke vraagstukken. In de volgende paragraaf wordt dit in meer detail uitgewerkt.

Vanaf eind jaren '90 tot op heden ontwikkelt de besturing van ziekenhuizen zich enorm. De ontwikkeling van de Governance Code zorg geeft een richtlijn voor bestuurders en toezichthouders hoe te handelen. Deze richtlijn verplicht bestuurders tot nabijheid, overleg en samenwerking met professionals. Aan de andere kant krijgen professionals ook meer te maken met vraagstukken die niet alleen op het professionele vlak liggen, maar bijvoorbeeld ook economisch of maatschappelijk van aard zijn.

### 3.2.4 Vormen van governance in de zorg

Organisaties zitten in een krachtenveld waarin verschillende typen vraagstukken moeten worden beantwoord. Er zijn politieke veranderingen, financiële taakstellingen en maatschappelijke vraagstukken waar zorgorganisaties een antwoord op moeten vinden. Het gaat niet alleen om de zorginhoud. Deze verschillende onderdelen van het krachtenveld kunnen worden omschreven als vormen van governance. In het proefschrift "Governance & Gezondheidszorg" (Hoek, 2007) staat een mooi overzicht van het speelveld van een bestuurder door onderscheid te maken tussen Private Governance, Publieke Governance en Professionals Governance. Ook schetst hij dat elke vorm van governance zijn eigen moraliteiten heeft en eigen stuwende krachten. En letterlijk: *"En dat als je met de moraliteit van de ene wereld probeert op te treden in de andere wereld, dan ontstaan er problemen omdat je gesprekspartners van een andere belevingswereld uitgaan."* (Hoek, 2007). De Medische Staf in de GGZ kan gezien worden als een entiteit die bijna volledig in de professionals governance valt met het bijbehorende perspectief, de taal en belevingswereld.

Figuur 4 geeft aan met welke vormen van governance een zorgorganisatie te maken heeft.

|                            | Privaat                                           | Publiek                                                         | Maatschappelijk                                               | Professioneel                                          |
|----------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Doelstelling               | Maximale winst/nut; continuïteit                  | Implementatie overheidsbeleid stabiele overheid                 | Sociale opvang; caritas; goed doen; kwaliteit van leven       | Adequate (medische) behandeling; medisch excelleren    |
| Criteria                   | Doelmatigheid, doeltreffendheid klanttevredenheid | Rechtmatigheid zorgvuldigheid                                   | Maatschappelijk draagvlak, 'de menselijke maat'               | Kennis; vakbekwaamheid; medische urgentie              |
| Coördinatie mechanism en   | Competitie; afstemming vraag en aanbod            | Hiërarchie, wetgeving, toezicht en verantwoording               | Verantwoordelijkheids gevoel; gedeelde identiteit/overtuiging | Beroepsnormenstandaarden, professionele hiërarchie     |
| Dominante partij           | Eigenaar                                          | Overheid                                                        | Maatschappelijke groepering; burger; patiënt                  | De professie, het beroepsverband (Medische Staf)       |
| Centrale waarde oriëntatie | Keuzevrijheid; inventiviteit                      | Onpartijdigheid, betrouwbaarheid; gelijkheid, minimale risico's | Maatschappelijke betrokkenheid, solidariteit, compassie       | Deskundigheid, onafhankelijkheid kwaliteit behandeling |

Figuur 4- governancevormen in de zorg: (van der Scheer, 2013)

In zijn proefschrift (Hoek, 2007) beschrijft Hans Hoek de private, publieke en professionals governance. In haar proefschrift (van der Scheer, 2013) splitst Wilma van der Scheer de publieke governance in een overheidsgedeelte (publiek), en een sociaal gedeelte (maatschappelijk). Bij de publieke governance ligt in dit model de nadruk op overheidsbeleid en wetgeving. Het gelijkheidsbeginsel voor burgers is hier leidend. Bij de maatschappelijke governance staat 'goed doen' centraal en staat maatschappelijk draagvlak centraal. GGZ-instellingen bevatten, net als alle andere zorgorganisaties, alle vier de vormen van governance en in de besturing zullen deze elkaar beïnvloeden.

### **Professionele governance**

Kenmerkend aan de professionele governance is *dat er een groep mensen is die het monopolie heeft op kennis en uitoefening van taken in een bepaald vakgebied (Hoek, 2007)*. Binnen de eigen groep gaat men uit van vertrouwen en het zelfregulerend vermogen van iedere professional. Daarvoor is ook vertrouwen vanuit de overheid en maatschappij nodig. Er is sprake van een groepsbelang van de professionals om het vertrouwen van de overheid en maatschappij, en dus de zelfregulering, te behouden. Teveel excessen zou leiden tot ingrijpen. De individuele professional profiteert van de groep, want door zich te houden aan de zelfregulering (richtlijnen, intervisie, (her)registratie) kan hij het recht behouden om zijn vak te blijven uitoefenen.

De beroepsgroep maakt keuzes, die van invloed zijn op instellingen waar professionals werken. Het zijn van een professional in professionele organisaties, onttrekt de professional deels aan het hiërarchische gezag van het bestuur van een organisatie en geeft tegelijkertijd veel mogelijkheden om de organisatie te beïnvloeden. Daarom is macht ook een belangrijk element in de professionals governance. Macht van de beroepsgroep over de individuele professional om zich aan de richtlijnen en regels te houden. Macht van de beroepsgroep over de overheid en maatschappij om het monopolie en de vrijheid van zelfregulering te behouden. Macht van de individuele professional over het primaire proces, het ondersteunende personeel en de cliënt. En tot slot macht om als professional en als groep het beleid van je organisatie te beïnvloeden (Hoek, 2007).

In veel GGZ-instellingen wordt door psychiaters ervaren dat de macht slechts beperkt is tot de eigen spreekkamer. Hun werk wordt beïnvloed door beslissingen die elders in de organisatie genomen zijn, waarover ze geen inspraak hebben gehad. (Joldersma, 2019; Kahn, 2007; Naarding & Kamsteeg, 2007). Dat leidt tot een verlies van bevoegdheid en vertrek uit GGZ-instellingen (Joldersma, 2019).

Zorgorganisaties moeten omgaan met verschillende typen vraagstukken. Dat vraagt om verschillende vormen van governance, waar de bestuurders mee om moeten gaan. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen private, publieke, maatschappelijke en professionele governance. Naarmate de specialisten zich meer begeven in lijnfuncties of naarmate de Medische Staf een krachtiger inspraakorgaan wordt, krijgen ze te maken met meer verschillende vormen van governance.

Psychiaters hebben professionals governance. Er is sprake van veel vertrouwen onderling en zelfregulering. Er is sprake van beïnvloeding op persoonlijk niveau, als beroepsgroep in instellingen en via de beroepsvereniging. Deze beïnvloeding wordt als te weinig ervaren en dat gaat ten koste van de bevoegdheid van psychiaters, waardoor ze vertrekken.

### 3.3 Dokters en management

Als psychiaters inspraak krijgen bij GGZ-instellingen, dan wordt er ook een beroep gedaan op competenties die te maken hebben met beleid en met leiderschap. Er zijn Nederlandse en internationale studies gedaan naar het betrekken van medici in de lijn of in een Medische Staf. Grofweg vallen de studies uiteen in twee richtingen: Medisch management, waarbij de medicus ook als manager, directeur of bestuurder werkt, en medisch leiderschap, wat zowel formeel als informeel kan worden uitgevoerd.

#### 3.3.1 Medisch management

Al in 1981 is onderzocht in een Amerikaans onderzoek naar myocardinfarct en appendectomie (Shortell & LoGerfo, 1981) dat er een aantal factoren, los van de individuele behandelingen van artsen, waren die een positieve invloed hadden op de outcome bij mensen met een hartinfarct en bij mensen met een blindedarmontsteking. De belangrijkste factoren waren:

- De voorzitter van de Medische Staf zit in de Raad van Bestuur (hospital board)
- Dokters zijn betrokken bij belangrijke beslissingen van het ziekenhuis
- De frequentie van bijeenkomsten van de Medische Staf, hoe vaker, hoe meer informatieuitwisseling, wat leidde tot snellere implementatie van verbetering.
- Of artsen voor één ziekenhuis werken, of voor meerdere. Voor één ziekenhuis werken gaf betere uitkomsten.

De uitkomst van de systematic review over de rol van medici in kwaliteit en patiëntveiligheid (Parand, Dopson, Renz, & Vincent, 2014) is dat er zeker een positief effect is aan te wijzen als medici als manager werkzaam zijn. Er is een betere outcome, betere prestaties en de processen zijn beter ingericht. Het effect is echter klein en door het kleine aantal studies is het moeilijk om dat effect te generaliseren.

In 2010 verscheen een artikel over de verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid (Goeschel, Wachter, & Pronovost, 2010) en de aansprakelijkheid voor fouten hierin steeds meer bij bestuurders komt te liggen. Er wordt daarbij gepleit voor het intensief samenwerken met een Medische Staf en daarbij ook het toevoegen van medici in de Raad van Bestuur, om deze risico's op een adequate wijze te kunnen dragen.

In hun artikel (Weiner, Shortell, & Alexander, 1997) geven Weiner, Shortell en Bryant aan dat het betrekken van een Medische Staf in de governance van een ziekenhuis leidt tot betere resultaten op het vlak van kwaliteit. Ze geven daarbij ook aan dat het betrekken van alle medici bij de governance leidt tot minder goede resultaten. Daarmee pleiten ze voor het werken met een vertegenwoordiging van de artsen (Medische Staf) om tot betere resultaten te komen op het vlak van kwaliteit van zorg.

Het artikel van Succi en Alexander (Succi & Alexander, 1999) komt met een andere interessante invalshoek: het betrekken van artsen in management of het bestuur van een ziekenhuis leidt niet meteen tot betere resultaten. Zij stellen in hun artikel dat het ook van de Medische Staf afhangt of dit tot verbetering leidt of niet. Bij goed functionerende staven hebben de medici die besturen of managen een goede impact. Indien ze dat niet hebben, dan raden ze aan om de Medische Staf in een ziekenhuis onder de loop te nemen en te kijken welke factoren de impact hinderen. Verder raden ze ook aan om bij het selecteren van bestuurders of managers goed naar de karakteristieken van de Medische Staf te kijken, omdat de samenstelling van de staf ook bepaalt welke managementstijlen goed kunnen werken en welke competenties daar voor nodig zijn.

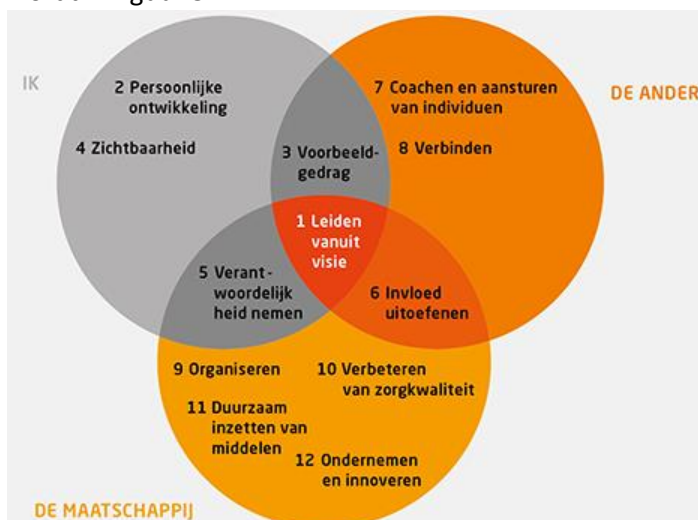
Veel onderzoeken geven aan dat betrekken van medici in de lijn of in een Medische Staf leidt tot betere kwaliteit van zorg en betere patiëntveiligheid. Er zijn wel randvoorwaarden aan verbonden, zoals het werken met een vertegenwoordiging van medici en het goed functioneren van de Medische Staf.

### 3.3.2 Medisch Leiderschap

Over medisch leiderschap is veel literatuur te vinden. *“Met medisch leiderschap neem en toon je als (aankomend) specialist verantwoordelijkheid over het volledige zorgproces voor en rondom de patiënt. Hierbij zijn organisatorische, financiële en leidinggevende kennis en vaardigheden essentieel.”* (FMS, datum/jaar onbekend) Deze paragraaf gaat over de competenties en rollen die nodig zijn om leiding te geven en in hoeverre ze aanwezig zijn bij specialisten. Voor het goed laten draaien van de Medische Staf zijn deze competenties van belang voor het stafbestuur en de individuele stafleden.

#### Geneeskundeopleiding

Uitgangspunt van het Platform Medisch Leiderschap is dat leiderschap een aparte competentie zou moeten zijn in de geneeskunde-opleiding en dat elke arts deze competentie zou moeten hebben. Het Platform Medisch Leiderschap wordt ondersteund door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de beroepsfederatie. In 2016 plaatsten zij het Raamwerk Medisch Leiderschap (Platform Medisch Leiderschap, 2016), met daarin een model wat weergegeven wordt in figuur 5.

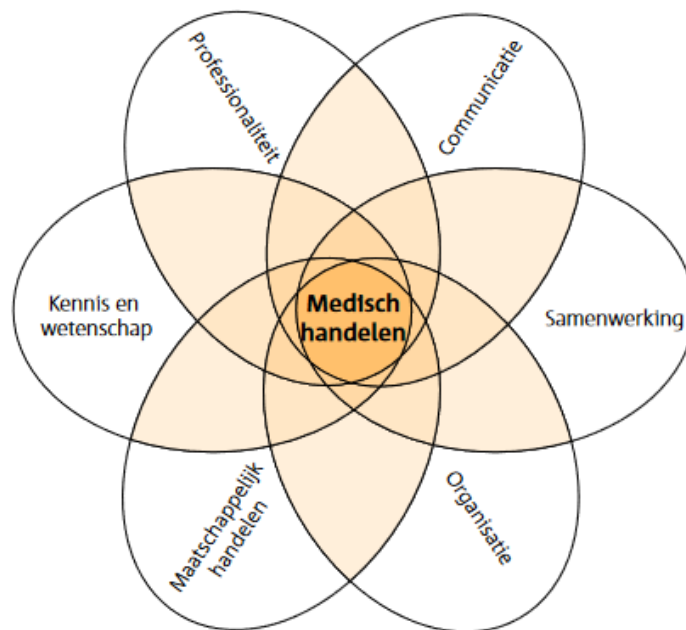


Figuur 5 - Raamwerk Medisch Leiderschap

Leiderschap is volgens het Platform Medisch Leiderschap onderbelicht in de geneeskundeopleiding en zou als aparte competentie daarin moeten worden opgenomen. Elke arts zou deze competentie moeten hebben.

### Psychiateropleiding

In de opleiding van psychiaters, HOOP 2.0 (Braakman & Concilium, 2016), wordt gewerkt met competenties via CanMEDS (Frank, 2015). Dit staat voor Canadian Medical Education Directives for Specialists. Er zijn in dit model zes competentiegebieden die tezamen de zevende competentie, het medische handelen vormen (figuur 6).



Figuur 6 - CanMEDS conform Hoop 2.0 (opleiding psychiatrie)

In de Nederlandse opleiding Hoop 2.0 (Braakman & Concilium, 2016) is medisch leiderschap geen aparte competentie, maar ondergebracht in “organisatie” en “samenwerking”. Centraal in deze competenties staat dat de psychiater het werk goed organiseert en zichzelf ontwikkelt. De psychiater werkt effectief en doelmatig en gebruikt de middelen voor patiëntenzorg verantwoord. De competentie “samenwerken” betekent dat de psychiater bijdraagt aan een effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg. Hierbij worden als voorbeeld genoemd: “functioneel leidinggeven aan een multidisciplinair team”; “groepsinteracties binnen het behandelteam waarnemen en hanteren, onder andere adequate conflicthantering”, “luisteren en helder communiceren”. Voor degenen met interesse is er een module Beleid en Management in de vervolgopleiding psychiatrie.

Medisch leiderschap is geen aparte competentie in het CanMEDS-model en is beperkt opgenomen in de basisopleiding tot psychiater. In de vervolgopleiding is bij interesse de mogelijkheid tot verdieping.

### Visiedocument Medisch Specialist 2020

Vanuit de Federatie Medisch Specialisten is in 2017 een Visiedocument Medisch Specialist 2025 verschenen (Federatie Medisch Specialisten, 2017). Hierin staan de ambities voor medisch specialisten uitgewerkt (figuur 7).

- De medisch specialist beweegt zich in een flexibel netwerk van zorgprofessionals waar de uitkomst van zorg en de behoefte van de patiënt het uitgangspunt is.
- De medisch specialist stelt zich in 2025 meer dan nu, naast zijn rol als medisch behandelaar, op als coach of adviseur. Hij handelt vanuit compassie en medemenselijkheid, met een koel hoofd en een warm hart. Niet alleen naar zijn patiënten, maar ook naar zijn collega's. Er is ruimte voor het delen van ervaringen en het geven van feedback. In teams en tussen zorgprofessionals is sprake van een cultuur waar men elkaar aanspreekt op kwaliteit, doelmatigheid en gedrag.
- Als innovator en klinisch leider. De rol van technologie zal in 2025 groter zijn dan in 2016. De medisch specialist heeft een actieve rol in het ontwikkelen, beoordelen en implementeren van technologische innovaties die daadwerkelijk waarde toevoegen voor de patiënt. Dit vraagt om leiderschap van medisch specialisten. De patiënt wordt nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling, adoptie en implementatie van innovaties.
- Als bevlogen professional. Bevlogenheid draagt bij aan het werkplezier van de medisch specialist en heeft effect op de dienstverlening aan de patiënt. Er is aandacht voor de bevlogenheid door met elkaar te spreken over de energiebronnen (autonomie, ruimte voor professionele ontwikkeling, feedback, sociale steun, geneesplezier en opleidingsklimaat) en energievreters (werkdruk, administratieve lasten, fysieke en emotionele belasting) in het werk. Uit onderzoek blijkt dat het stimuleren van energiebronnen meer effect heeft op het stimuleren van bevlogenheid dan het wegnemen of verlagen van energievreters. Daarom is er in 2025 structureel aandacht voor het welzijn van werkenden in de gezondheidszorg en voor een positieve cultuur waarin de zorg wordt verleend.

Van belang is in dit visiedocument dat de Medisch Specialist een andere rol krijgt ten opzichte van het eigen werk, de collega's, het werkveld en de organisatie. Er worden daarin ook eisen gesteld aan het leiderschap van de specialist.

In het Visiedocument Medisch Specialist 2025 wordt geschetst dat de medisch specialist zich moet gaan ontwikkelen op diverse vlakken, waaronder leiderschap. Er treedt daarmee ook verandering op hoe specialisten zich verhouden tot zichzelf, hun collega's, het werkveld en de organisaties waar ze in werken. En daarmee ook aan de Medische Staf.

*Figuur 7 - Ambities Medisch Specialist - Visiedocument Medisch Specialist 2025*

## AMS

De AMS (NVZ FMS LAD OMS, 2016) levert een duidelijke beschrijving op van wat er verwacht wordt van de specialist in relatie tot de organisatie en de rol van de Medische Staf:

- Het vanuit een medisch specialistische invalshoek leveren van een structurele bijdrage aan de ontwikkeling van de zorgverlening.
- Participeren in commissie, project- en werkgroepen en geïnstitutionaliseerde besluitvormingsorganen (o.a. Medische Staf).
- Een procedurele bijdrage leveren aan de ontwikkeling en implementatie van het organisatiebeleid en bestaande financiële kaders.
- Een inhoudelijke dan wel procedurele bijdrage te leveren aan ontwikkeling en implementatie van het medische beleid, het zorgbeleid en het kwaliteitsbeleid (o.a. protocollen, vak- en organisatieaspecten, producten/diensten).
- Deelnemen aan kwaliteits- en accreditatietrajecten.

Vanuit de AMS wordt duidelijk dat de taken van de medisch specialisten in relatie tot de Raad van Bestuur betekenen dat er nadrukkelijk sprake moet zijn van inspraak op zorginhoudelijk, financieel en organisatorisch vlak. En dat specialisten geacht worden te participeren in geïnstitutionaliseerde besluitvormingsorganen, waaronder de Medische Staf.

### **Eindconclusie Medisch Leiderschap**

Er wordt vanuit het veld gesignaleerd dat er behoefte is aan artsen met de competentie Leiderschap en dat daar in de geneeskundeopleiding meer aandacht aan moet worden besteed. In de psychiateropleiding krijgt beleid en leiderschap weinig aandacht, tenzij er specifieke interesse is van de arts in opleiding. In de AMS staat duidelijk omschreven dat de specialisten inspraak moeten hebben en daarbij participeren in besluitvormingsorganen. Het visiedocument Medisch Specialist geeft tenslotte aan dat de behoefte aan leiderschap alleen maar toeneemt in de toekomst.

## 3.4 De rol van de Medische Staf in de GGZ

### 3.4.1 Structuren in GGZ-instellingen

In veel GGZ-instellingen is er sprake van integraal of duaal management (Joldersma, 2019) in een echelon-structuur. Bij de meeste instellingen is dit duaal management, en dus inhoudelijke professionals, in alle echelons aanwezig, Raad van Bestuur, Directie, Management, teamleiders. Vier of zelfs vijf echelons zijn normaal. Zowel de bedrijfsvoerende kant is daarmee goed vertegenwoordigd in de lijn, alsook de medisch-inhoudelijke kant.

## **Geneesheer-Directeur**

De Geneesheer-Directeur, was van oorsprong de primus inter pares van de specialisten (Vos, 2011). Dat was de collega waar andere collega's naartoe gingen als ze vast liepen of een dilemma hadden. Deze rol heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld tot een andere rol, die uiteen valt in twee delen. Ten eerste is de Geneesheer-Directeur, zeker na de invoering van de Wet Verplichte GGZ, het centrum van alles rondom de toepassing van dwang, drang en juridische maatregelen. Naast deze zaken speelt de Geneesheer-Directeur een grote rol in kwaliteit en veiligheid van de individuele patiënt. De Geneesheer-Directeur is gepositioneerd naast de Raad van Bestuur. Indien de kwaliteit van zorg in het gedrang komt, of er is sprake van een bedreiging van de patiëntveiligheid, dan kan de Geneesheer-Directeur dit signaleren, ingrijpen en daarbij, eventueel via de Raad van Bestuur, het advies geven aan de lijn om dit op te lossen indien dit een structureel probleem betreft. De Geneesheer-Directeur is ook de gesprekspartner van de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

## **Medezeggenschap**

Binnen GGZ-instellingen zijn medezeggenschap wettelijk ingeregeld door de OndernemingsRaad en de CliëntenRaad. Zij hebben instemmingsrecht en adviesrecht op uiteenlopende onderwerpen. De Medische Staf is wettelijk niet verankerd als een derde medezeggenschapsorgaan.

### **3.4.2 Medische Staf in de GGZ**

De Orde der Medisch Specialist (OMS), nu de Federatie der Medisch Specialist (FMS), is zeker al vanaf 2007 (Naarding & Kamsteeg, 2007) in contact met GGZ-instellingen over het oprichten van een Medische Staf. Zij bieden daarvoor begeleiding in de vorm van kennis (bijeenkomsten), modelstatuten en modelovereenkomsten met de organisatie.

In de CAO-GGZ is per 2020 de Medische Staf geformaliseerd. Zij volgt daarmee de Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialist (die dit hebben opgenomen in de CAO-ziekenhuizen. Vanuit de literatuur zijn er een paar ervaringen gedeeld zoals bij GGNet (Naarding & Kamsteeg, 2007). Zij melden in hun artikel dat de positie van de psychiater in GGZ-instellingen uitgehold is en dat ze als psychiaters weer meedenken over de organisatie van zorg. Zij melden dat de leden van de Medische Staf erg tevreden zijn over de Medische Staf. De inspraak en bevoegdheid op het vlak van de vakinhoudelijke beleidsvorming is toegenomen. Ook is de cohesie tussen stafleden gegroeid.

