

Tijd voor Medisch Leiderschap Van verleden naar toekomst

Time for Medical Leadership
From past to future

20 november 2015

Prof.dr. C.G.J.M. Hilders

“Aan de basis van de
gezondheidszorg ligt
een droom...”

Carina Hilders

Tijd voor Medisch Leiderschap Van verleden naar toekomst

Time for Medical Leadership
From past to future

Prof.dr. C.G.J.M. Hilders

Rede

In verkorte vorm uitgesproken ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar vanwege de Academie voor Medisch Specialisten met als leeropdracht Medisch Management en Leiderschap aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. De Academie is een samenwerkingsverband van de Federatie Medisch Specialisten, VvAA en iBMG.

Inaugural Lecture

Presented in abbreviated form on the occasion of accepting the post of Endowed Professor on behalf of the Academie voor Medisch Specialisten with special remit in 'Medical Management and Leadership' at the institute of Health Policy & Management (iBMG) of Erasmus University Rotterdam. The Academie is a partnership of the Federatie Medisch Specialisten, VvAA and iBMG.

Colofon

Publicatiedatum

20 november 2015

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
T +31 10 408 8555
E research@bmg.eur.nl
W www.bmg.eur.nl

Oplage

750

Uitgever

Marketing & Communicatie iBMG

Vormgeving

www.panart.nl

Druk

Drukkerij Van Deventer

Tijd voor Medisch Leiderschap

Van verleden naar toekomst

**Mijnheer de rector Magnificus,
Mijnheer de Decaan,
zeer gewaardeerde collegae,
lieve familie en vrienden,**

“Staat u mij toe een verhaal te vertellen”....

Het is een ochtend waarbij ik polikliniek doe, en voor mij in de spreekkamer zit een vrouw van middelbare leeftijd, afkomstig uit Frankrijk, ze werkt in Nederland en woont alleen. Ik bespreek met haar de verschillende behandelopties. In goed overleg besluit zij voor een operatie te gaan waarbij ze aangeeft na de operatie een nacht in het ziekenhuis te willen blijven. Ondanks dat deze operatieve ingreep in dagbehandeling plaatsvindt, voelt zij zich als alleenstaande, zonder sociaal netwerk onzeker om de eerste nacht na de operatie alleen thuis te zijn. Ik begrijp haar situatie ten volle en vertel haar dat dit geen enkel probleem is. Echter niets bleek minder waar.... Het moment nadat de inschrijving vanaf mijn computer had plaatsgevonden, werd de patiënt tegenover mij een nummer in een logistiek management proces. Via het bureau opname werd aan de afdeling doorgegeven op welke dag de behandeling zou plaatsvinden. Daarbij stond ook dat ze als uitzondering een nacht zou blijven. Vanuit totale verwarring en zoekend naar wederzijds begrip ontstond er een intensieve mailwisseling met mij als aanvragend specialist en de teamleider van de afdeling waar de opname zou plaatsvinden. Deze gaf aan dat een extra nacht onmogelijk was. “Als we dit bij iedere patiënt zouden doen, hoe moeten we dan de productiviteit en ‘operational excellence’ van deze afdeling waarborgen?!”

Nu wil de uitzonderlijke situatie dat ik tevens de rol vervul van Directeur Medisch Zaken in het ziekenhuis. Op de eerstvolgende managementvergadering voelde ik de noodzaak om in de rondvraag dit relatief eenvoudige maar illustratieve voorval te bespreken. Ik zag het aanwezige management worstelen met het vraagstuk. Want immers de kernwaarden van ons ziekenhuis zijn: kwaliteit en veiligheid, gevolgd door gastvrijheid en als laatste de doelmatigheid. Het was dus simpel, de patiënt gaat boven de doelmatigheid. Maar zo simpel bleek het niet. Wederom ontstond een intensieve mailwisseling met de teamleider, die ik zeer hoog acht, waarbij zij aangaf hier toch een probleem te ervaren. Hoe moet ik dit uitleggen aan de verpleegkundigen van de afdeling? Die doen iedere dag hun uiterste best om aan het einde van de dag de afdeling ‘leeg’ te hebben. Hoewel het probleem in aanvang zo simpel leek, daagde het me uit...We zijn bij elkaar gaan zitten om het er met elkaar over te hebben,‘ waar gaat het niet goed?’

En‘ Hoe moeten we dit in het vervolg aanpakken?’ Zeer bereid om van elkaar te leren, kwamen we tot