## **Positioneringsnota**

De Federatie Medisch Specialist en de LAD hebben een werkgroep opdracht gegeven om een positioneringsnota te schrijven over medisch specialisten in GGZ-instellingen. Het is een reactie op het Visiedocument Medisch Specialist 2025 (Federatie Medisch Specialist, 2017), waarin er een grote ambitie is uitgesproken richting medisch specialisten om zich te ontwikkelen. Om die ambitie waar te kunnen maken is de werkgroep aangesteld om hier een positioneringsnota over te schrijven. In de Positioneringsnota: Medisch specialist in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (Federatie Medisch Specialist, 2019) wordt gesproken over de taken en verantwoordelijkheden van de medisch specialisten en de Medische Staf. *“(citaat) Via de Medische Staf (algemene ziekenhuizen) en het stafconvent (academische ziekenhuizen) hebben medisch specialisten in ziekenhuizen een duidelijke positie ten opzichte van het bestuur. Via deze gremia kunnen zij collectief en proactief deel uitmaken en verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit en organisatie van de zorgverlening in het ziekenhuis. Hierdoor is de zorgsturing vanuit de medische inhoud geborgd. In GGZ-instellingen was dit tot voor kort niet het geval. Medisch specialisten hebben daardoor nog beperkt zitting in de raden van bestuur, ook ontbreekt vaak een Medische Staf binnen de GGZ-instelling.”*

- Voer een inventarisatie uit naar het aantal medische staven in GGZ-instellingen;
- Vraag uit waarom een Medische Staf wel/niet tot stand is gekomen, wat de randvoorwaarden hiervoor zijn geweest en hoe de samenwerking met de raad van bestuur is;
- Onderzoek ook hoe de juridische inbedding, het mandaat en eventueel het adviesrecht van de Medische Staf zijn vormgegeven en geborgd;
- Stimuleer op geleide van de uitkomsten van deze inventarisatie (best practices) het ontwikkelen en positioneren van medische staven;
- Besteed in de opleiding aandacht aan onderhandelstrategieën en -vaardigheden zodat medisch specialisten voorbereid zijn op deze nieuwe positionering en taken (bijvoorbeeld gemeentelijke aanbestedingsprocedures).

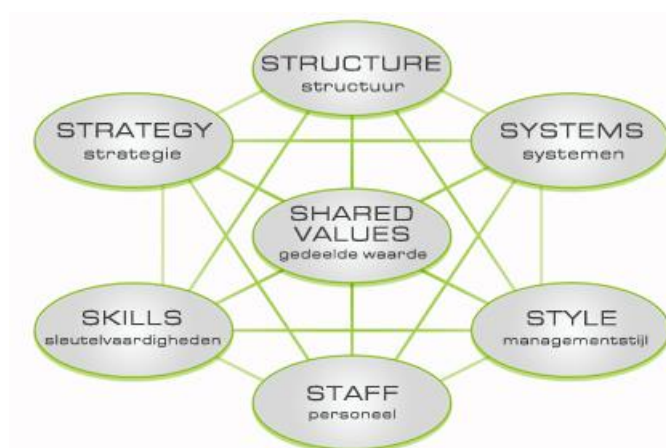
*Figuur 8 - Aanbevelingen positioneringsnota Medische Specialisten in GGZ-instellingen*

Het thema Medische Staf is zeker niet nieuw. Ondanks de aandacht van psychiaters zelf en de OMS heeft dat niet geleid tot een duidelijke positie van de Medische Staf in GGZ-instellingen. Door de Medische Staf nu op te nemen in de CAO-GGZ wordt de positionering van de Medische Staf duidelijk neergezet. De positioneringsnota geeft aanbevelingen aan het veld en aan de FMS hoe verder te gaan met het onderwerp Medische Staf in GGZ-instellingen.

### 3.5 Veranderkundige modellen

Het is expliciet niet de bedoeling van deze thesis om de vormgeving van de Medische Staf vanuit een veranderkundig oogpunt te beschrijven. Het betreft een governance/organisatievraagstuk. Het veranderkundig perspectief is van grote waarde bij implementatie en maakt daarmee onderdeel uit van het geheel. Het implementeren van een Medische Staf, zoals geformuleerd in de CAO en de adviezen van de Federatie Medisch Specialisten, leidt tot een grote verandering. De veranderkundige literatuur geeft daarbij ook inzicht in hoe deze organisatieverandering kan worden beschreven. Er worden twee modellen besproken, de 7 s'en van McKinsey en het STMC-model van De Kunst van Veranderen.

#### De 7s'en van McKinsey



**Strategie:** De strategische doelen / missie

**Structuur:** Hoe is de organisatie ingericht?

**Systemen:** Alle werkwijzen/procedures

**Shared values:** De waarden binnen de organisatie. Oa cultuur, de identiteit van de organisatie en raakt rechtstreeks aan de visie.

**Stijl:** Hoe gaan mensen met elkaar om?

**Staff:** Profielen van mensen en passen ze binnen de organisatie.

**Skills:** Wat zijn de sleutelvaardigheden van de organisatie?

Dit model is een basismodel (Peters & Waterman, 2015) en leent zich daarom voor een eerste verkenning van het veranderkundig aspect van de Medische Staf. Dit model is meegenomen in de open interviews.

Het voordeel van dit model is dat het een breed model is, wat ook breed toepasbaar is. Het leent zich uitstekend voor een eerste verkenning of alle aspecten ten opzichte van de Medische Staf goed in beeld zijn. Het is daarbij ook helpend voor de sensitizing concepts. Vanuit veranderkundig perspectief is er overigens ook kritiek te vinden op dit model, aangezien het een statisch model is en geen aanwijzingen geeft wat verder te doen, nadat de aspecten in kaart gebracht zijn.

### De kunst van veranderen

In het boek “De kunst van veranderen” (Witte & Jonker, 2019) schetsen Marco de Witte en Jan Jonker een verandermodel aan de hand van vier ballen: wat, waarom, wie en hoe. In deze paragraaf wordt ingezoomd op het organisatievraagstuk.

De “wat”-bal gaat over het organisatievraagstuk. Hiervoor wordt de term “STMC” gebruikt, oftewel:

- **Structuur:** alles over het primaire proces, de ondersteunde processen, de richtlijnen.
- **Techniek:** hard- en software. De middelen om het werk mee uit te kunnen voeren.
- **Medewerkers:** Individuele kenmerken van mensen, competenties.
- **Cultuur:** de gedeelde normen en waarden van een organisatie. Het collectieve gedragspatroon, zowel formeel als informeel.

Ook dit model is meegenomen in de open interviews en heeft bijgedragen aan de sensitizing concepts. Door het STMC te gebruiken worden een aantal vraagstukken duidelijk en het droeg op die manier bij aan het ontwikkelen van een blik op alle aspecten die een rol spelen bij het oprichten en inbedden van een Medische Staf. Een nadeel was dat deze bal, geïsoleerd van de andere ballen, op zich weinig meerwaarde had. Om van meerwaarde te kunnen zijn zou het hele veranderkundige model gebruikt moeten worden en daarmee zou de originele insteek van deze thesis teveel verlaten worden.

Door de bril van twee veranderkundige modellen is gekeken om te zien of aan de hand daarvan dit organisatievraagstuk beschreven kon worden. Beiden hebben ze bijgedragen, op zichzelf én in de open interviews, aan het sensibiliseren van de concepten die een rol spelen bij het oprichten en inbedden van de Medische Staf.

## 3.6 Resultaten literatuuronderzoek

Eind jaren '90 is er een grote ontwikkeling in gang gezet, in de gezondheidszorg waarbij de financiering en aansturing van ziekenhuizen sterk veranderde. In algemene ziekenhuizen is van oudsher een wederzijdse afhankelijkheid tussen bestuurders (zonder specialisten geen inkomsten) en specialisten (bestuurders verdelen het geld). De relatie tussen de specialisten en de bestuurders is aan verandering onderhevig. Dat uit zich in de oprichting van Medisch Specialistische Bedrijven, Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband en, overkoepelend, een Medische Staf, waarbij de MSB en VMSD voor de belangenkant zijn en de Medische Staf meer inhoudelijk verbinding geeft. Er zijn daarbij nu duidelijke bewegingen dat ook deze gremia sterk met elkaar verbonden of aan het verbinden zijn.

Het is voor de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg goed als medici leiding geven of zich met governance bemoeien. Daarin spelen wel een aantal factoren een rol, waaronder de context van de organisatie, maar ook de eigen competenties van de manager of bestuurder. Tevens zijn er ook maatschappelijke veranderingen die maken dat er adaptatie nodig is in ziekenhuizen en GGZ-instellingen op het vlak van management en besturing.

Bestuurders worden steeds nadrukkelijker verantwoordelijk gemaakt voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Aangezien dit zaken uit het professionele domein betreft, kunnen bestuurders niet om medici heen. Dat blijkt ook uit de ontwikkelingen rondom de Governance Code in de Zorg, de nadruk wordt steeds meer gericht op gezamenlijke verantwoordelijkheid en transparantie. Aan de andere kant wordt ook de inspraak van specialisten in het beleid van de organisatie steeds groter. Dat maakt dat professionals een beweging richting de organisatie maken en ook moeten omgaan met financiële, publieke of maatschappelijke vraagstukken en niet alleen vanuit het professioneel-inhoudelijke perspectief kunnen blijven kijken.

In GGZ-instellingen is er al jarenlang aandacht voor de Medische Staf. Het lukt echter niet om die duidelijk gepositioneerd te krijgen in GGZ-instellingen. Nu het in de CAO-GGZ verankerd is wordt er een grote urgentie aan gegeven. Psychiaters lijken moeite te hebben om hun positie te pakken, waar andere medisch specialisten in algemene ziekenhuizen dat wel doen.

In de opleiding tot arts is leiderschap en beleid als competentie weinig verankerd. In de opleiding tot psychiater ook. Vanuit de AMS en CAO worden wel steeds meer eisen op dit gebied gesteld aan medisch specialisten. Volgens het visiedocument van de FMS gaat dit de komende jaren tot 2025 jaarlijks toenemen.

## Hoofdstuk 4: Resultaten vooronderzoek

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van hoofdstuk 3 (literatuurstudie) en de open interviews besproken. De combinatie van de literatuurstudie en de open interviews heeft geleid tot een aantal sensitizing concepts die in dit hoofdstuk worden samengevoegd tot een eerste theoretisch model. In paragraaf 4.2 worden de algemene opbrengsten uit de open interviews besproken, in paragraaf 4.3 t/m 4.8 worden de concepten doorgenomen. In paragraaf 4.9 wordt de onderlinge samenhang tussen de concepten besproken, om vervolgens in paragraaf 4.10 te komen tot de conclusie van het vooronderzoek en het definitieve theoretisch model, dat in het vervolgonderzoek wordt gebruikt.

### 4.2 Opbrengst open interviews

De open interviews waren een verkennend van aard. De CAO-GGZ-tekst aangaande de Medische Staf en de toolkit van de FMS dienden als basis voor het eerste gesprek. Er was sprake van een iteratief en inductief proces: in elk volgend interview werd de opgedane kennis getoetst, meegenomen en uitgebreid. Totdat er een duidelijke theorievorming ontstond met verschillende concepten.

Na een aantal interviews ontstonden de volgende hypothesen voor een theoretisch model:

- Er zijn heel veel concepten die van belang zijn bij het oprichten en inrichten van een Medische Staf. Er zijn bepaalde concepten die belangrijker zijn dan anderen, deze werden als thema vaker genoemd;
- De concepten hebben mogelijk onderling een samenhang en wellicht een bepaalde volgordelijkheid;
- Er zit dynamiek in de samenhang van de concepten en ze lijken naast een volgordelijkheid ook een dynamisch verband met elkaar te hebben.

In de volgende paragrafen worden de concepten beschreven vanuit de open interviews en waar mogelijk worden de inzichten vanuit de literatuur hieraan toegevoegd.

| Paragraaf | Factor                              |
|-----------|-------------------------------------|
| 4.3       | Toegevoegde waarde                  |
| 4.4       | Besturingsfilosofie                 |
| 4.5       | Positionering                       |
| 4.6       | Structuur                           |
| 4.7       | Rollen/competenties                 |
| 4.8       | Cultuur/gedrag                      |
| 4.9       | Samenhang/volgordelijkheid/cyclisch |

*Figuur 9 - Overzicht concepten*

### 4.3 Toegevoegde waarde van een Medische Staf

#### Literatuur

In de “Toolkit Oprichten Medische Staf in de GGZ” (Federatie Medisch Specialisten en LAD, 2017) staat genoemd: bepaal het doel van de Medische Staf (punt 2) en: bepaal de toegevoegde waarde voor de Raad van Bestuur (punt 3). Als voorbeelden worden hier genoemd: “Een goed georganiseerde en professionele gesprekspartner”, “Vereenvoudiging van en meer draagvlak voor besluitvorming” en “Meer betrokkenheid en stimulans proactiviteit psychiaters”. Beide punten dragen bij aan een soort gezamenlijke focus op de doelstelling en waarde van de Medische Staf. Of om met Wouter Hart te spreken “de bedoeling” (Hart & Buiting, 2012).

Vanuit de literatuur is er tevens duidelijke evidentie dat het betrekken van medici in het beleid van een ziekenhuis een meerwaarde heeft ten aanzien van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. De Medische Staf is een vorm waarin de inspraak in het beleid geregeld is.

### **Interviews**

Gevraagd werd naar “op welke vraag is de Medische Staf het antwoord?” of “voor welk probleem is de Medische Staf een oplossing?” Bij gesprekken over waarde kwamen ook de termen “meerwaarde” of “potentiële waarde” naar voren. Toegevoegde waarde van de Medische Staf werd door de respondenten gezien in onder andere:

- Het vergroten van de onderlinge cohesie;
- Het vergroten van de collectiviteit van de groep psychiaters (gezamenlijk dingen bespreken en besluiten);
- Het krijgen van invloed op de strategie en besluitvorming van organisaties;
- Het vergroten van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid;
- Het versterken van de identiteit van de psychiaters;
- Het verbeteren van de houding van de psychiaters: van passief en afwachtend naar proactief.

Vanuit de literatuur, zoals omschreven in hoofdstuk 3.2.4 werden de waardensystemen voorgelegd aan de respondenten. Een van de onderwerpen van de gesprekken was of de medische staf verschillende vormen van waarde kan toevoegen, afhankelijk van het type vraagstuk, dus naast professionele waarde ook economische waarde of maatschappelijke waarde.

In relatie tot de governance code werd toegevoegde waarde gezien, voornamelijk voor de bestuurders en toezichthouders. Het gaat dan om waarde in het naleven van de governance code waarin samenwerken en ruimte geven aan professionals centraal staat. Een van de onderwerpen die hier vanuit de open interviews aan gekoppeld werd was “verantwoordelijkheden en verantwoording afleggen”. Daar waren verschillende meningen over, mede afhankelijk van hoe mensen aankeken tegen de Medische Staf.

Een van de kritische punten, die in interviews naar voren kwam, is dat een Medische Staf wellicht helemaal niet nodig is, omdat de huidige structuur in GGZ-instellingen (de lijn, de OR, de informele zeggingskracht van professionals) voldoende kansen biedt aan psychiaters om beleid te maken en mee te sturen. Ook dit is opgenomen in de vragenlijst van de semigestructureerde interviews. Is er wel een echte meerwaarde? Of is er een oplossing bedacht voor een niet-bestaand probleem?

## **4.4 Besturingsfilosofie**

### **Literatuur**

Over de besturingsfilosofie in zorginstellingen is niet heel veel gepubliceerd. Het is vaak onderdeel van artikelen die gaan over de aansturing van zorginstellingen en dan neemt het een bescheiden plaats in. Er is na de semigestructureerde interviews nog een search gedaan, resultaten hiervan zijn opgenomen bij het beantwoorden van de hoofdvraag.

De besturingsfilosofie gaat over richtinggevende opvattingen en principes aangaande de bestuurlijke vorm en inhoud die vertaald worden naar een besturingsmodel en een planning & controlcyclus (van den Berg).

Over besturingsfilosofie in organisaties in relatie tot het oprichten en inbedden van een Medische Staf in GGZ-instellingen heeft de onderzoeker geen literatuur kunnen vinden.

## Interviews

Een concept wat sterk naar voren kwam uit de open interviews was de besturingsfilosofie van bestuurders. De volgende uitspraak van een van de respondenten illustreert dat mooi: *De boodschap vanuit de bestuurders naar de behandelaars is: “We hebben jullie echt nodig”, met als gevolg: “Een mooie ontwikkeling voor de staf en de werkvloer is dat er nu veel beter gesnapt wordt waar dingen vandaan komen. En dat geeft ook weer mogelijkheden om dingen te beïnvloeden.”* Vanuit de bestuurder spreekt een behoefte aan wederkerigheid, met erkenning voor de psychiaterstaf. En vice versa lijkt het onderlinge begrip toe te nemen. Een besturingsfilosofie formuleert een aantal richtinggevende uitgangspunten en principes voor de vormgeving van het besturingsmodel. Bijvoorbeeld de toegevoegde waarde die wordt toegedicht aan een Medische Staf, en hoe dokters en bestuur/management zich zouden moeten verhouden. De besturingsfilosofie bepaalt in wat voor vorm die waarde gegoten gaat worden en in welke mate deze waarde verankerd wordt in de missie, visie en strategie van de instelling.

## 4.5 Positionering van de Medische Staf

### Literatuur

De positionpaper van de FMS over de Medische Staf in GGZ-instellingen gaat met name over de positionering van de Medische Staf ten opzichte van de Raad van Bestuur. In de CAO tekst staat dat de inspraak van de Medische Staf aanvullend is op de wettelijke inspraak die de OR heeft (GGZ Nederland, 2019). Naarding en Kamsteeg schetsen (Naarding & Kamsteeg, 2007) dat de Medische Staf een gunstig effect had op de lijn en vice versa en schetsen daarmee de verhouding met de lijn, in het speelveld van de Medische Staf.

## Interviews

Vragen over het speelveld waar de Medische Staf in zit kwamen hier aan de orde, evenals de verhouding met de Raad van Bestuur. Termen als ‘mandaat’, ‘instemmingsrecht’, ‘vetorecht’ werden benoemd. De positionering werd vaak gezien als helpend bij het herstel van de invloed van de psychiaters op het beleid. Opvallend was dat het woord “macht” regelmatig naar voren kwam. Bij de respondenten uit de algemene ziekenhuizen was het noemen van macht en het omgaan met macht meer op de voorgrond en openlijker dan bij de respondenten met een GGZ-achtergrond. Tevens kwam uit de open interviews de vraag naar voren in hoeverre de Medische Staf overlapt met bijvoorbeeld OndernemingsRaad (OR), waarbij ook naar voren kwam: in hoeverre is de Medische Staf een derde medezeggenschapsorgaan, naast de OR en de CliëntenRaad (CR)?.

## 4.6 Structuur

### Literatuur

Vanuit de CAO staat beschreven dat de organisatie voor ondersteuning moet zorgen: “De instelling stelt tijd, vergaderruimte en administratieve ondersteuning beschikbaar die nodig zijn voor het functioneren van het inspraakorgaan.” (GGZ Nederland, 2019). De vraag in hoeverre dit het geval was en hoe het geregeld is bij instellingen van de respondenten, of instellingen die ze kennen, werd opgenomen in het semigestructureerde interview. De toolkit van de FMS adviseert om formeel een vereniging op te richten. (Federatie Medisch Specialisten en LAD, 2017)

## Interviews

Bij de interviews werd gevraagd naar de inrichting van de Medische Staf. Gaat het informeel vanuit de instelling of wordt er een entiteit opgericht. Ideeën uit de open interviews hierover varieerden, van het oprichten van een Medisch Specialistisch Bedrijf, analoog aan de algemene ziekenhuizen, tot het

vormen van een informele vereniging, om vooral niet te veel weg te drijven van de instelling. Het advies van de FMS aangaande het oprichten van een vereniging kwam ook ter sprake. “Waarom zo nodig een vereniging?”. Dit onderwerp werd door twee respondenten ook gekoppeld aan de heersende cultuur (zie 4.8) : een vereniging kan ook nodig zijn om juist dingen te formaliseren en ruimte te pakken als Medische Staf, zo werd gedacht.

#### 4.7 Rollen en competenties van een Medische Staf

##### Literatuur

In de literatuur wordt gevonden dat het bevorderlijk kan zijn voor de kwaliteit en patiëntveiligheid als medici betrokken zijn bij het beleid van de instelling. De CanMEDS (Frank, 2015) die gebruikt worden in de opleiding van psychiaters geven duidelijk richting aan het medisch handelen, samenwerking en organisatie van zorg voor de individuele specialist en beschrijven de bijbehorende competenties.

In visiedocumenten komen met name de rollen van coach, samenwerker, leider van een team en opleider naar voren. Vanuit het visiedocument medisch specialist 2025 (Federatie Medisch Specialisten, 2017) wordt de ambitie uitgesproken dat de specialist zich ontwikkelt richting coach/adviseur, innovator/klinisch leider en als bevoegen professional.

##### Interviews

Uit de open interviews varieerden de meningen sterk, afhankelijk van de antwoorden op de eerdere vragen. De meeste respondenten gaven aan dat professionals vooral professionals moeten zijn en dat bestuurders moeten besturen. Een soort “schoenmaker blijf bij je leest”. Als competentie werd vaak genoemd het “overstijgend kunnen denken”. Vaak werd dit gekoppeld aan termen als “luisteren”, “elkaars taal spreken”, “samenwerken”.

#### 4.8 Cultuur en gedrag

##### Literatuur

Veranderkundige modellen noemen cultuur als een van de punten om rekening mee te houden bij veranderingen. Zowel bij het model van McKinsey (Peters & Waterman, 2015) als bij het STMC (Witte & Jonker, 2019) is cultuur een van de factoren die sterk van invloed kan zijn op veranderingen.

##### Interviews

Uit de open interviews kwamen legio voorbeelden van projecten, veranderingen of reorganisaties, waarbij cultuuraspecten ervoor gezorgd hebben dat de verandering niet goed verliep of forse vertraging opliep. Ook het gedrag van specialisten of bestuurders was een onderwerp van gesprek, waarbij voorbeelden van gewenst en ongewenst gedrag genoemd werden. Verder kwam naar voren dat cultuur (“zo zijn onze manieren”) kleur en betekenis geeft aan alles wat je doet. Cultuur bepaalt bijvoorbeeld de gepercipieerde toegevoegde waarde van een Medische Staf. Ook kan cultuur een negatieve of positieve betekenis geven aan de besturingsfilosofie. Dus uit de interviews kwam naar voren dat de positioneringsvraagstukken anders worden aangevlogen in een cultuur van vertrouwen of in een cultuur van wantrouwen. Om die reden is het cultuuraspect ook opgenomen in het theoretisch model.

#### 4.9 Onderlinge samenhang, volgordelijkheid en cyclisch

Vanuit de open interviews kwam duidelijk naar voren dat bovenstaande punten met elkaar in verbinding staan. Een voorbeeld: Als je als toegevoegde waarde beschouwt dat een Medische Staf zichzelf professioneel organiseert, dan is het versterkend als zelforganisatie onderdeel is van de besturingsfilosofie. Tevens heeft dan een verband met de positionering van de Medische Staf (vaak: “zo laag mogelijk in de organisatie besluiten nemen”), de structuur (bijvoorbeeld de keuze maken voor een informeel, laagdrempelig overlegorgaan), de rollen/competenties en cultuur/gedrag.

Een hypothese die ontstond tijdens de interviews is dat er een bepaalde samenhang en volgordelijkheid zat in de zes concepten. Dus eerst de toegevoegde waarde bepalen, daarna afstemmen met de geldende besturingsfilosofie, etc, etc. Ook dit werd voorgelegd aan de respondenten van de semigestructureerde interviews: klopt het dat er sprake is van een cyclisch model waarin je alle punten langs gaat? En is er sprake van volgordelijkheid? Deze vragen zijn opgenomen in de semigestructureerde vragenlijst.

#### 4.10 Conclusie

De volgende concepten zijn geïdentificeerd na de open interviews en de literatuurstudie. En zijn een eerste, voorlopig antwoord op de hoofdvraag welke aspecten een rol spelen bij de vormgeving van een Medische Staf in GGZ-instellingen. De eerste theorie is dat aan deze aspecten aandacht gegeven moet worden bij het oprichten en inbedden van een Medische Staf in GGZ-instellingen.

Er wordt *toegevoegde waarde* toegekend door de respondenten aan de Medische Staf in de vorm van cohesie en collectiviteit. Tevens is zowel vanuit de literatuur als vanuit de interviews naar voren gekomen dat de Medische Staf als inspraakorgaan goed kan zijn voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Bij het oprichten en inbedden van de Medische Staf is het van belang dat de manier waarop past bij de *besturingsfilosofie* en het besturingsmodel van de organisatie. De besturingsfilosofie is een belangrijk richtinggevend instrument volgens welke principes de Medische Staf ingericht gaat worden.

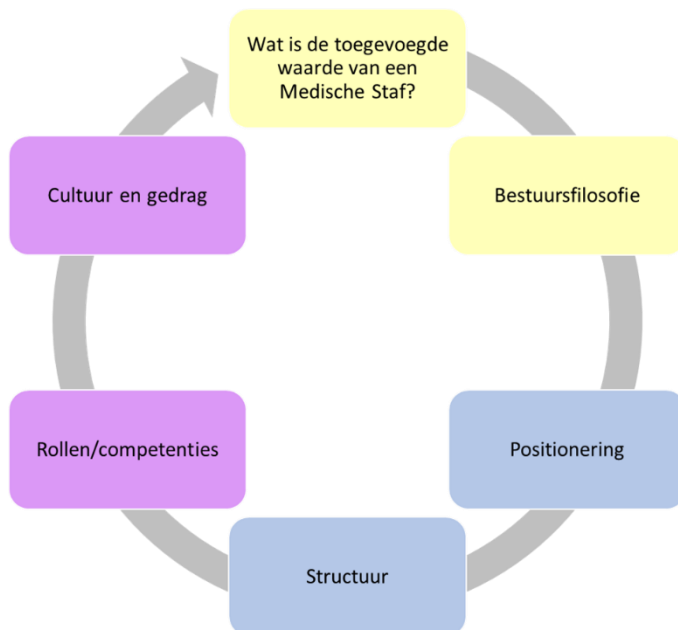
Ten aanzien van de *positionering* is van belang dat er goed gekeken wordt naar het speelveld en hoe de Medische Staf zich verhoudt tot de andere partijen, zoals bijvoorbeeld de OR, de CR, de lijn of de Geneesheer-Directeur. Ook kunnen afspraken worden gemaakt over advisering, instemming en besluitvorming. Dit bepaalt ook de daadwerkelijke invloed die de Medische Staf gaat krijgen.

Ten aanzien van de *structuurkeuzes*, plaats op het organogram, maar ook de ondersteuning moet een gesprek worden gevoerd. Kies je voor een informele of formele vergaderstructuur. Dat bepaalt hoe de Medische Staf wordt toegerust door de organisatie.

Voor het laten draaien van de Medische Staf moeten de leden en het stafbestuur bepaalde *rollen* kunnen vervullen en daarvoor ook bepaalde *competenties* hebben. Er wordt vastgesteld dat dit niet vanzelfsprekend is en dat vanuit de opleidingen tot arts of psychiater weinig aandacht is voor deze rollen en competenties. Het ontwikkelen van de juiste rollen en competenties bepaalt de samenwerking met de organisatie.

Tot slot bepaalt het daadwerkelijke *gedrag* van de specialisten en de bestuurder hoe de Medische Staf daadwerkelijk gaat draaien. De *cultuur* binnen de staf en de organisatie heeft daar een grote invloed op. De respondenten geven tal van voorbeelden hoe een cultuur de samenwerking kan maken of breken in organisaties.

Zowel uit de literatuur als uit de interviews zijn de bovenstaande concepten gekomen. Deze concepten kregen in de open interviews meer diepte en na een aantal interviews ontstond onderstaand theoretisch model.



*Figuur 10 – Grafische weergave eerste theoretisch model*

Belangrijk in dit model zijn de sensitizing concepts, die in het vervolg als “aspecten” zullen worden omschreven. Door ze in één model te plaatsen worden de samenhang getoond. Door er een cirkel en een pijl van te maken wordt getracht de dynamiek zichtbaar te maken. Rondom het model zijn er vragen over de volgorde, of het cyclisch is (dynamiek) en of het bruikbaar is. Deze zijn opgenomen in de vragenlijst voor de semigestructureerde interviews.

Ten aanzien van het cyclische aspect wordt de hypothese opgesteld dat de verbinding in figuur 10 zit tussen Cultuur/gedrag en Toegevoegde waarde. Bij toegevoegde waarde en bestuursfilosofie worden de verwachtingen uitgesproken, dat is als het ware het design. Aan het gedrag is te zien of wat bedacht is ook daadwerkelijk tot uitvoering wordt gebracht. Vragen over deze hypothese zijn opgenomen in de semigestructureerde interviews.

## Hoofdstuk 5: Resultaten van de semigestructureerde interviews

### 5.1 Inleiding

Na het vooronderzoek, in de vorm van literatuuronderzoek en open interviews is een theoretisch model opgesteld. Dit model wordt vervolgens getoetst door semigestructureerde interviews te houden. De vragen hiervan zijn bijgevoegd in bijlage 2. In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van de semigestructureerde interviews. In paragraaf 5.2 worden enkele algemene resultaten besproken. In paragraaf 5.3

### 5.2 Algemene uitkomsten data-analyse

Voor het vervolgonderzoek werd gesproken met acht respondenten. De interviews hebben tussen de 50 en 120 minuten geduurd. Getranscribeerd leverde dit documenten op variërend van 8 tot 19 pagina's. Uit de eerste ronde open codering kwamen 203 open codes. Deze codes zijn gecheckt op redundantie en waar mogelijk nog samengevoegd of opnieuw gedefinieerd, waarop uiteindelijk 177 codes overbleven.

De duur van het interview had niet direct een verband met het aantal verschillende codes in dat gesprek, wat te zien is in onderstaande tabel. Sterker nog, het kortste interview (50 minuten) bevatte het grootste aantal verschillende codes.

| Respondent | Duur interview | Aantal codes |
|------------|----------------|--------------|
| 1          | 50 minuten     | 136          |
| 2          | 75 minuten     | 69           |
| 3          | 65 minuten     | 61           |
| 4          | 55 minuten     | 87           |
| 5          | 100 minuten    | 71           |
| 6          | 120 minuten    | 118          |
| 7          | 60 minuten     | 70           |
| 8          | 55 minuten     | 68           |

*Figuur 11 - Duur interview en aantal codes*

Tijdens de semigestructureerde interviews kwamen de volgende codes het vaakste voor in de interviews. Deze specifieke onderwerpen waren volgens de respondenten van groot belang voor dit onderzoek.

| Naam van de code                                                      | #  |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Positionering Lijn en Medische Staf                                   | 66 |
| Professionals beïnvloeden beleid op de werkvloer / mede-eigenaarschap | 56 |
| Besturingsfilosofie : verbinding lijn en staf                         | 54 |
| Taken Medische Staf : kwaliteit en veiligheid                         | 43 |
| Meerwaarde Medische Staf : kwaliteit en veiligheid                    | 40 |

Uit de interviews kwamen vijf hoofdgroepen, dit zijn de eerste vertakkingen van de codeboom. Hieronder volgt een tabel met deze hoofdgroepen en een omschrijving ervan. Tevens wordt in deze tabel het aantal subcodes met # aangegeven van deze hoofdgroepen.

| Naam                | Omschrijving                                                                                                                                                                                                        | #  |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Besturingsfilosofie | Alles aangaande de besturingsfilosofie van bestuurders, zowel de gewenste als ongewenste kanten hieraan.                                                                                                            | 13 |
| Competenties        | Competenties van specialisten, stafbestuur en bestuurders die nodig zijn voor het goed laten functioneren van de Medische Staf                                                                                      | 23 |
| Cultuur             | Cultuuraspecten in een organisatie en rondom de Medische Staf die helpend of ondermijnend kunnen zijn.                                                                                                              | 15 |
| Gedrag              | Gedragsaspecten van professionals, stafbestuur en bestuurders die helpend of ondermijnend kunnen zijn.                                                                                                              | 12 |
| Medische Staf       | Alle kenmerken rondom een Medische Staf die genoemd werden. Zowel identiteitskenmerken ("een Medische Staf is wel/niet ..."), tot structuurkenmerken alsook taken, rollen en verantwoordelijkheden van dit gremium. | 22 |
| Meerwaarde          | Alles wat als meerwaarde werd gevonden rondom een Medische Staf, ook wel omschreven als "potentiële waarde" of "toegevoegde waarde".                                                                                | 22 |
| Model               | Het theoretisch model wat in de eerste fase (a) en (b) van het onderzoek werd opgesteld is getoetst en aangepast. Alle opmerkingen hierover staan in deze code.                                                     | 3  |
| Positionering       | De Medische Staf in een speelveld. Hoe en waar positioneer je die, zowel intern als extern.                                                                                                                         | 18 |
| Probleem            | Problemen die op dit moment gaande zijn die de Medische Staf bedreigen, of juist de noodzaak van een Medische Staf versterken.                                                                                      | 3  |
| Risico              | Bij het oprichten van een Medische Staf worden keuzes gemaakt. Sommige keuzes leveren een risico op, deze staan hierin omschreven.                                                                                  | 8  |
| Rollen              | Rollen van specialisten, stafbestuur of bestuurders                                                                                                                                                                 | 7  |
| Specialisten        | Kenmerken van deze groep professionals die eigen zijn aan de individuele specialist                                                                                                                                 | 7  |
| Structuur           | Alles omtrent structuurvraagstukken van de Medische Staf in organisaties.                                                                                                                                           | 11 |
| Taken Medische Staf | Wat moet een Medische Staf wel of niet doen?                                                                                                                                                                        | 13 |
| Waardensystemen     | Hoe verhoudt de Medische Staf zich tot de publiek-maatschappelijke, economische en professionele waardensystemen                                                                                                    | 4  |

Een hoger aantal codes betekent dat er veel verschillende dingen over een onderwerp kan worden gezegd. Bij kenmerken van de medische staf, de meerwaarde van de medische staf en de competenties was een groot aantal verschillende codes. Ten aanzien van het theoretisch model, de problemen rondom de inbedding van de medische staf en de waardensystemen waren er weinig verschillende codes. Dat laatste kan duiden op een grote eensgezindheid onder de respondenten of dat het onderwerp gewoon niet heel erg breed is.

### 5.3 Kwalitatieve uitkomsten

Middels de Direct Content Analysis is deductief gezocht naar de concepten van het theoretisch model. Er werd een verdieping nagestreefd van deze concepten.

#### 5.3.1 Resultaten concept “toegevoegde waarde”

Door zeven van de acht respondenten wordt een duidelijke toegevoegde waarde gevonden voor het bestaan van de Medische Staf. Er werden zowel toegevoegde waardes voor de bestuurder als toegevoegde waardes voor de Medische Staf zelf onderscheiden. De helft van de respondenten gaf aan dat toegevoegde waarde afhangt van de context en dat die daarom moet worden meegenomen in het bepalen van de meerwaarde. Tot slot werd er door zes van de acht respondenten een meerwaarde gezien in een representatie van de Medische Staf in een overkoepelend orgaan, waar ook een afvaardiging van andere staven zit. Dit werd in verschillende interviews een “Professionele Staf”, “Stafconvent” of “Professionele AdviesRaad (PAR)” genoemd.

In de onderstaande tabel worden alle codes genoemd, evenals het aantal respondenten dat de codes gebruikte in het interview.

| Code                                                 | Aantal respondenten | Aantal keren genoemd |
|------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| <b>Toegevoegde waarde voor de Medische Staf zelf</b> |                     |                      |
| Kwaliteit en veiligheid                              | 8                   | 40                   |
| Invloed op het beleid                                | 8                   | 34                   |
| Collectiviteit en cohesie                            | 7                   | 19                   |
| Gezamenlijk de doktersdingen regelen, oa somatiek    | 6                   | 16                   |
| Versterken inhoudelijke lijn                         | 6                   | 13                   |
| Welbevinden medewerkers                              | 3                   | 12                   |
| Versterken identiteit van de psychiater              | 4                   | 11                   |
| Financiën                                            | 7                   | 11                   |
| Zelforganisatie                                      | 5                   | 10                   |
| Externe representatie                                | 6                   | 8                    |
| Innovatie                                            | 2                   | 3                    |
| <b>Toegevoegde waarde voor de bestuurder</b>         |                     |                      |
| Samenwerken met een groep artsen                     | 7                   | 36                   |
| Inhoudelijke input voor de strategie                 | 5                   | 14                   |
| Bestuurskracht                                       | 6                   | 11                   |
| Implementatie                                        | 5                   | 10                   |
| Tegenspraak organiseren                              | 4                   | 10                   |
| Governance Code                                      | 6                   | 10                   |
| <b>Toegevoegde waarde van een Professionele Staf</b> |                     |                      |
| Alle regiebehandelaren in een professionele staf     | 6                   | 16                   |
| Draagvlak                                            | 4                   | 12                   |
| Verschillende invalshoeken                           | 4                   | 11                   |

*Figuur 12 – Aantal respondenten en aantal codes bij “Toegevoegde waarde”*

Als het ging over de Medische Staf, dan werd vaak vertrokken vanuit de meerwaarde voor het primaire proces, de patiëntenzorg. Het gaat dan om het regelen van de dokterszaken, kwaliteit en veiligheid en het hebben van invloed op het beleid wat het primaire proces beïnvloedt.

Drie van de acht respondenten koppelen de kwaliteit en veiligheid ook aan het economische waardensysteem, door te stellen dat bij reorganisaties, aanpak wachtlijsten of financiële kwesties het inhoudelijke geluid van groot belang is voor een kwalitatief goede en duurzame oplossing.

---

*“De kern van de omschrijving is dat je als professionals van een bepaalde discipline bij elkaar komt en nadenkt over de inhoud van het vak”*

---

De kwaliteit en patiëntveiligheid werd ook besproken in relatie tot externe zaken, zoals bijvoorbeeld het blijven op het eigen vakgebied ten aanzien van nieuwe richtlijnen en ontwikkelingen. “Waar gaat het vakgebied naartoe en wat betekent dat voor de keuzes die wij als organisatie moeten maken?” zoals een respondent aangaf. Dat betekent volgens zes respondenten ook dat de Medische Staf zou moeten doen aan visievorming die gedeeld moet worden met de organisatie.

Voor bestuurders werd als belangrijkste toegevoegde waarde gezien het samenwerken met de groep specialisten. Als andere toegevoegde waarde werd het ophalen van het inhoudelijke geluid ten bate van de strategie genoemd. Iets wat complementair is met de bovengenoemde visievorming en het delen daarvan.

De meerwaarde van een Medische Staf werd ook gezien in relatie tot problemen die heersen in GGZ-instellingen. Psychiaters zijn ontevreden en ze verlaten GGZ-instellingen om als ZZP’er te gaan werken. Zeven van de acht respondenten geven aan dat een meerwaarde van de Medische Staf kan zijn dat de cohesie en het gevoel van collectiviteit in de groep psychiaters flink kan toenemen. Bij ongeveer de helft van de respondenten werd ook een positief effect op het welbevinden van de medewerkers gevonden en een positief effect op de identiteit van psychiaters als beroepsgroep. Het weer trots op je vak zijn dus.

In een zorgorganisatie zijn verschillende waardensystemen met elk hun eigen logica en belevingswereld. Deze waardensystemen zijn besproken met de respondenten. Vijf respondenten vinden dat de Medische Staf zich qua waardensystemen binnen de waardensystemen van de organisatie moet bewegen. Dat houdt in dat ze niet losgekoppeld van de organisatie zich kunnen ontwikkelen. Zorginhoud is belangrijk, maar niet de enige waarde in de organisatie, dus niet alles kan. Er zijn soms financieel ook beperkingen, dat moet gewogen worden.

Ten aanzien van de Medische Staf vonden alle respondenten dat de Medische Staf ‘eigenaar’ is van het professionele waardensysteem. Dat gaat over kwaliteit, veiligheid, zorginhoud, richtlijnen en ontwikkeling.

Ten aanzien van de andere waardensystemen vinden zeven respondenten dat de Medische Staf zich tot alle waardensystemen moet verhouden. De Medische Staf moet zich volgens de respondenten ook inzetten voor een goed financieel beleid. De klantwaarden moeten ook door de Medische Staf besproken worden. Maatschappelijke en publieke waarden idem.

Zes respondenten vonden dat een afvaardiging van alle regiebehandelaren in een professionele staf belangrijk. Voor zo'n professionele staf werd als toegevoegde waarde gezien om alle regiebehandelaren vertegenwoordigd te hebben in een professionele staf. Dat vergroot het aantal invalshoeken rondom vraagstukken en vergroot het draagvlak voor implementaties.

Door alle respondenten werd kwaliteit en veiligheid als toegevoegde waarde gezien, evenals de invloed van psychiaters op het beleid van de instelling. Daarnaast werd ook toegevoegde waarde gezien in de collectiviteit en cohesie van psychiaters onderling. Voor bestuurders zit de toegevoegde waarde in de samenwerking met de groep psychiaters als geheel. Zes respondenten zien meerwaarde in het oprichten van een professionele staf, waarin alle regiebehandelaren vertegenwoordigd worden.

### 5.3.2 Resultaten concept "Besturingsfilosofie"

Door alle respondenten werd aangegeven dat de besturingsfilosofie als onderlegger van het bestuursmodel van groot belang is. Er worden voorbeelden gegeven van werkende besturingsfilosofieën, maar ook wanneer het juist niet werkt. Bij vijf van de acht respondenten kwam duidelijk naar boven dat "de bestuurder bestuurt", om aan te geven dat de Medische gezien wordt als een adviesorgaan. Door zes van de acht respondenten werd bevestigd dat "een structuurplaatje niet genoeg is". Het van belang om de Medische Staf zodanig te positioneren dat hij past in de missie, visie en strategie van een organisatie. Bij alle respondenten werd de Medische Staf als een goede ontwikkeling gezien, passend bij termen als "shared-decision-making" en "mede-eigenaarschap". Passend bij een ontwikkeling van decentralisatie en de toegenomen vraag aan professionals om zelf regie te pakken.

Vijf respondenten noemen als risico dat "als de bestuurder het nut niet inzielt, dan lukt het niet". Twee respondenten noemen dat juist in die omstandigheden het oprichten van een vereniging en het eigenstandig gaan opereren een middel is om alsnog de zeggenschap af te dwingen.

| Code                                                                                            | Aantal respondenten | Aantal keren genoemd |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Professionals beïnvloeden het beleid / mede-eigenaarschap                                       | 8                   | 56                   |
| Verbinding tussen lijn en staf                                                                  | 8                   | 54                   |
| Veel tijd besteden aan professionals                                                            | 8                   | 20                   |
| De bestuurder bestuurt                                                                          | 5                   | 17                   |
| Blij zijn met professionals die zich willen organiseren                                         | 8                   | 15                   |
| Een structuurplaatje is niet genoeg                                                             | 6                   | 12                   |
| Professionals in the lead                                                                       | 2                   | 12                   |
| Leiderschapsstijl                                                                               | 6                   | 10                   |
| Top-down                                                                                        | 3                   | 10                   |
| Werken met krachtenvelden                                                                       | 4                   | 8                    |
| Gebruik je persoonlijke extra vaardigheden/talenten                                             | 3                   | 7                    |
| Organisatievorm                                                                                 | 5                   | 6                    |
| Zelfvertrouwen is nodig omdat mensen autonomer moeten handelen in het belang van de organisatie | 2                   | 5                    |

Figuur 13- Aantal respondenten en aantal codes bij "Besturingsfilosofie"

Alle respondenten zijn het er over eens dat professionals inhoudelijk betrokken zijn bij het beleid van een organisatie en zich mede-eigenaar voelen van het primaire proces. Dat past bij een besturingsfilosofie waarbij de professional een hoge mate van autonomie heeft. De Medische Staf wordt gezien als een ontmoetingsplek van psychiaters, waarin de zorginhoudelijke vraagstukken besproken worden. Deze kunnen dan met de Raad van Bestuur besproken worden, waardoor er vanuit de Medische Staf invloed op de strategie van de instelling komt.

---

*"Wij zijn een professioneel bedrijf, dus wat je wil is dat je bedrijf gedragen wordt door de professionals. En dan heb je ook nog bedrijfsvoerders en die helpen als het ware de professionals om de juiste dingen te doen."*

---

Er wordt ook veel aandacht besteed aan hoe, vanuit de besturingsfilosofie, de verbinding er moet uitzien tussen de Medische Staf (of professionele staf) en de lijn. Er wordt door zes van de acht respondenten gepleit voor een goed contact tussen alle lagen (directie, managers) en de Medische Staf. Een belangrijke reden die genoemd wordt is dat het Bestuur zelf niet zaken implementeert, daar zijn directeuren en managers voor. Dus als de Medische Staf met een bestuurder afsprekt om een bepaalde richting op te gaan, dan moet er voor de implementatie daarvan contact zijn tussen de mensen die de implementatie uitvoeren (professionals, manager, directeur) en de Medische Staf. Ook de informele macht van de professionals wordt genoemd: als vanuit de lijn een voorstel tot implementatie of verandering komt en de professionals/Medische Staf staan daar niet achter, dan gebeurt het niet.

Een van de risico's die genoemd wordt is het wij/zij-denken, of polarisatie tussen de psychiaters en de lijn. Vijf van de acht respondenten noemen dit als bedreigend voor de constructieve samenwerking. Psychiaters worden als afvallig gezien, zodra ze een lijnfunctie gaan bekleden volgens twee respondenten. Als oplossing wordt door 3 respondenten het blijven aangaan van de dialoog genoemd.

De besturingsfilosofieën lopen uiteen van enerzijds de wens tot samenwerken, waarbij de bestuurder bestuurt. Tot de andere kant van het spectrum, een voorbeeld van een algemeen ziekenhuis, waarin de Medische Staf centraal staat en een organisatiestructuur is ingericht ten dienste van de specialisten. Inhoudelijk is er variatie van een prikkeling op de intrinsieke motivatie (een beweging van overvloed, waarin iedereen wordt aangemoedigd om persoonlijke talenten tot uiting te laten komen). Tot een besturingsfilosofie waarin hyperspecialisatie en het gebruik van boegbeelden centraal staat. Dit leidt tot stevige krachtenvelden, met als achterliggende gedachte dat waarin mensen elkaar tot grote hoogten stuwten.

---

*“Ze hebben het allemaal heel erg druk, ze hebben enorme productie waar ze aan moeten voldoen. Dus ik vind dat je als organisatie heel blij moet zijn, als je medisch specialisten de moeite nemen om dit ook echt te doen. Daar moet je ze bij helpen.”*

---

Tot slot wordt nog genoemd dat bestuurders veel tijd willen besteden aan hun professionals. Hiermee wordt bedoeld dat er veel tijd wordt genomen voor overleg, om zaken goed door te spreken en om draagvlak te creëren. Vier respondenten ervaren een kloof tussen de bestuurders en de psychiaters en willen deze graag overbrugd zien door bestuurders en psychiaters veel tijd met elkaar te laten doorbrengen.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>De besturingsfilosofie is belangrijk. Positieve effecten in relatie tot de besturingsfilosofie zijn dat de psychiaters meer invloed hebben op het beleid van de instelling. Dat er meer verbinding tussen de psychiaters en de bestuurders ontstaat. En dat er ook meer verbinding tussen de lijn en de psychiaters ontstaat. Bestuurders willen graag veel tijd besteden aan hun professionals voor overleg en draagvlak. Er wordt vaak een kloof ervaren tussen bestuur en de psychiaters, die zou overbrugd kunnen worden door regelmatig tijd met elkaar door te brengen.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 5.3.3 Resultaten concept “Positionering”

Een van de belangrijkste onderwerpen bij positionering was de verhouding tussen de Medische Staf en de lijn. Er was veel eenduidigheid: de lijn is de lijn, daar worden besluiten genomen en beleid geïmplementeerd. De Medische Staf hoort bij de staf en geeft advies vanuit deskundigheid van het primaire proces.

Een van de vragen was dat de Medische Staf kan ook worden gezien als een tweede inhoudelijke pijler, waarbij de vraag is of die de lijn versterkt of juist uitholt. Door alle respondenten wordt gezegd dat er een natuurlijke spanning tussen de lijn en de staf kan ontstaan, die wenselijk is. De aard van de spanning ligt vaak in het verschillende perspectief, waarbij de specialisten vanuit een professioneel perspectief kijken en de managers met een “verwaterde blik” (respondent 2) kijken, omdat zij binnen de financiële en andere kaders van de organisatie moeten werken. Drie respondenten spreken in dit opzicht ook over wantrouwen, achterdocht en polarisatie tussen de werkvloer en de lijn, die ook overslaat op de interactie tussen de Medische Staf en de lijn. Alle respondenten geven aan dat het van groot belang is dat niet alleen de bestuurders, maar dat alle managementlagen contact hebben met de Medische Staf en dan met name de inhoudelijke managers en directeuren. Indien er samenwerking ontstaat en partijen constructief kunnen handelen, dan kunnen de lijn en de Medische Staf elkaar versterken. Indien dat niet goed loopt, dan kunnen ze elkaar gaan tegenwerken of uithollen.

Door alle respondenten wordt de georganiseerde inspraak door psychiaters als zeer positief gezien, waarbij de Stafvorming in hun instelling óf al bestaat (vijf van de acht respondenten) , óf als geschikt wordt bevonden (drie van de acht respondenten). De staf wordt als adviserende organisatorische eenheid gezien. Vier van de vijf bestuurders vragen zich wel af of stafvorming niet ouderwets is en of het past bij de richting die ingeslagen wordt door de instelling, waar decentralisatie en autonomie centraal staat.

| Code                                                      | Aantal respondenten | Aantal keer genoemd |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Lijn en Medische Staf                                     | 8                   | 66                  |
| Lijn en professionele Staf                                | 6                   | 34                  |
| Psychologenstaf                                           | 7                   | 29                  |
| De OR                                                     | 8                   | 29                  |
| Verpleegkundigen                                          | 8                   | 22                  |
| Andere behandelaren moeten ook invloed                    | 6                   | 20                  |
| Instemmingsrecht/adviesrecht                              | 6                   | 17                  |
| Een derde medezeggenschapsorgaan                          | 7                   | 15                  |
| Cliëntenraad                                              | 6                   | 14                  |
| Opleiding                                                 | 6                   | 10                  |
| Alle lagen contact met de Medische Staf                   | 7                   | 9                   |
| Geneesheer-Directeur                                      | 6                   | 6                   |
| Verzekeraar                                               | 3                   | 6                   |
| Slechte positie van professionals in GGZ-instellingen     | 5                   | 5                   |
| IGJ                                                       | 4                   | 5                   |
| Raad van Toezicht                                         | 3                   | 5                   |
| Onderzoeksafdeling/wetenschap                             | 3                   | 4                   |
| De aard van de afdeling bepaalt de invloed van welke staf | 2                   | 3                   |

*Figuur 14 - Aantal respondenten en aantal codes bij "Positionering"*

Zeven van de acht respondenten benoemden het vraagstuk “hoe om te gaan met de verschillende groepen professionals”. Als je de Medische Staf positioneert geef je de psychiaters een duidelijke positie. Hoe zit het dan met de andere professionals? Als voorbeelden worden genoemd door de respondenten: verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen, gz-psychologen en klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde. Bij één instelling hebben, naast de regiebehandelaren, de vaktherapeuten en vakbegeleiding een eigen vakgroep. Bij een andere instelling is er sprake van een adviesraad voor verzorgenden, naast de verpleegkundige adviesraad. Vijf van de acht respondenten geven aan dat er voordelen zitten aan alle regiebehandelaren een stem geven. Een GGZ-instelling bestaat uit verschillende onderdelen, waarin verschillende regiebehandelaren een hoofdrol spelen. In de generalistische basisGGZ zijn GZ-psychologen en verpleegkundigen sterk vertegenwoordigd en psychiaters bijna niet. In opnameklinieken in de specialistische GGZ zijn psychiaters juist zeer sterk vertegenwoordigd en psychologen bijna niet. Door meerdere regiebehandelaren inspraak en invloed te geven, kan je op plekken in de organisatie die groepen bevragen die daar ook het meeste invloed zouden moeten hebben. Een tweede voordeel, zo geven 3 respondenten aan, is dat er geadviseerd kan worden vanuit een specifieke deskundigheid. Dat kan een goed meervoudig perspectief geven. Een laatste reden die door vier van de acht respondenten wordt genoemd is dat in de GGZ sprake is van een zeer sterke mate van multidisciplinair werken. Dat zou ook in de adviesstructuur naar voren moeten komen.

Als oplossing hiervoor wordt een professionele staf genoemd door zes van de acht respondenten. Vier respondenten denken dat het een goed idee zou zijn als er verschillende staven zouden zijn voor verpleegkundigen, psychologen en psychiaters en dat die zich door hun bestuur zouden laten vertegenwoordigen in een professionele staf of een professionele adviesraad. Vier respondenten geven aan dat dat sterk bevorderend zou kunnen werken voor de gezamenlijkheid. Naast de gezamenlijkheid, zou deze professionele staf kunnen helpen bepalen welke vraagstukken bij welke staven terecht komen, aldus drie van de 8 respondenten. Een meerwaarde die drie respondenten voor een bestuurder zien is dat de bestuurder voortaan nog maar aan één tafel hoeft te zitten (de professionele staf) in plaats van aan drie, vier of zelfs vijf. Als kanttekening wordt door de drie respondenten wel aangegeven ‘dat het dan wel goed moet lopen’.

---

*“Als medisch specialisten niet het idee hebben dat ze betrokken zijn bij beleid en organisatie van een instelling, dan lopen ze of weg, of ze gaan contra werken. Gaan hun eigen dingen doen. Ze laten zich niet leiden door managers of dat soort types. Dat doen ze niet.”*

---

Als risico wordt in de interviews benoemd dat er mogelijk tweespalt kan ontstaan, omdat een groep regiebehandelaren extra invloed krijgt, waar anderen dat niet krijgen. Een ander risico wordt ook door de respondenten benoemd: wat als psychiaters via de inspraak beslissingen beïnvloeden die over andere beroepsgroepen gaan? Geeft dat geen onderlinge spanning of problemen?

De Medische Staf zit in een speelveld met verschillende interne en externe partijen. Een overzicht is grafisch weergegeven in figuur 15.



Figuur 15 - Aantal respondenten en aantal codes bij "Positionering"

Er werd stilgestaan bij de vraag of de Medische Staf een derde medezeggenschapsorgaan is, net als de OndernemingsRaad (OR) (29x genoemd) en de CliëntenRaad (CR) (14x genoemd). Vijf respondenten geven aan dat het geen wettelijk vastgelegd medezeggenschapsorgaan is. Zes respondenten geven aan dat ze de Medische Staf wel alle kenmerken van een medezeggenschapsorgaan heeft en dat ze de Medische Staf ook als zodanig zouden willen behandelen. Een bestuurder geeft aan dat, als de Medische Staf zich positioneert op de inhoud, de OR wellicht zich meer over andere zaken, zoals de arbeidsvoorwaarden zou kunnen buigen. De Medische Staf heeft geen instemmings- of adviesrecht, zoals een OR dat wel heeft.

---

*"Ik denk dat de staf nog iets meer zou moeten laten weten wat er moet gebeuren.  
'... van deze principes moet je uitgaan'.*

*En dat dan het bestuur zegt: 'we gaan dit implementeren en dit zijn de randvoorwaarden.' De taak van het implementeren, daar is juist de lijnorganisatie goed op ingericht en die moet je gebruiken."*

---

Er is verschil van mening tussen de respondenten over de gebieden waar de Medische Staf zich over uit zou moeten spreken, waarbij alle respondenten het eens zijn dat de Medische Staf het primaat heeft over het primaire proces en dan met name op het gebied van kwaliteit, veiligheid, opleiden en kennisontwikkeling. Voor wat betreft extra verantwoordelijkheden op andere gebieden verschillen de meningen sterk: Van een puur professionele blik waarin de focus ligt op advies ten aanzien van kwaliteit en veiligheid (en niet meer dus...) tot het integraal meebesturen van het ziekenhuis en dus ook meebeslissen over financiële, organisatorische of maatschappelijke vraagstukken. Drie respondenten geven aan dat dit ook afhangt van een mate van taakvolwassenheid van de Medische Staf en/of de organisatievolwassenheid.

De Medische Staf is een plek, volgens alle respondenten, waar belangen een plek hebben. Dan gaat het niet over de arbeidsvoorwaarden, wel over werkomstandigheden. Een voorbeeld wat terugkomt in de interviews is de belasting die de 24uurs-diensten opleveren voor psychiaters. De belangen en de zorginhoudelijke kwesties kunnen niet altijd gescheiden worden. Ze hebben beiden een plek in de Medische Staf, aldus 6 respondenten. Echter, er wordt gewaarschuwd door zeven respondenten, dat als de belangen van psychiaters de boventoon voeren, de samenwerking met de Medische Staf bedreigd wordt, omdat het niet meer constructief is. Vier respondenten vinden dat de belangen qua tafel gescheiden moeten worden in het overleg met de Raad van Bestuur. Een bestuurder verwijst naar de OR om belangenkwesties te behartigen. Een Medische Staf is geen vakbond, zo zeggen drie respondenten.

Positionering was de meestbesproken factor. De Medische Staf is een staforgaan en heeft daarmee een adviserende rol. Besluitvorming, implementatie en uitvoering ligt in de lijn. Het is daarom van belang dat de verhouding met de lijn goed geregeld is. Met de inhoudelijke kant van de lijn kan een natuurlijke spanning ontstaan, die wenselijk is. Het is aan te raden voor managers en directeurs om goed contact te hebben met de Medische Staf. Dan kunnen ze elkaar versterken.

Ook de andere professionals zouden gepositioneerd moeten worden. Er zijn onderdelen van GGZ-instellingen waar het aandeel van psychiaters klein is. Daar zou de invloed van andere beroepsgroepen groter moeten zijn. Alleen psychiaters invloed geven en andere beroepsgroepen niet kan leiden tot polarisatie. Voordelen van andere beroepsgroepen ook inspraak geven zijn een meervoudig perspectief. Verder zou dit ook recht doen aan het multidisciplinair werken wat gemeengoed is in GGZ-instellingen. Als oplossing wordt het oprichten van verschillende staven genoemd, die zich laten vertegenwoordigen in één professionele staf.

De Medische Staf is wettelijk geen medezeggenschapsorgaan, maar heeft er wel veel kenmerken van. Qua bevoegdheden zijn instemmings- en adviesrecht niet geregeld in de CAO.

#### 5.3.4 Resultaten concept “Structuur”

Bij het bevragen op structuur kwam de vraag over het neerzetten van de Medische Staf in een organisatie het vaakst naar voren. Bij zeven van de acht respondenten leefde het vraagstuk of doelen en middelen zo niet door elkaar gehaald werden. Het staat nu in de CAO, dus het moet. Het doel is “inspraak”, het middel is “Medische Staf”. Het oprichten van een Medische Staf is niet een doel op zich. Zes respondenten gaven ook aan dat voor deze grote organisatieverandering het niet genoeg was om alleen een aanpassing in de organisatiestructuur te maken. Er is meer nodig.

| Code                                                    | Aantal respondenten | Aantal keer genoemd |
|---------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Medische Staf moet worden neergezet in GGZ-instellingen | 7                   | 29                  |
| Oprichten vereniging                                    | 6                   | 20                  |
| Professionele staf                                      | 5                   | 13                  |
| De lijn implementeert wat het bestuur besluit           | 5                   | 13                  |
| Ondersteuning                                           | 6                   | 13                  |
| Psychologenstaf                                         | 5                   | 10                  |
| Verpleegkundige staf                                    | 7                   | 10                  |
| Alle lagen hebben contact met de Medische Staf          | 6                   | 9                   |
| Plaats van de Medische Staf in het organogram           | 3                   | 6                   |
| Verdeling vraagstukken onder de staven                  | 5                   | 5                   |
| P&C-cyclus                                              | 2                   | 2                   |

Figuur 16 - Aantal respondenten en aantal codes bij “Structuur”

Bij vijf van de acht respondenten werd aangegeven dat er een officiële vereniging wordt opgericht met een vertegenwoordiging door een stafbestuur. De respondent uit het algemene ziekenhuis gaf aan dat de Medische Staf zich als vereniging gedraagt, maar dat ze niet hebben gekozen om dit te formaliseren. Als meerwaarde van het oprichten van een vereniging werd door vijf respondenten genoemd dat het de psychiaters verplicht om zelf regels op te stellen, hun doel te omschrijven en dit ook na te komen. Verder wordt de vereniging gebruikt als model, omdat een vereniging verantwoording aflegt aan de leden. Dat benadrukt de interne cohesie nog meer volgens drie respondenten.

Een vereniging biedt ook de mogelijkheid tot een samenwerkingsovereenkomst tussen de GGZ-instelling en de vereniging Medische Staf. Dat wordt als meerwaarde gezien voor zowel bestuurders als psychiaters door drie respondenten, omdat deze afspraken dan ook formeel nagekomen moeten worden. Het geeft meer stevigheid in de afspraken.

---

*“Als je het gaat doen, dan moet je het goed doen, dan ga je naar de notaris, dan heb je een verenigingsreglement, dan heb je een bestuur. Dan heb je samenwerkingsafspraken met de instelling. Je hebt een contributieregeling. En je hebt inderdaad ook een verantwoordelijkheid. En je legt verantwoording af. Dan zien mensen ook een beetje bleek wegtrekken. Maar, dat is denk ik de enige manier om het op een goede manier te doen.”*

---

Vier respondenten geven overigens ook aan dat het oprichten van een vereniging een middel is om iets te bereiken en geen doel op zich. Het is een structuurkeuze die volgt als andere dingen, zoals positionering geregeld zijn. Als effecten van de structurele inbedding worden genoemd: de behoefte aan een steviger organisatievorm, een toename van de effectiviteit van het overleg van psychiaters, toename van het gevoel van eigen verantwoordelijkheid onder psychiaters en een verbetering van de besluitvorming. Het oprichten van een juridische entiteit, zoals een vereniging, dient volgens vijf respondenten met name om ruimte op te eisen, die blijkbaar niet ervaren wordt.

Vier respondenten geven aan dat de Medische Staf niet teveel gebureaucratiseerd moet worden. Ze bedoelen daarmee dat de Medische Staf niet dezelfde wettelijke rechten en plichten moet nastreven als de OR. Als de Medische Staf zich bijvoorbeeld met instemmings- of adviesrecht wil gaan buigen over alle besluitvorming (als voorbeeld: gebouwen, voedselveiligheid, hygiëne), da wordt dat als een verspilling van de psychiateren ervaren. Het primaat van de Medische Staf ligt bij de zorginhoud, zo zeggen drie respondenten.

Een van de onderwerpen die ter sprake kwam was de ondersteuning die benodigd is voor de Medische Staf. Zes van de acht respondenten stonden hier bij stil. In de onderstaande tabel is aangegeven hoeveel uur het stafbestuur per week heeft en in geval van respondent 6 hoeveel uren gewenst zijn. Secretariële ondersteuning is aanwezig, bij 4 respondenten van 8 tot 16 uur per week. In een geval is er sprake van een volledig secretariaat in dienst van de Medische Staf zelf. Tot slot wordt omschreven dat er beleidsondersteuning wordt gegeven vanuit de organisatie bij 2 respondenten. In één geval is de beleidskant zelf georganiseerd door de Medische Staf door het in dienst nemen van beleidsmedewerkers.

| # | Stafbestuur uren/wk | Secretarieel | Beleid           |
|---|---------------------|--------------|------------------|
| 1 | 2                   | Ja           | Nee              |
| 2 | -                   | -            | Ja (organisatie) |
| 3 | 4                   | Ja           | Nee              |
| 6 | 4-8 gewenst         | Ja           | Nee              |
| 7 | ?                   | Ja           | Ja (zelf)        |
| 8 | 4                   | Ja           | Ja (organisatie) |

Figuur 17 - Ondersteuning Medische Staf vanuit de organisatie

Qua plaats in het organogram wordt de Medische Staf gekoppeld aan de Raad van Bestuur door drie respondenten. Bij twee respondenten *onder* de Raad van Bestuur, waarbij één respondent aangeeft dat de Medische Staf specifiek onder de inhoudelijke bestuurder staat. Bij de respondent uit het algemene ziekenhuis staat de Medische Staf *naast* de Raad van Bestuur op het organogram.

Tot slot wordt door vijf respondenten bij structuur en werkafspraken nogmaals benadrukt dat de Raad van Bestuur de strategische richting aangeeft en de Medische Staf een adviesorgaan daarin kan zijn. De lijn, directeuren en managers, implementeert het beleid. De vijf respondenten geven aan dat een goede overlegstructuur tussen de lijn en de Medische Staf daarvoor voorwaardelijk is.

De respondenten noemden ook bij structuur de professionele staf, zoals genoemd bij “positionering” in paragraaf 5.3.3 en dan met name het feit dat de organisatiestructuur hierop aangepast moet worden.

### Taken medische staf

De respondenten hebben zich ook uitgesproken over de taken van de Medische Staf. Hieronder staan ze weergegeven, inclusief het aantal respondenten.

| Taak van de Medische Staf                                                                            | Aantal respondenten |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Het opkomen voor en bevorderen van de kwaliteit van zorg en het vergroten van patiëntveiligheid      | 8                   |
| Gevraagd en ongevraagd advies geven aan de Raad van Bestuur                                          | 7                   |
| Vergaren van kennis en dat delen met de organisatie / Raad van Bestuur                               | 6                   |
| Bijblijven op het vakgebied                                                                          | 7                   |
| Vooruitkijken op het vakgebied en visie ontwikkeling                                                 | 6                   |
| Contacten onderhouden met externe partijen, zoals verwijzers, beroepsvereniging, andere organisaties | 7                   |
| Je als staf laten informeren over belangrijke zaken binnen de organisatie                            | 5                   |
| Collega's aanspreken bij disfunctioneren                                                             | 4                   |
| Aanwezig zijn bij sollicitaties van bestuurders, directeuren, managers, nieuwe psychiaters           | 3                   |
| Zelforganisatie van waarneming en dienstrooster                                                      | 3                   |

*Figuur 18 - Taken van de Medische Staf*

Het oprichten en inbedden van de Medische Staf is een CAO-verplichting, maar geen doel op zich. Het doel is het organiseren van inspraak voor psychiaters. Als effecten van een structurele inbedding worden genoemd: steviger organisatievorm, toename effectiviteit van overleg, toename gevoel van eigen verantwoordelijkheid en verbetering van de besluitvorming van psychiaters.

Het formaliseren van de Medische Staf door het oprichten van een juridische entiteit als een vereniging heeft als gevolg dat er ruimte ingenomen wordt, die blijkbaar niet gevoeld wordt door psychiaters. Het verplicht psychiaters ook tot het zelf organiseren van de beroepsgroep. Er wordt dan gewerkt met een samenwerkingsovereenkomst met de Raad van Bestuur. De Medische Staf is op het organogram ook gekoppeld aan de Raad van Bestuur. Meestal eronder, soms ernaast.

Ondersteuning vanuit de organisaties is nodig en wordt geleverd in de vorm van uren, secretariële ondersteuning en soms beleidsmedewerkers.

### 5.3.5 Resultaten concept "Rollen en competenties"

Bij de competenties kwam er een driedeling naar boven, de competenties van een bestuurder, de competenties van een lid van de Medische Staf en die competenties die in het bijzonder gelden voor het stafbestuur. Een voorbeeld daarvan is de competentie "overstijgend denken", deze geldt volgens zeven van de acht respondenten voor alle psychiaters. Alleen voor het stafbestuur geldt deze competentie in het bijzonder om goed te functioneren als stafbestuur.

| Code                                                                            | Aantal Respondenten | Aantal keer genoemd |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Specialist / stafbestuur (* = competenties stafbestuur in het bijzonder)</b> |                     |                     |
| Overstijgend denken *                                                           | 7                   | 30                  |
| Samenwerken                                                                     | 7                   | 27                  |
| Invloed uitoefenen<br>/belangenspel/geel *                                      | 8                   | 25                  |
| Verbinden *                                                                     | 6                   | 11                  |
| Vakkennis op orde                                                               | 4                   | 10                  |
| Rol: adviseur                                                                   | 5                   | 10                  |
| Organisatiesensitiviteit *                                                      | 6                   | 9                   |
| Werken in een krachtenveld                                                      | 5                   | 8                   |
| Rol: expert                                                                     | 4                   | 8                   |
| Rol : mensen die een stap<br>meer doen                                          | 3                   | 7                   |
| Groepsbelang boven<br>eigenbelang                                               | 4                   | 7                   |
| Onderhandelen                                                                   | 4                   | 7                   |
| Achterban meekrijgen *                                                          | 3                   | 6                   |
| Spreek elkaars taal                                                             | 3                   | 5                   |
| Je eigen waarde goed kennen                                                     | 3                   | 5                   |
| Doelmatig werken                                                                | 3                   | 4                   |
| Gezag hebben onder collega's<br>*                                               | 2                   | 3                   |
| Flexibiliteit                                                                   | 2                   | 3                   |
| Rol : verbinder                                                                 | 2                   | 3                   |
| Dialogo vanuit meerdere<br>perspectieven                                        | 3                   | 3                   |
| PDCA / discipline *                                                             | 2                   | 3                   |
| Rol: coach                                                                      | 2                   | 3                   |
| Rol: strateeg                                                                   | 2                   | 2                   |
| Opleiden / coachen                                                              | 2                   | 2                   |
| Rol : innovator                                                                 | 2                   | 2                   |
| <b>Bestuurder</b>                                                               |                     |                     |
| Samenwerken                                                                     | 8                   | 22                  |
| Vertrouwen op je professionals<br>en lijn / delegeren                           | 6                   | 20                  |
| Verbinden                                                                       | 5                   | 9                   |
| Besluiten nemen                                                                 | 4                   | 8                   |
| Meervoudig perspectief                                                          | 2                   | 2                   |

*Figuur 19 -Aantal respondenten en aantal codes bij "Rollen en competenties"*

Bij rollen kwam met name de rol van adviseur naar voren voor leden van de Medische Staf, wat congruent is met de eerdere concepten, waarin de Medische Staf als staforgaan en niet als lijnorgaan gepositioneerd is.

De competentie “*overstijgend denken*” werd met 30x het vaakst genoemd en is volgens zeven van de acht respondenten belangrijk voor psychiaters en in het bijzonder voor het bestuur van een Medische Staf. Het is belangrijk om wensen en belangen van de Medische Staf op een goede manier over te kunnen brengen in de organisatie. En het besef dat de organisatie ook financiële en publiek-maatschappelijke taakstellingen heeft en dat die taakstellingen een rol spelen bij de inhoud. Door een van de respondenten werd ook geschetst dat dit tot nu toe op veel plekken juist niet het geval is, dat psychiaters het nadenken over deze taakstellingen hebben weggeschoven naar de lijn en de Raad van Bestuur om het op te lossen. En als het dan opgelost wordt, dan wordt er gemopperd op de beslissingen. Die dynamiek wordt door drie respondenten herkend en ook wordt de wens uitgesproken dat GGZ-instellingen uit die dynamiek komen.

De competentie “*samenwerken*” werd door zeven van de acht respondenten 27x genoemd als belangrijk voor de leden van de Medische Staf. Het gaat dan om interne samenwerking: onderling, samenwerking met andere professionals, samenwerking met de lijn en de Raad van Bestuur, samenwerking met andere gremia, zoals de psychiateropleiding, de OR of een onderzoeksafdeling. Ook externe samenwerking werd genoemd in de vorm van contacten met professionals in andere organisaties en beroepsverenigingen. Een van de uitwerkingen van deze competentie gaat volgens vier respondenten ook over het vermogen om soms het groepsbelang boven het individuele belang te laten prevaleren. Specifiek noemden 3 respondenten: als er dingen besloten zijn door de groep, dan ga je dat ook uitvoeren, ook al ben je het er niet mee eens.

---

*“Je moet je echt wel, en dat doen de meeste mensen wel, je moet je echt realiseren dat je niet in splendid isolation aan het timmeren bent. Dat het betekenis heeft en geld kost. En dat doen de meesten wel.. De een kan het beter dan de ander.”*

---

*Invloed uitoefenen, het belangenspel, “geel”* (volgens de Caluwé) werd ook als een belangrijke competentie gezien voor psychiaters en in het bijzonder voor het stafbestuur, daar waren alle respondenten het unaniem over eens, het werd 25x genoemd. De respondenten geven aan dat invloed van een Medische Staf op het beleid van een instelling zeer belangrijk is en dat voor psychiaters deze competentie van groot belang is. De organisatie wordt door een van de respondenten omschreven als “een jungle” en “van het stafbestuur mag worden verwacht hoe ze in zo’n jungle aan het werk moeten gaan” (respondent 2). Zeven respondenten geven aan dat er ook een risico zit aan een Medische Staf dat zorginhoud en belangen door elkaar kunnen lopen. Belangen kunnen een bedreiging zijn voor het constructief verlopen van de samenwerking van de Medische Staf met de organisatie, zo zeggen vijf respondenten. Zeven respondenten geven aan dat een Medische Staf specifiek voor zorginhoudelijke vraagstukken is en niet voor de belangen, maar dat in de praktijk deze zaken toch door elkaar lopen. Dat vraagt des te meer van de competentie om goed om te gaan met het belangenspel door specifiek het stafbestuur, zo geven alle respondenten aan.

Voor bestuurders werd “*samenwerken*” ook genoemd als belangrijke competentie door alle respondenten. Ze geven aan dat besluitvorming zonder de psychiaters erin te betrekken niet werkt. Luisteren en ruimte geven aan een Medische Staf is volgens zeven respondenten van groot belang om de Medische Staf van waarde te laten zijn. Volgens drie respondenten is helpend als een van de bestuurders psychiater is, om een betere samenwerking te krijgen met de Medische Staf.

---

*“En daar zit eigenlijk de kern in de zin van we zijn natuurlijk bestuurlijk zoek je al heel lang natuurlijk naar manieren om die vermeende kloof tussen bestuur en ik noem maar, werknemers , te overbruggen”*

---

Zes respondenten vinden het voor een bestuurder van belang dat hij of zij kan vertrouwen op de professionals en de lijn en dat de bestuurder goed kan delegeren. Al deze respondenten geven tevens aan dat het past in een manier van besturen waarin eigenaarschap en verantwoordelijkheden laag in de organisatie, soms decentraal, worden neergelegd. Het is volgens drie respondenten ook niet doenlijk voor de psychiater-bestuurder om het hele vakgebied in detail te overzien en daarom moet ook vertrouwd worden op de inhoudelijke input van de professionals en de Medische Staf. Vier respondenten geven aan dat oplossingen die op de werkvloer door mensen zelf bedacht worden per definitie beter zijn dan als ze bedacht worden door bestuurders of directeuren.

Een andere vorm van vertrouwen door bestuurders die door twee respondenten genoemd word is het in contact brengen van de Medische Staf met de Raad van Toezicht. Om goed toezicht te kunnen houden is het van belang dat de Raad van Toezicht ook contact heeft met de Medische Staf om zich een goed beeld te kunnen vormen. Het gaat dan om wederzijds vertrouwen in de Medische Staf om de Raad van Toezicht transparant te informeren vanuit verschillende perspectieven.

Zes van de acht respondenten geven aan dat verbinden een specifieke competentie van het Stafbestuur moet zijn. Vijf van de acht respondenten geven aan dat dit ook voor een bestuurder van groot belang is. Het gaat dan om mensen met elkaar te verbinden om vraagstukken op te lossen. Ook de vaardigheid om in contact te blijven wordt genoemd door vier van de acht respondenten.

De respondenten vonden het belangrijk om stil te staan bij de rollen en de benodigde competenties, daarmee is dit ook een belangrijke factor.

Voor psychiaters werden als belangrijke competenties samenwerken, overstijgend denken, invloed uitoefenen en verbinden genoemd. Als rol werd de rol van adviseur belangrijk geacht.

Voor het stafbestuur werden in het bijzonder overstijgend denken, invloed uitoefenen en verbinden genoemd.

Voor bestuurders werden de competenties samenwerken, “vertrouwen op je professionals/lijn en delegeren”, verbinden en besluiten nemen belangrijk gevonden.

#### 5.3.6 Resultaten concept “Cultuur en gedrag”

Cultuur en gedrag overlappen elkaar deels in de interviews. Als voorbeeld: Waar bij cultuur genoemd wordt “zelfbewustzijn van professionals”, hoort daar als gedrag bij dat je je zelfbewust gedraagt. Hetzelfde geldt voor “respect voor elkaar”, wat als cultuur kan worden omschreven, maar waar dan ook het respectvolle gedrag bij past. Uit de interviews kwam naar voren dat de cultuur en gedrag onder specialisten, in dit geval psychiaters, anders kan zijn dan de cultuur in de organisatie. Bij de interviewvragen is ook aandacht besteed aan de cultuur- en gedragsaspecten bij bestuurders.

---

*“Uiteindelijk gaat het maar om één ding: hoe consistent ben je in je gedrag en luister je naar elkaar en wil je in gezamenlijkheid werken?”*

---

| Code                                                                                      | Aantal respondenten | Aantal keer genoemd |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Algemene kenmerken professionals/organisatie/bestuurder</b>                            |                     |                     |
| Luisteren naar elkaar                                                                     | 7                   | 32                  |
| Constructief                                                                              | 6                   | 17                  |
| Voor zaken opkomen                                                                        | 6                   | 13                  |
| Respect naar elkaar                                                                       | 3                   | 13                  |
| Mensen vormen een organisatie met elkaar                                                  | 5                   | 12                  |
| Openheid                                                                                  | 4                   | 10                  |
| Aanspreken van elkaar                                                                     | 4                   | 7                   |
| Aanpakken                                                                                 | 4                   | 7                   |
| Zet je persoonlijk in                                                                     | 5                   | 7                   |
| Afspraak is afspraak                                                                      | 4                   | 6                   |
| Doe wat extra                                                                             | 3                   | 5                   |
| Mensen willen zich verbinden                                                              | 4                   | 4                   |
| Klagen                                                                                    | 2                   | 2                   |
| Consistent zijn                                                                           | 2                   | 2                   |
| Activisme op één issue                                                                    | 1                   | 2                   |
| <b>Aspecten voor psychiaters specifiek</b>                                                |                     |                     |
| Versterken identiteit en zelfbewustzijn psychiaters                                       | 7                   | 26                  |
| Vertrouwen tussen professionals                                                           | 7                   | 17                  |
| Professionals hebben hun eigen regels                                                     | 5                   | 10                  |
| Gedrag: zelf alles willen doen                                                            | 4                   | 9                   |
| Als iets gezamenlijk besloten is dan voer ik het uit (ook al ben ik het er niet mee eens) | 3                   | 5                   |
| Geen openlijk verzet maar mokken/meestribbelen                                            | 4                   | 4                   |
| <b>Aspecten voor bestuurder specifiek</b>                                                 |                     |                     |
| Stevig                                                                                    | 5                   | 7                   |
| Openheid                                                                                  | 4                   | 6                   |
| Betrouwbaar                                                                               | 5                   | 5                   |
| Complementair                                                                             | 3                   | 3                   |

Figuur 20 - Aantal respondenten en aantal codes bij "Cultuur en gedrag"

Zeven respondenten geven aan dat *luisteren naar elkaar* zeer belangrijk is, het wordt 32x genoemd. Het gaat dan om intern in de Medische Staf het luisteren van psychiaters naar elkaar. Maar ook buiten de Medische Staf, in relatie tot het bestuur ten aanzien van het betrekken van psychiaters bij belangrijke beslissingen. Het goed in contact zijn van de lijn met de Medische Staf is belangrijk. Een van de respondenten geeft aan dat het belangrijk is "dat je luistert.. écht luistert" als bestuurder naar je Medische Staf. Andere woorden die door deze zeven respondenten genoemd worden zijn: "erkend worden", "feedback geven", "dingen uitspreken", "twijfels durven uiten" en "rekening houden met weerstand en angsten". Deze termen worden gebruikt om aan te geven waarom het belangrijk is om te luisteren.

Zes respondenten gaven aan dat “*constructief zijn*” een belangrijk aspect is qua cultuur en gedrag voor de Medische Staf. Dit wordt in andere woorden bevestigd door vijf respondenten. Er wordt door drie respondenten ook gekoppeld aan de uitspraak : “niet alleen de lusten, ook de lasten”, die van toepassing zou moeten zijn op de Medische Staf. Hiermee wordt bedoeld dat de Medische Staf zich mede-verantwoordelijk maakt voor problemen in de organisatie en constructief en in samenwerking meedenkt over oplossingen.

---

“Dus dan heb je eigenlijk, als je die Medische Staf bij elkaar hebt, en het lukt om daar iets constructiefs van te maken in relatie tot de lijnorganisatie die er ook altijd is. Dan heb je eigenlijk een hele krachtige groep mensen die leiding geeft aan grote delen van de patiëntenzorg. “

---

Een van de problemen in de cultuur bij veel GGZ-instellingen is dat psychiaters ontevreden zijn en vertrekken, aldus zes van de acht respondenten. Drie respondenten geven als oorzaak de slechte positie van de psychiaters in GGZ-instellingen en zien de Medische Staf ook als een kans voor herstel van deze positie. Vier respondenten vertellen dat Medische Staven tot op heden wel bestaan in instellingen, maar dat de inspraak niet van de grond komt. Dat ook leidt in twee gevallen tot het beschrijven van de Medische Staf als “een lotgenotengroep” waarin klagen centraal staat. Dat leidt ook volgens vijf respondenten tot “wij/zij-denken” en een risico op polarisatie, waardoor de samenwerking tussen de Medische Staf en de lijn gespannen is. Drie respondenten koppelen top-down besturen aan deze ontevredenheid.

Specialisten, psychiaters, hebben volgens zes respondenten een eigen cultuur met eigen kenmerken. Dit wordt teruggevonden in codes als “specialisten hebben hun eigen regels” (vijf respondenten) en “zelf alles willen doen” (4 respondenten). Een kenmerk van de psychiater is dat hij of zij in het 1-op-1-contact met patiënten zijn of haar werk doet, het primaire proces. Zeven respondenten bevestigen dit. Een van de respondenten geeft aan dat de organisatie als doel moet hebben dat dat werk naar behoren kan worden uitgevoerd. En dat psychiaters het duidelijk aangeven als organisatorische aspecten hun werk in de weg zitten. Dat betekent ook dat het perspectief van de psychiater altijd vanuit de patiënt en de eigen spreekkamer is, wat “specialisten hebben eigen regels” en “zelf alles willen doen” verklaart. Psychiaters hebben een grote autonomie en verantwoordelijkheid en zijn gewend om dingen op hun eigen manier te doen. Dit wordt door zes respondenten aangegeven.

---

*“Het zou een mooi doel zijn als de psychiaters en zeker voor zo’n stafbestuur, de missie zouden voelen om hun eigen vak weer mooi en inspirerend te laten zijn.”*

---

Tot slot wordt door zeven respondenten aangegeven dat de Medische Staf kan bijdragen aan een cultuur waarin de psychiaters zelfbewust en trots rondlopen en waarin de identiteit van de psychiater verstevigd wordt. Termen als “een vakman die staat voor zijn vak en niet met zich laat sollen”, “ga maar staan en doe wat.. dan doe je tenminste wat en dan zien we verderop wel wat er gebeurt”, “trots jezelf laten zien op de Bühne met onderscheidende research, kennisontwikkeling en projecten”.

Drie respondenten zien een Medische Staf als een verzamelplek voor dokters. Het is een plek waar je mensen kan ontmoeten die veel weten van een onderwerp waar jij net mee bezig bent. Het is ook een plek waar je collega's kan vragen om mee te denken bij een ingewikkelde situatie, of om te peilen of je niet verkeerd zit in een situatie.

Cultuur en gedrag worden door de respondenten als een belangrijk aspect gezien. In organisaties wordt door de respondenten belang gehecht aan “luisteren naar elkaar”, “constructief”, “voor zaken opkomen”, “respect naar elkaar” en “mensen vormen een organisatie met elkaar”.

Voor psychiaters wordt de Medische Staf ook als kans gezien om de identiteit van het vak van psychiater te versterken en meer zelfbewustzijn te ontwikkelen. Een belangrijke factor is dat er vertrouwen is tussen de psychiaters onderling en tussen de psychiaters en andere professionals. Voor specialisten, en dus ook voor psychiaters, geldt dat ze hun eigen regels hebben en dingen op hun manier willen doen. Dat valt te verklaren vanuit hun autonome rol, waarin ze dagelijks beslissingen nemen. De risico's die genoemd worden als psychiaters te weinig positie hebben, dat er een klaagcultuur ontstaat die bijdraagt aan de ontevredenheid en het vertrek van psychiaters uit GGZ-instellingen. Tevens kan er in dat geval polarisatie ontstaan tussen de psychiaters en de lijn die constructieve samenwerking in de weg staat. Top-down besturen werkt deze polarisatie in de hand en moet volgens de respondenten voorkomen worden.

### 5.3.7 Resultaten aangaande theoretisch model

Ten aanzien van het model zelf rapporteren vijf respondenten dat het systematisch afgaan van deze concepten nuttig is. Het bestrijkt veel aspecten en is daarmee bruikbaar om te praten over de vormgeving van de Medische Staf in GGZ-instellingen.

Het model wordt door vijf respondenten als redelijk compleet gezien. Er zijn vanuit de verschillende respondenten ook aanvullingen op het model. Als aanvulling wordt gegeven om sociale relaties specifiek toe te voegen, of om die in het midden te zetten, in ieder geval de mens of mensen met elkaar centraal in het model. Een andere respondent vult aan dat de concepten onderling verbonden zijn. Als het bij één concept erg scheef loopt, dan beïnvloedt dat de andere concepten. Dan gaat het uit balans, of dan knapt er iets.

Qua volgorde zeggen twee respondenten dat ze de concepten kras gebruiken. Een volgorde aanhouden wordt niet als passend bij de werkelijkheid of als nuttig gezien. De structuur wordt door drie respondenten als sluitpost gezien: de plek waar de afspraken gemaakt worden, nadat op andere vlakken overeenstemming is. Voor twee respondenten begint het bij strategie en de besturingsfilosofie. Zij vinden dat de besturingsfilosofie de toegevoegde waarde beïnvloedt.

| Code                | Aantal respondenten | Aantal keer genoemd |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| Fases               | 5                   | 14                  |
| Compleetheid model  | 5                   | 11                  |
| Bruikbaarheid model | 5                   | 10                  |

Figuur 21 - Aantal respondenten en aantal codes bij “Theoretisch model”

Door vijf respondenten wordt aangegeven dat er een fasering aanwezig is die het model beïnvloedt. De mate waarin de organisatie en de Medische Staf taakvolwassen is beïnvloedt de aard van de gesprekken. Als voorbeeld wordt gegeven dat bij een organisatie waar chaos heerst, het heel erg gaat over het bevechten van een plek als Medische Staf, het gaat dan vaak ook over strijd en belangen, aldus een respondent. Bij een taakvolwassen organisatie en Medische Staf geven twee respondenten aan, is er een grote mate van zelforganisatie en kunnen de gesprekken tussen bestuurder en Medische Staf op een taakvolwassen manier gevoerd worden. Het is belangrijk dat de fase van ontwikkeling tussen de concepten onderling wel congruent zijn, zo zeggen vijf respondenten. Ook zien diezelfde vijf respondenten dat er een ontwikkeling mogelijk is in de samenwerking. Er kan gestart worden met de basis en dat kan uitgebouwd worden naar een verregaande taakvolwassen samenwerking.

---

*“En je zou kunnen zeggen: iedere organisatie kent een zekere mate van volwassenheid en je hebt daar verschillende fases in, in die volwassenheid, en misschien moet je wel bedenken dat een meer volwassen organisatie meer recht doet aan zo’n medische staf. Dat zou best kunnen.”*

---

Het theoretisch model wordt gezien als nuttig en redelijk compleet. De concepten zijn belangrijk voor de vormgeving van de Medische Staf en het zijn stuk voor stuk goede onderwerpen om gesprekken over te voeren om tot afspraken te komen.

Er zijn suggesties om “sociale relaties”, “mensen” of “mensen met elkaar” in het midden van het model te zetten om te benadrukken dat het daar over gaat.

Er is volgens de respondenten geen duidelijke volgorde in de concepten. Voor twee respondenten begint het met de besturingsfilosofie. Voor drie respondenten eindigt het altijd bij structuur. Twee respondenten geven aan dat de concepten zich kris kras aandienen.

Er wordt gesproken van een fasering voor wat betreft de taakvolwassenheid van een organisatie en een Medische Staf. Bij een lage taakvolwassenheid gaat het over strijd, het bevechten van een plek en belangen. Bij een hoge taakvolwassenheid is er sprake van een goede zelforganisatie van de Medische Staf en kunnen gesprekken op een taakvolwassen manier gevoerd worden. Het is belangrijk dat alle concepten congruent ten opzichte van elkaar zijn.

## Hoofdstuk 6: Conclusie

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden op basis van de resultaten antwoorden gegeven op de deelvragen. Vervolgens wordt de centrale vraagstelling beantwoord vanuit het onderzoek. In het laatste deel worden de conclusies van de onderzoeker gedeeld en een beschouwing gegeven.

### 6.2 Antwoorden op de deelvragen

#### **1. Hoe is de Medische Staf in GGZ-instellingen te vergelijken met die van algemene ziekenhuizen en kan er iets geleerd worden van de algemene ziekenhuizen?**

In algemene ziekenhuizen tekent zich in ruim twintig jaar tijd een omgeving af, waarin de Medisch Specialisten steeds meer aan een overlegtafel met de Raad van Bestuur zitten. Middels het document Medische Staf worden vanaf 2006 de afspraken en verhouding tussen medici en bestuurders vastgelegd. De samenwerking begint gedwongen door de wederzijdse afhankelijkheid van de Raad van Bestuur en de specialisten op financieel vlak. En ontwikkelt zich richting een vorm nu waarin bestuurders en medici steeds meer samen het ziekenhuis besturen. Per 2015 is een deel van de specialisten in loondienst en verenigd via een VMSD. Een ander deel van de specialisten is verenigd in een MSB. Beiden onderhandelen met het ziekenhuis over het budget wat zij ontvangen en zijn daarmee in aard een belangenorgaan. De Medische Staf is de plek waar alle specialisten elkaar ontmoeten en waar met name de inhoudelijke zaken besproken worden.

De psychiaters staan nu met hetzelfde vraagstuk waar de specialisten in ziekenhuizen eind jaren '90 voor stonden: hoe gaan we ons verhouden tot het ziekenhuis? Welke bevoegdheden hebben we? Hoe zorgen we dat de belangen en de zorginhoudelijke vraagstukken op een goede manier de aandacht krijgen die ze verdienen?

Het eerste wat leerzaam is voor psychiaters en GGZ-instellingen is dat de specialisten daar veel meer het primaat over hun vak uitoefenen. Zeggenschap over de inhoud door specialisten staat niet ter discussie.

Een tweede wat psychiaters van algemene ziekenhuizen kunnen leren is om de belangen en zorginhoudelijke vraagstukken van elkaar te scheiden. Dat hoeft niet altijd in een apart gremium, maar dat voorkomt wel dat dingen door elkaar lopen. Daarmee kan voorkomen worden dat het door elkaar loopt, wat kan leiden tot conflicten.

Een derde punt wat psychiaters van algemene ziekenhuizen kunnen leren is om zich goed te organiseren. Een gemeenschappelijk geluid is belangrijk. Zowel vanuit het governanceperspectief als vanuit het perspectief van de specialisten is een stevig inhoudelijk geluid zeer wenselijk en passend bij de ontwikkelingen van de afgelopen twintig jaar. Er wordt steeds nadrukkelijker om gevraagd.

#### **2. Wat wordt er verwacht van de Medische Staf, vanuit het oogpunt van een bestuurder of een psychiater?**

Vanuit het standpunt van de psychiater kan de Medische Staf gezien worden als een ontmoetingsplek voor psychiaters. Het is een plek waar zorginhoud en dan met name gerelateerd aan kwaliteit en patiëntveiligheid voorop staan. Het is ook een plek waar het welbevinden van collega's voorop staat en waar collega's kunnen worden gesteund of aangesproken, indien nodig.

Praktische zaken kunnen gezamenlijk geregeld worden zoals bijvoorbeeld het regelen van medische zaken omtrent somatiek en richtlijnen. Ook de verantwoordelijkheid voor het dienstrooster en de waarneming kan gezamenlijk worden opgepakt.

Voor psychiaters biedt de Medische Staf ook een mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het beleid van een instelling. Voorbeelden hiervan zijn het interpreteren van tevredenheidsonderzoeken van patiënten, of het lezen van inspectierapporten. Maar ook het ontwikkelen van een visie op de toekomst het vakgebied, zodat die visie kan worden meegenomen in de strategie van de GGZ-instelling.

Voor de bestuurder is de Medische Staf een orgaan waarvan hij mag verwachten dat die zich als een goede gesprekspartner opstelt. De bestuurder kan afspraken met de groep psychiaters als geheel maken en daarmee kan de bestuurder effectief samenwerken. De Medische Staf kan nuttig zijn bij het aanleveren van inhoudelijke input voor de strategie. Tevens kan de Medische Staf fungeren als een georganiseerde tegenspraak om inhoudelijke plannen te toetsen.

Uit dit onderzoek komende de volgende taken naar voren die een Medische Staf kan uitvoeren.

- Het opkomen voor en bevorderen van de kwaliteit van zorg en het vergroten van patiëntveiligheid;
- Gevraagd en ongevraagd advies geven aan de Raad van Bestuur;
- Vergaren van kennis en delen met de organisatie / Raad van Bestuur;
- Bijblijven op het vakgebied;
- Vooruitkijken op het vakgebied en visie ontwikkeling;
- Contacten onderhouden met externe partijen, zoals verwijzers, beroepsvereniging, andere organisaties;
- Je als staf laten informeren over belangrijke zaken binnen de organisatie;
- Collega's aanspreken bij disfunctioneren;
- Aanwezig zijn bij sollicitaties van bestuurders, directeuren, managers, nieuwe psychiaters;
- Zelforganisatie van waarneming en dienstrooster.

### **3. Wat zegt de literatuur over bestuurs- en managementparticipatie van specialisten over wat relevante aspecten van een Medische Staf kunnen zijn?**

Uit de literatuur blijkt dat inspraak en invloed door Medisch Specialist positief is voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

Uit het artikel van Shortell en LoGerfo blijkt dat de belangrijkste factoren zijn: De voorzitter van de Medische Staf zit in de Raad van Bestuur (hospital board); Dokters zijn betrokken bij belangrijke beslissingen van het ziekenhuis; De frequentie van bijeenkomsten van de Medische Staf, hoe vaker, hoe meer informatieuitwisseling, wat leidde tot snellere implementatie van verbetering; of artsen voor één ziekenhuis werken, of voor meerdere. Voor één ziekenhuis werken gaf betere uitkomsten.

De uitkomst van de systematic review over de rol van medici in kwaliteit en patiëntveiligheid (Parand et al., 2014) is dat er zeker een positief effect is aan te wijzen als medici als manager werkzaam zijn. Er is een betere outcome, betere prestaties en de processen zijn beter ingericht. Het effect is klein en door het kleine aantal studies is het moeilijk om dat effect te generaliseren.

Goeschel et al (Goeschel et al., 2010) schrijven dat de aansprakelijkheid voor fouten in de zorg steeds meer bij bestuurders komt te liggen. Er wordt daarbij gepleit voor het intensief samenwerken met een Medische Staf en daarbij ook het toevoegen van medici in de Raad van Bestuur, om deze risico's op een adequate wijze te kunnen dragen.

Weiner, Shortell en Bryant geven aan (Weiner et al., 1997) dat het betrekken van een Medische Staf in de governance van een ziekenhuis leidt tot betere resultaten op het vlak van kwaliteit. Ze geven daarbij ook aan dat het betrekken van alle medici bij de governance leidt tot minder goede resultaten. Daarmee pleiten ze voor het werken met een vertegenwoordiging van de artsen (Medische Staf) om tot betere resultaten te komen op het vlak van kwaliteit van zorg.

Succi en Alexander (Succi & Alexander, 1999) schrijven dat het betrekken van medici in management of het bestuur van een ziekenhuis niet vanzelf leidt tot betere resultaten, dat hangt af van de Medische Staf. Bij goed functionerende staven hebben de medici die besturen of managen een goede impact. Indien ze dat niet hebben, dan raden ze aan om de Medische Staf in een ziekenhuis onder de loep te nemen en te kijken welke factoren de impact hinderen.

### 6.3 Beantwoording van de hoofdvraag

#### **Welke aspecten spelen een rol bij de vormgeving van een Medische Staf in GGZ-instellingen?**

Uit dit onderzoek blijkt dat er zes aspecten een belangrijke rol spelen bij de vormgeving van een Medische Staf in GGZ-instellingen. Hieronder worden deze zes aspecten besproken.

##### **Toegevoegde waarde**

Na literatuuronderzoek en open interviews ontstaan er een aantal concepten die sterk naar voren komen. Er wordt *toegevoegde waarde* toegekend door de respondenten aan de Medische Staf in de vorm van cohesie en collectiviteit. Tevens is zowel vanuit de literatuur als vanuit de interviews naar voren gekomen dat de Medische Staf als inspraakorgaan goed kan zijn voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Deze termen worden in de semigestructureerde interviews verder uitgediept.

Vanuit de semigestructureerde interviews kwam het volgende:

Door alle respondenten werd *kwaliteit en veiligheid* als toegevoegde waarde gezien, evenals *de invloed van psychiaters op het beleid* van de instelling. Dokters weten hoe ze hun patiënten willen behandelen en weten over het algemeen hoe ze alles georganiseerd willen hebben om optimaal in de spreekkamer hun werk te doen. Een Medische Staf kan van grote meerwaarde zijn voor kwaliteitsvraagstukken, patiëntveiligheid, opleiding, innovatie, onderzoek en het vertalen van de wetenschappelijke literatuur naar de werkvloer. Daarnaast wordt meerwaarde gezien in het gezamenlijk *formuleren van een visie* en die vertaald zien in de strategie van de instelling.

Daarnaast werd ook toegevoegde waarde gezien in de collectiviteit en cohesie van psychiaters onderling. Een belangrijke factor is de identiteit van de psychiater en het zelfbewustzijn.

Voor bestuurders zit de toegevoegde waarde in de *samenwerking met de groep psychiaters* als geheel. Een actieve Medische Staf kan waardevolle *informatie geven die van belang is voor de strategie* van de instelling. Een Medische Staf kan helpen bij het *formuleren van een visie* op het behandelbeleid en de kwaliteit van zorg. Een Medische Staf die goed draait maakt dat er afspraken gemaakt kunnen worden met de groep psychiaters als geheel. Een goede Medische Staf kan een mooie vorm van georganiseerde tegenspraak zijn. En tot slot is er een grote meerwaarde in de toegenomen *bestuurskracht* en het *makkelijker implementeren* door van veranderingen. Voorwaardelijk voor de Medische Staf is wel dat de bestuurder het ziet zitten. Als de bestuurder er niet in gelooft, dan wordt het ook niks. Dat geldt overigens ook omgekeerd: als de psychiaters zich niet verenigen, dan heeft een bestuurder er ook niks aan.

Ook in de *externe representatie* kan de Medische Staf van meerwaarde zijn voor een bestuurder. Dat kan zijn in de presentatie naar andere organisaties of andere psychiaters. De groep psychiaters zijn het reclamebord van de organisatie. Als zij de boodschap verspreiden “hier is het goed”, dan kan dat een

antwoord zijn op de arbeidsmarktproblematiek. Ook de verbinding met academische ziekenhuizen (onderzoekslijnen) en de beroepsverenigingen wordt in dit verband als meerwaarde benoemd. Door psychiaters van jouw organisatie actief te laten zijn in een landelijk netwerk, kunnen ze ontwikkelingen mee vormgeven. Tevens komt er nuttige informatie over aanstaande ontwikkelingen tijdig de organisatie binnen.

Het is van groot belang om elkaars taal te leren spreken, daarin ligt een taak voor zowel de Medische Staf, met name het stafbestuur als de bestuurder. Ondanks goede intenties is er nog steeds op veel plekken polarisatie, of wij/zij-denken. Een psychiater die manager of directeur wordt, wordt eigenlijk per direct beschouwd als “afvallige” en hoort niet meer alles wat er speelt onder de psychiaters. Daarin is nog een kloof te overbruggen en daarvoor zijn ook bestuurders nodig met de juiste competenties, zoals verbinden en samenwerken, maar ook openheid en vertrouwen in/op je professionals en lijn.

Het thema kwaliteit en veiligheid kan worden uitgebouwd door de Medische Staf te betrekken bij de visitaties van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Dat is in het algemene ziekenhuis van de respondent die ik interviewde een van de taken van de Medische Staf. De respondenten van de GGZ-instellingen zijn het daar niet allemaal over eens. Dit zal altijd in afstemming en samenspraak met de Geneesheer-Directeur gaan in GGZ-instellingen. De meerwaarde van een Medische Staf die zich verantwoordelijk voelt voor patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg en dat ook nadrukkelijk laat zien door verantwoordelijkheid te nemen en betrokkenheid te tonen is duidelijk.

### **Besturingsfilosofie**

Bij het oprichten en inbedden van de Medische Staf is het van belang dat de manier waarop past bij de *besturingsfilosofie* en het besturingsmodel van de organisatie. De besturingsfilosofie is een belangrijk richtinggevend instrument volgens welke principes de Medische Staf ingericht gaat worden.

Er is na de semigestructureerde onderzoeken nog een search gedaan naar artikelen over besturingsfilosofie. Over de besturingsfilosofie in zorginstellingen is niet heel veel gepubliceerd. Het is vaak onderdeel van artikelen die gaan over de aansturing van zorginstellingen en dan neemt het een bescheiden plaats in. Besturingsfilosofie wordt in het artikel “Samenwerking op strategisch, tactisch en operationeel niveau” gedefinieerd als:

---

“Een besturingsfilosofie is een samenhangend systeem van visie, instrumenten en spelregels dat bepalend is voor de wijze waarop een organisatie wordt bestuurd en beheerd. Het heeft betrekking op het geheel van opvattingen ten aanzien van de besturing (waarheen), structurering (hoe) en aansturing (wie) van de organisatie.” (de Vries & Beijers, 1999)

---

De besturingsfilosofie gaat over richtinggevend opvattingen en principes aangaande de bestuurlijke vorm en inhoud die vertaald worden naar een besturingsmodel en een planning & controlcyclus (van den Berg).

Over besturingsfilosofie in organisaties in relatie tot het oprichten en inbedden van een Medische Staf in GGZ-instellingen heeft de onderzoeker geen literatuur kunnen vinden.

Ten aanzien van de besturingsfilosofie is wel hier en daar wat te vinden in de strategische plannen van instellingen. Bijnsdorp spreekt in zijn thesis (Bijnsdorp, 2019) over de besturingsfilosofie van Ingeest die opgeschreven is in een intern document 'Werken aan hoogwaardige en betaalbare zorg' (2016). De besturingsfilosofie bestaat uit negen punten. Het gaat over het inrichten van de zorg volgens de "patient journey". Dat de organisatie de zorg volgt. En dat de aansturing van professionals gebeurt volgens "high trust, low tolerance" en dat ingestoken wordt op zelforganisatie.

Uit de semigestructureerde interviews kwam het volgende: Het is belangrijk dat de manier waarop de Medische Staf wordt ingericht en gepositioneerd goed aansluit bij de besturingsfilosofie. Als belangrijke uitgangspunt van een besturingsfilosofie wordt genoemd dat die zich uitspreekt over de invloed psychiaters op het beleid van de instelling. De verbinding tussen de psychiaters en de bestuurders en de verbinding tussen de lijn en de psychiaters. Bestuurders hechten waarde aan overleg met professionals en het creëren van draagvlak. Er wordt vaak een kloof ervaren tussen bestuur en de psychiaters, die zou overbrugd kunnen worden door regelmatig tijd met elkaar door te brengen.

### **Positionering**

Ten aanzien van de *positionering* is van belang dat er goed gekeken wordt naar het speelveld en hoe de Medische Staf zich verhoudt tot de andere partijen, zoals bijvoorbeeld de OR, de CR, de lijn of de Geneesheer-Directeur. Ook kunnen afspraken worden gemaakt over advisering, instemming en besluitvorming. Dit bepaalt ook de daadwerkelijke invloed die de Medische Staf gaat krijgen.

Uit de semigestructureerde interviews kwam het volgende: Positionering was het meestbesproken aspect. De Medische Staf is een staforgaan en heeft daarmee een adviserende rol. Besluitvorming, implementatie en uitvoering ligt in de lijn. Het is daarom van belang dat de verhouding met de lijn goed geregeld is. Met de inhoudelijke kant van de lijn kan een natuurlijke spanning ontstaan, die wenselijk is. Het is aan te raden voor managers en directeurs om goed contact te hebben met de Medische Staf. Dan kunnen ze elkaar versterken.

Ook de andere professionals zouden gepositioneerd moeten worden. Er zijn ook plekken in GGZ-instellingen waar psychiaters bijna geen werk doen. Daar zou de invloed van andere beroepsgroepen groter moeten zijn. Alleen psychiaters invloed geven en andere beroepsgroepen niet kan leiden tot polarisatie. Voordelen van andere beroepsgroepen ook inspraak geven zijn een meervoudig perspectief. Verder zou dit ook recht doen aan het multidisciplinair werken wat gemeengoed is in GGZ-instellingen. Als oplossing wordt het oprichten van verschillende staven genoemd, die zich laten vertegenwoordigen in één professionele staf.

### **Structuur**

Ten aanzien van de *structuurkeuzes*, plaats op het organogram, maar ook de ondersteuning moet een gesprek worden gevoerd. Kies je voor een informele of formele vergaderstructuur. Kern van dit concept is dat bepaald wordt hoe de Medische Staf wordt toegerust door de organisatie en wat de afspraken zijn.

Uit de semigestructureerde interviews kwam het volgende: De Medische Staf is wettelijk geen medezeggenschapsorgaan, maar heeft er verder wel bijna alle kenmerken van. Advies- en instemmingsrecht is bijvoorbeeld niet geregeld in de CAO, dat is voor de OR en CR wettelijk geregeld.

Het oprichten en inbedden van de Medische Staf is een CAO-verplichting, maar wordt niet ervaren als een doel op zich. Het doel is het organiseren van inspraak voor psychiaters. Door duidelijke afspraken te maken worden de volgende positieve effecten verwacht: steviger organisatievorm, toename effectiviteit van overleg, toename gevoel van eigen verantwoordelijkheid en verbetering van de besluitvorming van psychiaters.

Het formaliseren van de Medische Staf door het oprichten van een juridische entiteit als een vereniging heeft als gevolg dat er ruimte ingenomen wordt, die blijkbaar niet gevoeld wordt door psychiaters. Het verplicht psychiaters ook tot het zelf organiseren van de beroepsgroep. Er wordt dan gewerkt met een samenwerkingsovereenkomst met de Raad van Bestuur. De Medische Staf is op het organogram ook gekoppeld aan de Raad van Bestuur. Meestal eronder, soms ernaast.

Ondersteuning vanuit de organisaties is nodig en wordt geleverd in de vorm van uren, secretariële ondersteuning en soms beleidsmedewerkers.

### **Rollen en competenties**

Voor het laten draaien van de Medische Staf moeten de leden en het stafbestuur bepaalde *rollen* kunnen vervullen en daarvoor ook bepaalde *competenties* hebben. Er wordt vastgesteld dat dit niet vanzelfsprekend is en dat vanuit de opleidingen tot arts of psychiater weinig aandacht is voor rollen en competenties op het vlak van beleid en leiderschap. Het ontwikkelen van de juiste rollen en competenties bepaalt de samenwerking met de organisatie.

Uit de semigestructureerde interviews kwam het volgende: De respondenten vonden het belangrijk om stil te staan bij de rollen en de benodigde competenties, daarmee is dit ook een belangrijke factor.

Voor psychiaters werden als belangrijke competenties genoemd: samenwerken, overstijgend denken, invloed uitoefenen en verbinden. De rol van adviseur werd belangrijk geacht.

Voor het stafbestuur werden in het bijzonder overstijgend denken, invloed uitoefenen en verbinden genoemd.

Voor bestuurders werden de competenties samenwerken, “vertrouwen op je professionals/lijn en delegeren”, verbinden en besluiten nemen belangrijk gevonden.

Opvallend bij dit aspect is dat rollen en competenties in de open interviews duidelijk naar voren kwamen, maar dat in de semigestructureerde interviews de rollen nauwelijks benoemd werden. Slechts een rol kwam duidelijk naar voren en dat is de rol van adviseur, wat ook past bij de Medische Staf als adviesorgaan. In sommige gevallen liepen in de antwoorden de rollen en competenties door elkaar. De rol “verbinder” en de competentie “verbinden” was zo’n voorbeeld. Respondenten gingen dan door op de competentie en de rol bleef buiten beschouwing. Het is opvallend dat het denken in rollen niet naar voren kwam in de interviews.

### **Cultuur en gedrag**

Tot slot bepaalt het daadwerkelijke *gedrag* van de specialisten en de bestuurder hoe de Medische Staf daadwerkelijk gaat draaien. De *cultuur* binnen de staf en de organisatie heeft daar een grote invloed op. De respondenten geven tal van voorbeelden hoe een cultuur de samenwerking kan maken of breken in organisaties.

Uit de semigestructureerde interviews kwam het volgende: Cultuur en gedrag worden door de respondenten als een belangrijk aspect gezien. In organisaties wordt door de respondenten belang gehecht aan “luisteren naar elkaar”, “constructief”, “voor zaken opkomen”, “respect naar elkaar” en “mensen vormen een organisatie met elkaar”.

Voor psychiaters wordt de Medische Staf ook als kans gezien om de identiteit van het vak van psychiater te versterken en meer zelfbewustzijn te ontwikkelen. Een belangrijke factor is dat er vertrouwen is tussen de psychiaters onderling en tussen de psychiaters en andere professionals. Voor specialisten, en dus ook voor psychiaters, geldt dat ze hun eigen regels hebben en dingen op hun manier willen doen. Dat valt te verklaren vanuit hun autonome rol, waarin ze dagelijks beslissingen nemen. De risico's die genoemd worden als psychiaters te weinig positie hebben, dat er een klaagcultuur ontstaat die bijdraagt aan de ontevredenheid en het vertrek van psychiaters uit GGZ-instellingen. Tevens kan er in dat geval polarisatie ontstaan tussen de psychiaters en de lijn die constructieve samenwerking in de weg staat. Volgens de respondenten werkt top-down besturen deze polarisatie in de hand en moet daarom vermeden worden.

## 6.4 Conclusie

De ontwikkelingen in het zorglandschap gaan snel. Er wordt op artsen, en specialisten in het bijzonder, steeds meer een beroep gedaan om naast de zorginhoudelijke vraagstukken ook mee te denken in financiële of maatschappelijke vraagstukken.

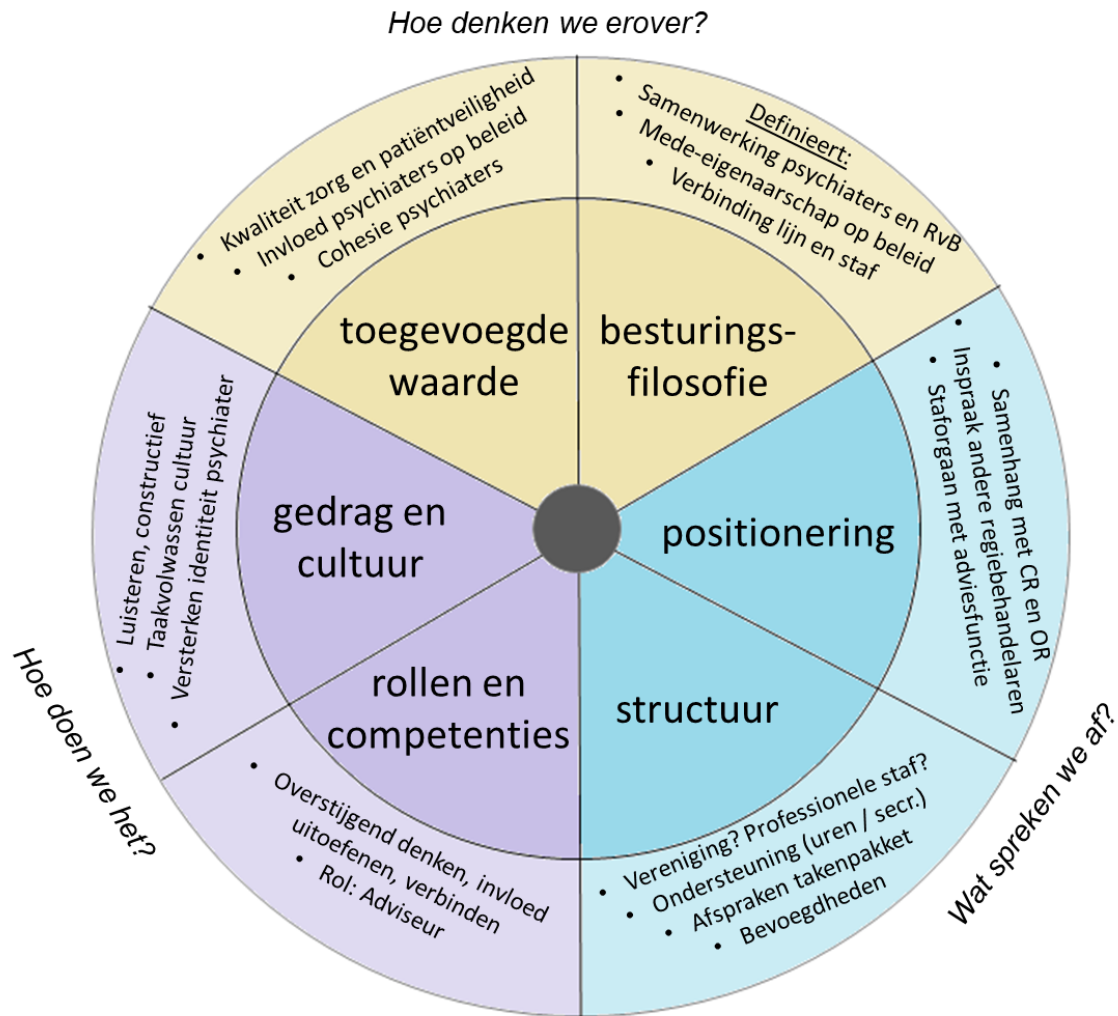
Dat komt allereerst tot uiting in de aansturing van de algemene ziekenhuizen. In ziekenhuizen is een Medische Staf. Zij zijn gesprekspartner van de Raad van Bestuur. Dat is niet vanzelf gekomen, in 1999 waren de specialisten nog zoekend naar "advies of instemming", nu is er veel meer sprake van samenwerking, waarin beide partijen elkaar genaderd zijn en samen het ziekenhuis besturen.

De GGZ heeft van deze ontwikkeling weinig meegekregen en bevindt zich nu op een punt waarin psychiaters zich afvragen: moeten we adviseren, of ook op andere manieren het beleid beïnvloeden? Door het verankeren van de Medische Staf in de CAO ontstaat er een verplichting voor zowel de Raad van Bestuur als de psychiaters om tot een georganiseerde vorm van inspraak middels een Medische Staf te komen.

Om tot een goede Medische Staf te komen is het nodig om na te denken over welke rollen psychiaters kunnen vervullen en welke competenties daarbij horen. De benodigde competenties, leiderschap, organisatiesensitiviteit, overstijgend denken zijn onderbelicht in zowel de opleiding tot arts als de opleiding tot psychiater. Dat, terwijl visiestukken aangeven dat deze competenties steeds nadrukkelijker tot het arsenaal van de medisch specialist en dus ook de psychiater moeten gaan behoren. De AMS en de CAO fungeren als een soort bezemwagen, met recentelijk dus het opnemen van het inspraakorgaan Medische Staf in de CAO-GGZ.

De psychiaters moeten dus aan de bak!

Middels gefundeerde theorievorming is een theorie opgesteld om de vormgeving van een Medische Staf in GGZ-instellingen te beschrijven. Er zijn een aantal aspecten onderzocht die van belang blijken te zijn en onderlinge samenhang hebben. Door deze aspecten te bespreken als Medische Staf en Raad van Bestuur kunnen goede afspraken worden gemaakt. In figuur 22 staan de aspecten uitgebeeld, met daarbij ook voorbeelden van gespreksonderwerpen.



Figuur 22 - Model vormgeving Medische Staf in GGZ-instellingen

Bovenstaand model is als evolutie ontstaan uit het onderzoek. Om de samenhang te benadrukken is het model van de cirkel verlaten en worden de aspecten in een wiel gezet. De aspecten vormen daarmee een geheel. Het maakt daarmee ook inzichtelijk welke aspecten onderwerp van gesprek moeten zijn in de Medische Staf zelf, aan de bestuurstafel en in de gesprekken tussen de Medische Staf en de omgeving. Het kan als een hulpmiddel worden gezien om tot een goed proces van vormgeving te komen. Van belang is dat de concepten van het wiel enigszins opgelijnd zijn en een congruent geheel vormen. Er zijn veel aspecten die in elkaars verlengde liggen. Het is overigens zo dat de concepten die gevonden zijn voor alle actoren van toepassing zijn, dus competenties gaan over psychiaters, maar ook over bestuurders of andere actoren.

### Drie delen:

Het wiel is op te delen in 3 delen:

#### *Hoe denken we erover?*

Toegevoegde waarde (of: potentiële waarde, of: focus, of: de bedoeling) van de Medische Staf in combinatie met de besturingsfilosofie van de bestuurder over de organisatie vormen een blok waarin de gedachten van de Medische Staf en de bestuurder uitgesproken worden. Wat zien we in elkaar? Welke verwachtingen hebben we van elkaar? Wat kan een Medische Staf allemaal doen?

*Wat spreken we af?* Het blok van positionering en structuur gaat sterk over “wat spreken we af in onze organisatie?”. De positionering gaat over de verhouding van de Medische Staf met andere gremia en externe ketenpartners. Bij het blok structuur worden de taken verdeeld en de PDCA-cycli ingeregeld.

#### *Hoe doen we het?*

Het blok van rollen/competenties en gedrag/cultuur gaat over “Hoe werken wij?” en “Hoe gaan we met elkaar om?”. Dit blok geeft betekenis aan het gehele proces, want in de uitvoering komt ook naar voren of de verwachtingen en afspraken van het eerste blok (hoe denken we erover?) daadwerkelijk tot hun recht komen.

#### **Nuttig en bruikbaar**

Het theoretisch model wordt door de respondenten gezien als nuttig en redelijk compleet. De concepten zijn belangrijk voor de vormgeving van de Medische Staf en zijn stuk voor stuk noodzakelijk om gesprekken over te voeren en om tot afspraken te komen.

Er zijn suggesties om “sociale relaties”, “mensen” of “mensen met elkaar” in het midden van het model te zetten om te benadrukken dat het daar over gaat. Ik snap de menselijke factor een belangrijk element is. Voor mij liggen ze op metaniveau van hoe je met elkaar dit wiel doorloopt en daarover in gesprek bent en tot consensus komt. Door samen in gesprek te gaan en tot consensus te komen komt het “mensen met elkaar” al tot zijn recht. Het model kan ook gebruikt worden om af te spreken om bepaalde onderdelen te gaan ontwikkelen of extra aandacht te geven indien de samenwerking stagneert. Aan de hand van dit model kan duidelijk worden waar een veranderopgave ligt. Wellicht is “mensen met elkaar” een mooi en belangrijk uitgangspunt voor het veranderkundige proces wat hier uit voort kan komen.

Er is volgens de meeste respondenten een duidelijke volgorde in de concepten. Voor twee respondenten begint het model altijd met de besturingsfilosofie. Voor drie respondenten volgt het gesprek over structuur logischerwijs pas nadat alle andere punten besproken zijn. Twee respondenten geven aan dat de concepten zich kris kras aandienen en dat een volgorde aanhouden niet bij de dagelijkse werkelijkheid past.

#### **Toepassing**

Twee aspecten zijn van belang bij de toepassing van dit model. Ten eerste moeten de aspecten consistent en passend zijn. Het maakt volgens dit onderzoek nog niet eens zoveel uit in wat voor fase van taakvolwassenheid een organisatie of een Medische Staf zit, als de onderdelen van het model maar congruent en consistent zijn.

Er zijn ook ontwikkelmogelijkheden: Het begint met basale dingen en uiteindelijk kan de Medische Staf uitgroeien tot een gekwalificeerde gesprekspartner van de Raad van Bestuur. Daarmee steeds meer haar toegevoegde waarde uitnuttend. “Toegevoegde waarde” kan worden gezien als de verzamelplaats van alles wat een Medische Staf zou kunnen betekenen in GGZ-instellingen. De verwachtingen van de psychiaters en die van de bestuurder. Dat wil niet zeggen dat alles ook in één keer moet gebeuren. Het kan goed zijn dat de Medische Staf en de bestuurder tot een beperkt aantal afspraken komen in eerste instantie. Het wiel kan dan doorlopen worden en de onderdelen kunnen congruent worden gemaakt. Als dat een tijd goed draait, dan kan opnieuw naar de toegevoegde waarde gekeken worden en dan kunnen de taken worden uitgebreid. Het wiel wordt dan opnieuw doorlopen om te kijken wat het betekent voor alle aspecten en het wederom congruent maken.

## Hoofdstuk 7: Discussie

### 7.1 Beperkingen

Gefundeerde theoriebenadering is subjectief. Dat maakt dat er altijd een risico is dat de onderzoeker teveel het eigen stempel erop drukt, of dat de stappen onduidelijk zijn. Het eerste deel van het onderzoek betrof een serie open interviews, waarbij zicht gekregen werd op het onderwerp. Aan de hand van die open interviews en de opgezochte literatuur kwam een aantal concepten duidelijk bovendrijven. Er is in die fase gewerkt met een member-check en een iteratief proces (de inhoud van elk vorige interview werd meegenomen in het volgende interview). Er is tussentijds steeds een schets gemaakt van de stand van zaken en opgedane inzichten. Daarmee zijn de stappen inzichtelijk. Het is aannemelijk dat een andere onderzoeker mogelijk andere accenten had gelegd.

In het tweede deel van het onderzoek is gekozen voor semigestructureerde interviews. Om het proces inzichtelijk te maken is er een topiclijst gemaakt en die topiclijst is gevolgd. Ook hier was sprake van een iteratief proces, waarbij bevindingen van vorige interviews werden meegenomen in de volgende interviews, met dien verstande dat de topiclijst wel intact bleef. Er zijn geen topics verdwenen, wel topics bijgekomen. Het is niet uitgesloten dat een andere onderzoeker hier andere antwoorden had gekregen. Door deze topiclijst te hanteren kan het onderzoek opnieuw gedaan worden door een andere onderzoeker.

De onderzoeker heeft nog niet eerder kwalitatief onderzoek gedaan. Al doende leert men. Het is niet uitgesloten dat de onderzoeker, achteraf, het onderzoek anders zou hebben uitgevoerd, gebaseerd op deze ervaring. Dat past overigens ook precies bij het uitgangspunt van kwalitatief onderzoek: je verandert mee, naarmate je meer leert. En die verandering is hetgene wat deel van het onderzoek is. Dat kan gevolgen hebben voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Aan de andere kant is het blanco een onderzoek instappen een meerwaarde bij kwalitatief onderzoek. Door niet te weten wat me overkwam heb ik het proces ook niet beïnvloed.

Alles is gecodeerd en geïnterpreteerd door één onderzoeker. Dat maakt dat er niet kan worden uitgesloten dat er sprake is van subjectiviteit in de interpretatie van de data. Door het transcriberen en het hanteren van atlas.ti en een duidelijke systematiek is wel herleidbaar hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. Daarmee is alles controleerbaar, wat de betrouwbaarheid weer vergroot.

Ten aanzien van de sampling is bij het eerste deel van het onderzoek gebruik gemaakt van sampling by convenience. Mensen uit mijn directe omgeving met affiniteit voor het onderwerp en tijd om mij te helpen zijn geïnccludeerd. Daarmee is een risico dat de sampling de mening van een bepaald regio weergeeft. Om dat te voorkomen is wel gekeken naar een maximaal verschil tussen de respondenten. Een respondent uit de regio Zuid-Nederland, respondenten uit algemene ziekenhuizen, een bestuurder, een directeur en een ZZP'er die tevens bemiddelaar is voor ZZP'ers.

Voor de sampling van de tweede groep respondenten is advies (en hulp) gevraagd aan de respondenten van de eerste groep. De selectie van deze tweede groep is nog meer gespreid dan de eerste groep. Het is dan de kunst om te kiezen voor genoeg spreiding om meerdere perspectieven te krijgen en niet te grote spreiding, waardoor de diepgang ontbreekt. Door te kiezen voor respondenten van geïntegreerde GGZ-instellingen is een duidelijke keuze gemaakt in de sampling. De belangrijkste reden is dat het nodig is om de antwoorden goed met elkaar te vergelijken. Als de spreiding te groot is, dan is de kans op samenhang in de antwoorden een stuk kleiner. De bedoeling van het onderzoek was diepgang, niet een breed oppervlakkig onderzoek.

Er moeten keuzes worden gemaakt ten aanzien van de afbakening. Daarmee wordt bewust een stuk potentieel nuttige informatie niet meegenomen in het onderzoek. Er is een afbakening in het aantal interviews, het aantal concepten wat onderzocht wordt. Er is afbakening in de sampling, maar ook afbakening in het comprimeren van data naar een theoretisch model. De keuzes die hierin gemaakt zijn staan beschreven in paragraaf 2.6. Zonder afbakening (terugkomen uit het gebied wat je onderzoekt) kunnen de resultaten niet opgeschreven worden.

## 7.2 Aanbevelingen praktijk

---

*Elke GGZ-instelling – die gespecialiseerde GGZ levert- organiseert een georganiseerde vorm van inspraak van medisch specialisten, verder te noemen een Medische Staf. Dit inspraakorgaan wordt per instelling door de medisch specialisten in overleg met de Raad van Bestuur vorm gegeven. (GGZ Nederland, 2019)*

---

Bovenstaande zin is de opdracht waar GGZ-instellingen en psychiaters voor staan. En die twee zinnen zijn veel meer omvattend dan blijkt uit de CAO-tekst, of de toolkit van de FMS. Er is een achtergrond waar deze toevoeging in de CAO vandaan komt die een sterke betekenis heeft voor psychiaters. Het is daarom van belang om dit niet op te vatten als slechts een kleine verandering in de structuur. Uit dit onderzoek blijft dat de Medische Staf een grote potentiële meerwaarde heeft voor zowel de psychiaters individueel als in groepsverband, de identiteit van het vak psychiater, de samenwerking met de lijn en het functioneren van de organisatie. Bestuurders kunnen, indien goed ingebed, profiteren van de Medische Staf. En er is een toename van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Het is dan wel raadzaam om over het onderwerp op een goede manier het gesprek aan te gaan.

Een eerste aanbeveling is om te erkennen dat het oprichten en inbedden van een Medische Staf in een GGZ-instelling een groot en belangrijk onderwerp is waarover uitgebreid gesproken moet worden.

Dit onderzoek toont aan dat er veel aspecten zijn die een rol spelen bij het oprichten en inbedden van een Medische Staf. De belangrijkste aspecten zijn geplaatst in een model, wat een leidraad kan zijn voor de gesprekken tussen Raad van Bestuur en de Medische Staf.

Een tweede aanbeveling is om deze gesprekken aan te gaan aan de hand van het model wat uit dit onderzoek komt.

Uit het onderzoek komt ook naar voren dat het belangrijk is om de verschillende aspecten congruent met elkaar te laten zijn. Gechargeerd: als de besturingsfilosofie is “zelforganisatie, professional in the lead”, terwijl er veel chaos en onduidelijkheid is in de organisatie, dan gaat het niet werken. Dan zou een besturingsfilosofie van “structuur brengen, rollen verduidelijken, hands-on sturen” een betere benadering kunnen zijn.

De derde aanbeveling is om de concepten qua ontwikkeling met elkaar op te lijnen en je als bestuurder of Medische Staf niet te laten verleiden om te snel te willen op enkele onderdelen en andere onderdelen te vergeten.

Voor psychiaters geldt: wees trots op je vak, wees trots op jezelf. Ga op bezoek bij Medische Staven van algemene ziekenhuizen en leer hoe zij de regie hebben gepakt en waarom dat een meerwaarde is. Daar hoort ook bij dat je je verenigt in een Medische Staf en dat je gezamenlijk een weg zoekt daar naartoe. Dit onderzoek toont aan dat er een grote meerwaarde is voor patiënten, organisaties, maar ook psychiaters zelf om invloed uit te oefenen op het beleid.

Een vierde, specifieke aanbeveling voor psychiaters is om te beseffen wat hun meerwaarde is in het geheel en om de zeggenschap over het vak, het primaire proces, weer op te pakken.

Uit dit onderzoek komt ook naar voren hoe belangrijk het is om elkaars taal te spreken. GGZ-instellingen bevinden zich in ingewikkelde krachtenvelden met veel wicked problems. Maatschappelijke vraagstukken, publieke taken, financiële uitdagingen en professionele ontwikkelingen moeten in een soort balans zijn met elkaar.

De laatste aanbeveling is voor zorgprofessionals om je hierover te informeren en te leren om ook vanuit die verschillende typen governance te leren denken, om op die manier ook voor de inhoudelijke meerwaarde te kunnen blijven staan. En voor zorgbestuurders, naast zelf goed te luisteren, ook de professionals te helpen om deze taal te leren. Echt leren luisteren naar elkaar en samenwerken.

### 7.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Er is een duidelijke keuze gemaakt in dit onderzoek om te komen tot een model. Het onderzoeken van dit model zou een mooi vervolgonderzoek kunnen zijn: kloppen deze concepten, is er inderdaad een aantoonbare samenhang. Hoe beïnvloeden de concepten elkaar?

Het model is niet gevalideerd. Ook dit zou een mooi vervolgonderzoek kunnen zijn, door het bijvoorbeeld te vergelijken met bestaande, reeds gevalideerde modellen.

Er zijn duidelijke afbakeningen gemaakt door te kiezen voor geïntegreerde GGZ-instellingen. Het zou nuttig zijn om te onderzoeken hoe deze CAO-wijziging van invloed is in de verslavingszorg, de forensische psychiatrie, maar ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Hier is de functieverdeling anders, in hoeverre werkt het model dan ook? Als ultiem voorbeeld hiervan: Er zijn instellingen die één psychiater in deeltijd in dienst hebben en verder alleen maar verpleegkundigen, gz-psychologen en een enkele klinisch-psycholoog in dienst hebben. In hoeverre is het dan reëel om voor die ene psychiater een Medische Staf op te tuigen voor inspraak in het beleid?

Over het belang van een besturingsfilosofie in GGZ-instellingen, al dan niet in relatie tot de Medische Staf, was erg weinig literatuur te vinden. Het zou interessant zijn om te onderzoeken welke instellingen een duidelijke besturingsfilosofie hebben en in hoeverre die ook omgezet wordt in de realiteit.

## 7.4 Reflectie

### Het onderwerp

Ik heb veel tijd besteed aan het vinden van een goed onderwerp. Daarbij heb ik drie uitgangspunten gehanteerd: welk onderwerp vind ik leuk om echt diep in te duiken? Het gaat dan om een kans om een verdieping in mijn kennis en denken aan te brengen. Het tweede uitgangspunt was: welk onderwerp is leuk genoeg om ook na maanden zwoegen nog met plezier mee aan de gang te gaan? Het laatste uitgangspunt was: Is dit een onderwerp wat goed past bij de MhBA die ik aan het doen ben? Voor mij viel de MhBA uiteen in drie delen: strategie (strategisch leren denken, leren “richten”, bewustworden van je omgeving), skills (hard-skills als financieel management, operation management, maar ook soft-skills als cultuur, strategisch HR en verandkunde) en leiderschap. In deze thesis komen wat mij betreft alle drie de aspecten goed naar voren: Het moeten inbedden van een vorm van inspraak conform de CAO kan gezien worden als een ‘emergent strategy’, waar de bestaande strategie op moet worden aangepast. Er zijn harde (structuur) en zachte (cultuur) skills voor nodig om dit op een goede manier te doen. En er wordt een beroep gedaan op leiderschap. Zowel vanuit de bestuurder als vanuit de individuele psychiater ligt er de verantwoordelijkheid om dit tot een succes te maken.

Aan alle uitgangspunten is wat mij betreft voldaan: Het onderwerp paste goed in de MhBA. Ik heb er veel van geleerd, een verdiepingsslag gemaakt in mijn denken over Medische Staven en organisatie en de meerwaarde. Ook na maanden zwoegen bleef het leuk. Niet in het minst vanwege de interviews met boeiende mensen, die stuk voor stuk mijn denken hebben beïnvloed en gevormd.

### Luisteren

Voor een psychiater is luisteren een kernvaardigheid. Zou je zeggen. Ik kwam er tot mijn verbazing en schrik achter bij het transcriberen dat ik helemaal niet zo goed geluisterd heb naar mijn respondenten. Bij een van de respondenten had ik het gevoel dat er weinig waardevols gezegd was en dat de respondent mijn onderwerp ook niet zo bijster interessant vond. Bij het transcriberen hoorde ik pas goed wat deze respondent gezegd heeft. Zeer positief over het onderwerp en een rijkdom aan ideeën, waarmee dit een van de meest waardevolle interviews bleek. Hoe bijzonder is het om als psychiater te werken en dan via een MhBA erachter te komen dat je luistervaardigheden nog veel beter kunnen. De verklaring hiervoor heb ik ook wel: bij het luisteren als psychiater vertellen mensen je dingen, die je in je eigen framework toepast, om vervolgens tot een diagnose en conclusie te komen. Bij het luisteren bij grounded theory heb je dat framework niet.. en dat vraagt dus ook een andere manier van luisteren. De meerwaarde van transcriberen is hiermee wel aangetoond voor mij. En ook heb ik me voorgenomen om nog beter en preciezer te luisteren, ook in mijn werk als psychiater.

### Grenzen

Waar trek je de grens? Daar heb ik moeite mee gehad, temeer omdat in mijn ogen het kwalitatief onderzoek in wezen geen grenzen heeft. Alles is interessant, of kan interessant zijn of verbonden zijn met je onderwerp. Het is een soort ontdekkingstocht in onbekend gebied... maar je moet op een gegeven moment wel weer terugkomen. Bij kwalitatief onderzoek is het goed kiezen, afbakenen en beheersbaar maken van de stof belangrijk. Ik heb een aantal keren (delen van) een hoofdstuk herschreven vanwege een teveel aan informatie, wat het geheel onoverzichtelijk maakte. Het is alsof uit een universum van kennis, ik zelf de keuze maak uit alles wat aangeboden wordt om daar een coherent verhaal van te maken. Een van de vele mogelijke coherente verhalen.

### **Jezelf als instrument**

Tot slot nog het gebruik van mezelf als instrument, ook dat is voor mij als psychiater niet vreemd. Het lastige vind ik wel dat bij dit onderzoek ik niet als expert begon. Je begint onwetend, zoekend, waarbij het steeds wikken en wegen is en jezelf afvragen hoe de theorie zich ontwikkeld. Het leuke is dat ik in de gesprekken met de respondenten kan aanwijzen waar ik een bepaalde richting op werd geduwd. Het verhaal wat ik hier heb opgeschreven is mijn verhaal. Mijn selectie van respondenten. Mijn combinatie van concepten. Dat voelt aan de ene kant vreemd en kwetsbaar (“wie ben ik om dit te vinden?”), aan de andere kant is dat misschien ook wel de kern: dit is mijn verhaal en dat is volgens mij waardevol.

## Bijlage 1: CAO-GGZ, relevante artikelen Medische Staf

### Artikel 15 Medische Staf

Elke GGZ-organisatie -die gespecialiseerde GGZ levert- organiseert een georganiseerde vorm van inspraak van medisch specialisten (verder te noemen een Medische Staf) conform de 'Regeling inspraak Medisch Specialist' zoals in bijlage XIV is opgenomen.

### BIJLAGE XIV Regeling inspraak Medisch Specialist:

#### **Artikel 1 Medische Staf**

Elke GGZ-instelling – die gespecialiseerde GGZ levert- organiseert een georganiseerde vorm van inspraak van medisch specialisten, verder te noemen een Medische Staf. Dit inspraakorgaan wordt per instelling door de medisch specialisten in overleg met de Raad van Bestuur vorm gegeven. De inspraak van de Medische Staf is aanvullend op de wettelijke inspraak die de OR heeft. De instelling stelt tijd, vergaderruimte en administratieve ondersteuning beschikbaar die nodig zijn voor het functioneren van het inspraakorgaan. De Medische Staf vertegenwoordigt de belangen van alle medisch specialisten in dienstverband die binnen de betreffende (GGZ-)instelling werkzaam zijn.

#### **Artikel 2 Stafreglement**

1. De Medische Staf stelt in overeenstemming met de Raad van Bestuur een stafreglement op dat onder meer voorziet in de instelling van het bestuur van de Medische Staf, alsmede een voor medisch specialisten bindende besluitvormingsprocedure.
2. Het contact tussen de Medische Staf en de Raad van Bestuur wordt onderhouden door het stafbestuur. De Raad van Bestuur en het stafbestuur vergaderen daartoe regelmatig (tenminste 2-maal per jaar).

#### **Artikel 3 Adviezen van de Medische Staf aan de Raad van Bestuur**

Desgevraagd, dan wel op eigen initiatief, kan de Medische Staf aan de Raad van Bestuur voorstellen doen en adviezen uitbrengen over onderwerpen die hen aangaan.

#### **Artikel 4 Adviezen van de Raad van Bestuur aan de Medische Staf**

1. Indien de Raad van Bestuur beleid wil ontwikkelen dat een belangrijke invloed kan hebben op de medische gang van zaken en in het bijzonder op de beroepsuitoefening van een of meer leden van de Medische Staf, betreft de Raad van Bestuur de Medische Staf bij de totstandkoming van het voorgenomen beleid danwel vraagt om een gemotiveerd advies.
2. De Raad van Bestuur en de Medische Staf streven naar het bereiken van consensus over het strategisch instellingsbeleid.
3. De Raad van Bestuur betreft de Medische Staf, in ieder geval tijdig voor besluitvorming, ten aanzien van de (gedeeltelijke) wijziging of vaststelling van de volgende onderwerpen:
  - werkdruk, waaronder het realiseren van een gezonde personeelsopbouw en het evenredig verdelen van lasten over de aanwezige medisch specialisten; koers en strategie, met name de behandelinhoudelijke kaders, van de instelling;
  - organisatie en inrichting van de zorg- en werkprocessen ten behoeve van de 7x 24-uurs continuïteit en kwaliteit van zorg;
  - de benodigde ondersteuning voor medisch specialisten.

#### **Artikel 5 Werving en selectie medisch specialisten**

De Raad van Bestuur en de Medische Staf komen over de procedure voor werving en selectie van medisch specialisten een nadere regeling overeen.

#### **Artikel 6 Kwaliteit en kwantiteit geleverde zorg**

De Raad van Bestuur geeft (het bestuur van) de Medische Staf periodiek informatie en uitleg over de kwantiteit en de kwaliteit van de door de (GGZ-)instelling geleverde zorg, van de bestuurlijke voortgang in de (GGZ-)instelling en de naleving van de vigerende governance-code.

## Bijlage 2: Vragenlijsten diepteinterviews

### Topic 1: De waarde van een Medische Staf:

Wat is de toegevoegde waarde van een Medische Staf, gezien vanuit verschillende gezichtspunten? Hoe verhoudt de Medische Staf zich tot de governance code?

Wat is vanuit de bestuurder gezien de waarde van een Medische Staf, met de governance code in het achterhoofd? Welke waardensystemen zijn van toepassing op de Medische Staf? Versterkt het inrichten van een Medische Staf de besturing van een organisatie? Of verzwakt die het juist? Naast de 'pijler' van de lijnorganisatie wordt een tweede pijler gecreëerd. Holt deze het integraal management uit? Of versterkt die het juist?

Welke verantwoordelijkheden liggen bij de Medische Staf en hoe legt zij daar verantwoording over af?

### Waardensystemen in de zorg



Professionele  
waarden



Klantwaarden



Economische  
waarden



Maatschappelijke  
waarden

Belangen en waarden  
van stakeholders kunnen  
**existentiële** betekenis  
krijgen en hebben dus  
betekenis bij de governance  
van zorgorganisaties

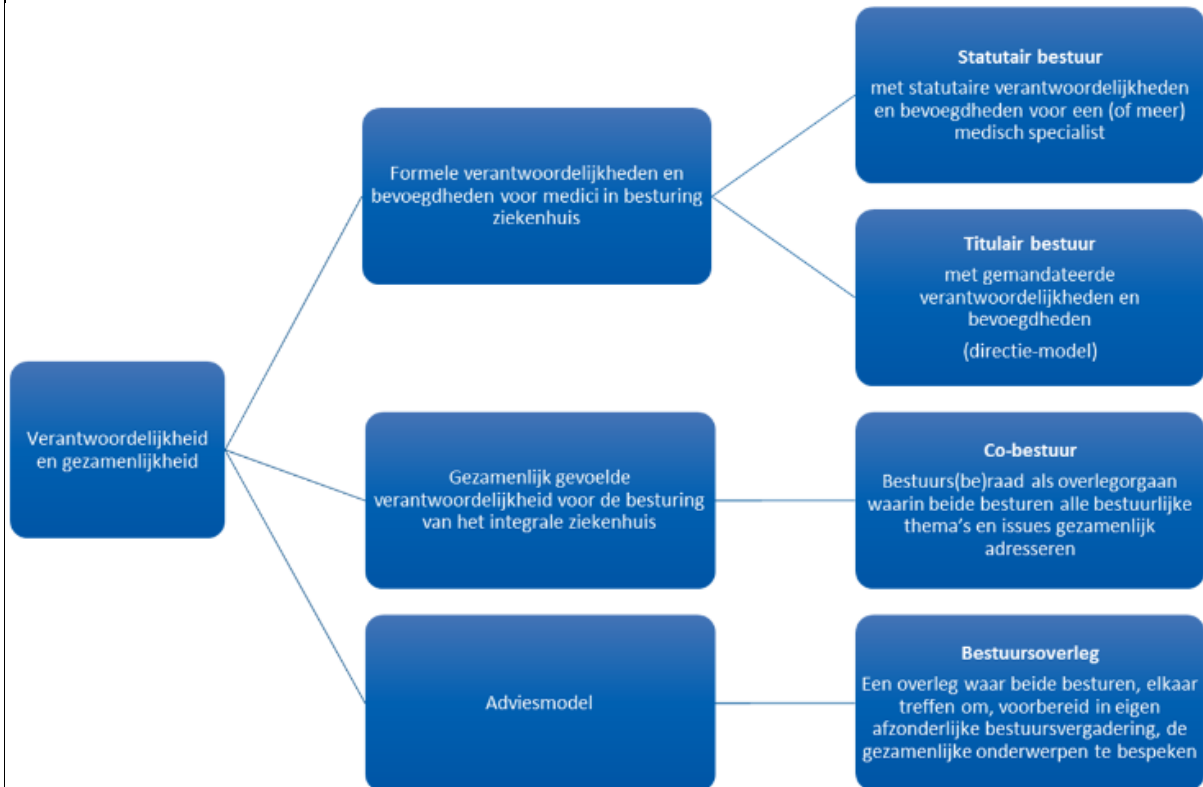
### Topic 2: Besturingsfilosofie

Een besturingsfilosofie formuleert een aantal richtinggevende uitgangspunten en principes voor de vormgeving van het besturingsmodel. Bijvoorbeeld; de toegevoegde waarde die wordt toegedicht aan een Medische Staf, en hoe dokters en bestuur/management zich zouden moeten verhouden. De bestuursfilosofie bepaalt in wat voor vorm die waarde gegoten gaat worden en in welke mate deze waarde geankerd wordt in de missie, visie en strategie van de instelling. Wat is de besturingsfilosofie van de bestuurder en de instelling? Hoe wordt de toegevoegde waarde beschouwd vanuit de besturingsfilosofie? In wat voor vorm kan de waarde gegoten worden? Hoe past dat bij de missie en visie van uw bedrijf?

### Topic 3: Positionering van de Medische Staf

Hoe positioneer je de Medische Staf en op basis van welke overwegingen kom je tot die keuze? Wat is het speelveld waar een Medische Staf zich in bevindt? Tot welke andere gremia verhoudt de Medische Staf zich en op welke manier? Welke onderwerpen zijn "eigen" voor de Medische Staf, waarover wordt overleg gepleegd en waarover wordt de Medische Staf geïnformeerd? Hoe valt de positionering van een Medische Staf logisch te koppelen aan de verwachte toegevoegde waarde en besturingsfilosofie?

Voorbeelden gremia uit vooronderzoek: zowel OndernemingsRaad, CliëntenRaad, vakgroep psychologen, vakgroep verpleegkundigen, opleiding, bureau Geneesheer-Directeur, als het lijnmanagement en de bestuurders. Is er sprake van een positionele benadering (zie figuur) of een transactionele benadering?  
Is de Medische Staf een extra medezeggenschapsorgaan?



#### Topic 4: Structuur

Welke organisatievormen zijn er mogelijk voor de Medische Staf? Welke zelforganisatie heeft de Medische Staf nodig om te werken? Wordt er gekozen voor een rechtspersoon of een meer informele benadering? Wordt de Medische Staf ondersteund vanuit de instelling? Op welke manier worden afspraken gemaakt over inspraak, besluitvorming, mandatering? Welke overlegstructuren zijn er?

#### Topic 5: Rollen/competenties

Vertrekkend vanuit de verschillende organisatievormen en positioneringskeuzes: welke rollen moeten worden ingevuld door bestuur en leden van de Medische Staf? En hoe kan dat tot een goed samenspel komen? **Welke competenties zijn daar voor** voor de bestuurder, de lijnmanagers en de Medische Staf? Welke verantwoordelijkheden liggen er voor de individuele specialist? Profielschets psychiater; de medisch specialist 2025? En hoe vertaalt dat naar de Medische Staf?

#### Topic 6: Cultuur en gedrag

Welk gedrag wordt verlangd van bestuur/leden Medische Staf? Welk gedrag wordt verlangd van bestuurders? Hoe wordt er feedback gegeven hierop? Wat voor werkcultuur is nodig voor een goed samenspel tussen Medische Staf en bestuur? Welke gedrags- en cultuuraspecten zijn van belang bij het inrichten van een Medische Staf?

#### Topic 7: Het model

Het geheel overziend, wat is de toegevoegde waarde van de Medische Staf en welke stappen moeten er gezet gaan worden? Is dit model werkbaar voor het proces van oprichten of herontwerpen van een Medische Staf? Welke factoren zijn noodzakelijk en/of van belang om de Medische Staf en het model te laten functioneren? Is het mogelijk om vanuit een model te komen

tot een toolkit of vragenlijst die behulpzaam is bij het oprichten en functioneren van een Medische Staf? Welke onderdelen zijn van belang? Hoe is de samenhang en volgorde tussen de factoren? Is het model bruikbaar? Is het model cyclisch?

## Bijlage 3: Overzicht codes na eerste analyse

Belang: samenwerking professionals  
Besturingsfilosofie : Blij zijn met professionals die zich willen organiseren  
Besturingsfilosofie : Een structuurplaatje is niet genoeg  
Besturingsfilosofie : gebruik je persoonlijke extra vaardigheden/talenten  
Besturingsfilosofie : Leiderschapsstijl  
Besturingsfilosofie : organisatievorm  
Besturingsfilosofie : professionals in the lead  
Besturingsfilosofie : Top Down  
Besturingsfilosofie : veel tijd besteden aan professionals  
Besturingsfilosofie : werken met krachtenvelden  
Besturingsfilosofie : Zelfvertrouwen is nodig omdat mensen autonomer moeten handelen in het belang van de organisatie  
Besturingsfilosofie: de bestuurder bestuurt  
Besturingsfilosofie: professionals beïnvloeden beleid op de werkvloer / mede-eigenaarschap  
Besturingsfilosofie: verbinding tussen de lijn en de staf  
Competentie : dialoog vanuit meerdere perspectieven  
Competentie : flexibiliteit  
Competentie : groepsbelang boven eigen belang  
Competentie : invloed uitoefenen/belangenspel/geel  
Competentie : je eigen waarde goed kennen  
Competentie : spreek elkaars taal  
Competentie : vakkennis op orde  
Competentie : werken in een krachtenveld  
Competentie bestuurder : meervoudig perspectief  
Competentie bestuurder : verbinden  
Competentie bestuurder : vertrouwen op je professionals en lijn / delegeren  
Competentie bestuurder: besluiten nemen  
Competentie bestuurder: samenwerken  
Competentie Specialist / Stafbestuur : Overstijgend denken  
Competentie Specialist : doelmatig werken  
Competentie Specialist : Onderhandelen  
Competentie Specialist : opleiden / coachen  
Competentie Specialist : Organisationsensitiviteit  
Competentie Specialist : samenwerken  
Competentie Stafbestuur : achterban meekrijgen  
Competentie Stafbestuur : gezag hebben onder collega's  
Competentie Stafbestuur : PDCA-cycli draaien / discipline  
Competentie Stafbestuur : Verbinden  
Cultuur : aanspreken van elkaar  
Cultuur : Afspraak is afspraak  
Cultuur : Als iets gezamenlijk besloten is dan voer ik het uit (ook al ben ik het er niet mee eens)  
Cultuur : geen openlijk verzet, maar mokken/meestribbelen  
Cultuur : Klagen  
Cultuur : mensen vormen een organisatie met elkaar  
Cultuur : mensen willen zich verbinden  
Cultuur : Professionals hebben hun eigen regels

Cultuur : Respect naar elkaar  
 Cultuur : versterken identiteit en zelfbewustzijn psychiater  
 Cultuur : vertrouwen tussen professionals  
 Cultuur : zet je persoonlijk in  
 Cultuur en gedrag : aanpakken  
 Cultuur en gedrag: Luisteren naar elkaar  
 Cultuur: constructief  
 Gedrag : Activisme op één issue  
 Gedrag : consistent zijn  
 Gedrag : Doe wat extra  
 Gedrag : openheid  
 Gedrag : Respect naar elkaar  
 Gedrag : Voor zaken opkomen  
 Gedrag bestuurder : betrouwbaar  
 Gedrag bestuurder : complementair  
 Gedrag bestuurder : openheid  
 Gedrag bestuurder : stevig  
 Gedrag Specialist : Zelf alles willen doen  
 Medisch Specialist : Verhoudt zich tot alle waardesystemen  
 Medische Staf : belangen  
 Medische Staf : doelmatigheid  
 Medische Staf : een mix van zorginhoud en belangen  
 Medische Staf : Fases  
 Medische Staf : geen vakbond  
 Medische Staf : In het huidige systeem kan alles ook al  
 Medische Staf : is geen lijn, maar een staforgaan  
 Medische Staf : lidmaatschap  
 Medische Staf : Lotgenotencontact  
 Medische Staf : MSB  
 Medische Staf : Neemt waardensysteem organisatie over  
 Medische Staf : Overeenkomst met Raad van Bestuur  
 Medische Staf : verantwoording afleggen  
 Medische Staf : vergelijking Algemeen zkh  
 Medische Staf : Waardensystemen  
 Medische Staf : Wij/zij-denken  
 Medische Staf als verzamelplaats van dokters  
 Medische Staf moet goed lopen  
 Medische Staf: neemt geen besluiten  
 Medische Staf: tegenspraak  
 Medische Staf: verantwoordelijkheden  
 Meerwaarde : collectiviteit en cohesie  
 Meerwaarde : Externe representatie  
 Meerwaarde : Governance Code  
 Meerwaarde : Medische Staf heeft invloed op het beleid  
 Meerwaarde : onderlinge verbondenheid  
 Meerwaarde : zelforganisatie  
 Meerwaarde afhankelijk van de context  
 Meerwaarde bestuurder : Alle regiebehandelaren in een professionele staf

Meerwaarde bestuurder : Governance Code  
 Meerwaarde bestuurder : inhoudelijke input voor de strategie  
 Meerwaarde bestuurder: bestuurskracht  
 Meerwaarde bestuurder: implementatie  
 Meerwaarde bestuurder: samenwerken met de groep artsen  
 Meerwaarde bestuurder: tegenspraak organiseren  
 Meerwaarde Medische Staf : versterken identiteit van de psychiater  
 Meerwaarde professionele staf : Draagvlak  
 Meerwaarde Professionele Staf : Verschillende invalshoeken  
 Meerwaarde: financiën  
 Meerwaarde: gezamenlijk de doktersdingen regelen  
 Meerwaarde: innovatie  
 Meerwaarde: kwaliteit en veiligheid  
 Meerwaarde: versterken inhoudelijke lijn  
 Meerwaarde: welbevinden medewerkers  
 Model : bruikbaar  
 Model : compleet  
 Model : ontstaan  
 Positionering : Andere behandelaren moeten ook invloed  
 Positionering : instemmingsrecht en adviesrecht  
 Positionering : Medische Staf als derde medezeggenschapsorgaan  
 Positionering : Medische Staf en de CR  
 Positionering : Medische Staf en de IGJ  
 Positionering : Medische Staf en de OR  
 Positionering : Medische Staf en Geneesheer-Directeur  
 Positionering : Medische Staf en Raad van Toezicht  
 Positionering : Medische Staf en verzekeraar  
 Positionering : Psychologenstaf  
 Positionering : Verpleegkundigenstaf  
 Positionering: Aard van de afdeling bepaalt de invloed van een staf  
 Positionering: alle lagen contact met de Medische Staf  
 Positionering: Lijn en Medische Staf  
 Positionering: Lijn en professionele staf  
 Positionering: onderzoeksafdeling  
 Positionering: Opleiding  
 Positionering: slechte positie professionals in GGZ-instellingen  
 Probleem: arbeidsmarkt  
 Probleem: psychiaters verlaten instellingen  
 Probleem: psychiaters zijn ontevreden  
 Risico : Als bestuurder het nut niet inziet, dan lukt de Medische Staf niet  
 Risico : Medische Staf is een middel voor inspraak, geen doel op zich : dat kan door elkaar lopen  
 Risico : Polarisatie tussen werkvloer en lijn  
 Risico : Tweedeling door medici wel in staf met invloed, andere regiebehandelaren niet  
 Risico : Wat te doen bij meningsverschil?  
 Risico : Zorginhoud en belangen lopen door elkaar  
 Risico: bureaucratiseren van de Medische Staf  
 Risico: uithollen inhoudelijke lijn  
 Rollen : adviseur

Rollen : coach  
 Rollen : expert  
 Rollen : innovator  
 Rollen : Mensen die een stap meer doen  
 Rollen : Strategie  
 Rollen : verbinder  
 Specialist : vooruitkijken/visieontwikkeling  
 Specialisten : Arbeidsvoorwaarden  
 Specialisten betrokken bij besluitvorming  
 Specialisten domein  
 Specialisten essentieel  
 Specialisten voeren het beleid uit op de werkvloer  
 Structuur : De lijn implementeert wat het bestuur besluit  
 Structuur : Medische Staf moet worden neergezet in GGZ-instellingen  
 Structuur : ondersteuning  
 Structuur : oprichten vereniging  
 Structuur : P&C-cyclus  
 Structuur : plaats van de Medische Staf in het organogram  
 Structuur : Professionele Staf  
 Structuur : Psychologenstaf  
 Structuur : Verdeling vraagstukken onder staven  
 Structuur : Verpleegkundige Staf  
 Structuur: alle lagen hebben contact met de Medische Staf  
 Taken Medische Staf : aanwezig bij sollicitaties  
 Taken Medische Staf : blijven vakgebied  
 Taken Medische Staf : collega's aanspreken bij disfunctioneren  
 Taken Medische Staf : contact met externen  
 Taken Medische Staf : gevraagd en ongevraagd advies geven  
 Taken Medische Staf : laten informeren over belangrijke zaken  
 Taken Medische Staf : vergaren van kennis en dat delen met bestuur  
 Taken Medische Staf : vooruit kijken vakgebied / visieontwikkeling  
 Taken Medische Staf : zelforganisatie diensten en waarneming  
 Taken Medische Staf: kwaliteit en veiligheid  
 Waardensysteem : economische waarden  
 Waardensysteem : klantwaarden  
 Waardensysteem : Maatschappelijk  
 Waardensysteem : Professioneel

## Bijlage 4: Overzicht alle respondenten

De lijst van alle respondenten van de open interviews en de semigestructureerde interviews, op alfabetische volgorde. Grote dank aan allen voor het meewerken.

|                        |                                                                                |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Judith Alders          | Psychiater Vincent van Gogh, voorzitter Stafconvent                            |
| Aartjan Beekman        | Psychiater / bestuurder GGZ Ingeest                                            |
| Ton Dhondt             | Psychiater / bestuurder GGZ Friesland                                          |
| Şükrü Genco            | Oud-voorzitter Medische Staf OLVG                                              |
| John Kauffeld          | Bestuurder Espria                                                              |
| Jan Willem Louwerens   | ZZP Psychiater / Eigenaar Psyland                                              |
| Jeroen Muller          | Bestuurder Arkin                                                               |
| Peter van der Noord    | Directeur – bestuurder GGZ Drenthe                                             |
| Frans Que              | ZZP en vrijgevestigd Psychiater / MBA / Eigenaar Berends-Que Performance       |
| Rixt Riemersma         | Psychiater GGZ Drenthe, lid actiegroep De Psychiater is een Medisch Specialist |
| Arien Storm            | Psychiater / bestuurder Lentis                                                 |
| Martijn Verstraaten    | Anesthesioloog Sint Antoniusziekenhuis Sneek                                   |
| Pieter van der Vleuten | Cardioloog / penningmeester Medisch Specialisten Collectief Treant             |
| Herma van der Wal      | Psychiater n.p. / Bestuurder Dimence                                           |

## Bibliografie

- Alderlieste, L. (2014). Dienstverbanders akkoord met AMS. *Medisch Contact*(2014).
- Bijnsdorp, B. (2019). Waarde (n) volle Structuur.
- Braakman, M., & Concilium, P. (2016). *HOOP 2.0 : tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- de Volkskrant. (1997, 26/07/1997). Specialisten willen opnieuw advies over ziekenhuiszorg. *de Volkskrant*. Retrieved from <https://advance-lexis-com.eur.idm.oclc.org/api/document?collection=news&id=urn:contentItem:48MV-RBR0-0150-V035-00000-00&context=1516831>
- de Vries, P., & Beijers, R. (1999). Samenwerking op strategisch, tactisch en operationeel niveau. In *Management van het patientenproces* (pp. 39-48): Springer.
- Devers, K. J. (1999). How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health services research*, 34(5), 1153-1188.
- Evers, J. C., & Staa, A. L. v. (2010). Niet eenvoudiger, wel creatiever en efficiënter (Replik). *KWALON. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland vol. 43 no. 1, pp. 17-19*. Retrieved from <http://repub.eur.nl/pub/23430>
- Federatie Medisch Specialist. (2017). Visiedocument Medisch Specialist 2025. Ambitie, vertrouwen, samenwerken. In. Utrecht: FMS.
- Federatie Medisch Specialist. (2019). Positioneringsnota: Medisch specialist in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In. <https://www.lad.nl/wp-content/uploads/2019/07/Positioneringsnota-GGZ.pdf>.
- Federatie Medisch Specialist en LAD. (2017). *Toolkit oprichten medische staf in de GGZ*. Retrieved from
- FMS. (datum/jaar onbekend). Medisch Leiderschap Retrieved from <https://medischevervolgopleidingen.nl/medisch-leiderschap>
- Frank, J., Snell, L, Sherbino, J. (2015). CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. *Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*.
- GGZ Nederland. (2019). *CAO GGZ 2019-2021*. Retrieved from <https://www.ggz nederland.nl/cao>
- Goeschel, C. A., Wachter, R. M., & Pronovost, P. J. (2010). Responsibility for quality improvement and patient safety: hospital board and medical staff leadership challenges. *Chest*, 138(1), 171-178. Retrieved from [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(10\)60363-7/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(10)60363-7/fulltext)
- Gupta Strategists. (2019). Bedrijfsvoering verzilveren of tafelzilver verkopen? In G. Strategists (Ed.). Amsterdam.
- Hart, W., & Buiting, M. (2012). Verdraaide organisaties. *Terug naar de bedoeling. Alphen ad Rijn: Vakmedianet Management BV*.
- Hoek, H. (2007). *Governance & Gezondheidszorg: Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. Retrieved from <http://repub.eur.nl/pub/8822> WorldCat.org database.
- Houwen, L. G. H. J. (2018). De organisatie van het ziekenhuis: integratieproces of Echternach-processie? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 42(4), 273-301. doi:10.5553/TvGR/016508742018042004002
- Joldersma, C. (2019). Arbeidsmarktonderzoek NVvP en LAD. In (pp. 59): NVvP en LAD.
- Kahn, R. (2007). Verenigt u! *Medisch Contact*, 10, 1.
- Karsten, N., & Tummers, L. (2008). To read or not to read: Over de waarde van vakliteratuur in kwalitatief onderzoek. *KWALON. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland*, 39(3), 5-16.
- Leffers, F., Emons, T., & Klaver, C. (2008). Ggz-professionals laat u horen! *Psycholoog*, 43(11), 646.
- Lindert, H. v., Delnoij, D., Groenewegen, P., & Hofland, S. (1999). Op weg naar een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf: managementparticipatie van medisch-specialisten in Nederland.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2005). *Wet Toelating Zorginstellingen*.

- Naarding, P., & Kamsteeg, F. H. (2007). PRAKTIJK - Psychiater weer centraal - Naarmate GGZ-instellingen door fusies steeds groter werden, is de positie van de psychiater in de organisatie gemarginaliseerd. Fusie-in-stelling Spatie in Apeldoorn heeft de psychiater via de medische staf -- gemodelleerd naar medische staf in algemene ziekenhuizen -- weer invloed gegeven op beleid en organisatie. *Medisch Contact*, 62(31-32), 1306-1307.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2019). *Informatiekaart wachttijden GGZ*. (PUC\_297810\_22). Overheid Retrieved from [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_297810\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_297810_22/1/)
- NVZ FMS LAD OMS. (2016). *Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten*. Retrieved from <https://cao-ziekenhuizen.nl/arbeidsvoorwaarden-medisch-specialisten-ams>
- Parand, A., Dopson, S., Renz, A., & Vincent, C. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 4(9), e005055. Retrieved from <http://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/18284/2/The%20role%20of%20hospital%20managers%20in%20quality%20and%20patient%20safety%3a%20a%20systematic%20review.pdf>
- Peters, T. J., & Waterman, R. H. (2015). *In search of excellence : lessons from America's best-run companies*. London: Profile Books.
- Platform Medisch Leiderschap. (2016). *Medisch Leiderschap: Begin bij de Basis!* Retrieved from <http://platformmedischleiderschap.nl/wp-content/uploads/2016/01/Visiedocumenten-Studenten-PML.pdf>
- Plochg, T., & van Zwieten, M. (2002). Guidelines for quality assurance in health and health care research: Qualitative Research. *Book Guidelines for quality assurance in health and health care research: Qualitative Research*.
- Schippers, E. (2012). *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014*. Den Haag
- Scholten, W. (2018). Het dak op. *GZ-Psychologie*, 10(4), 3-3.
- Shortell, S. M., & LoGerfo, J. P. (1981). Hospital Medical Staff Organization and Quality of Care: Results for Myocardial Infarction and Appendectomy. *Medical care*, 19(10), 1041-1055. Retrieved from [www.jstor.org/stable/3764369](http://www.jstor.org/stable/3764369)
- Staa, A. L. v., & Evers, J. C. (2010). 'Thick analysis': strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. *KWALON. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland* vol. 43 no. 1, pp. 5-12. Retrieved from <http://repub.eur.nl/pub/23133>
- Succi, M. J., & Alexander, J. A. (1999). Physician involvement in management and governance: the moderating effects of staff structure and composition. *Health Care Management Review*, 24(1), 33-44.
- ten Hoopen, R. (2016). Metamorfose van de Zorgbrede Governancecode : Zaken op orde. *Zorgvisie*, 46(11), 15. doi:10.1007/s41187-016-0187-1
- van den Berg, G. Sturen en managen vanuit professionele passie en kracht.
- van der Scheer, W. (2013). *Onder Zorgbestuurders: Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*.
- van Staa, A., & de Vries Msc, K. (2014). Directed content analysis: een meer deductieve dan inductieve aanpak bij kwalitatieve analyse. *KWALON*, 19(3), 46-54. doi:10.5553/KWALON/138515352014019003006
- Verschuren, P. J. M., & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek* (Vijfde druk. ed.). Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Vos, J. L. M. (2011). *Pleitbezorger van de psychiatrie : de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1871-2011*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Weiner, B. J., Shortell, S. M., & Alexander, J. (1997). Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board, and physician leadership. *Health services research*, 32(4), 491.
- Witte, M. d., & Jonker, J. (2019). *De kunst van veranderen : bewegen naar de kern* (Eerste druk, vijfde oplage. ed.). Deventer: Vakmedianet.

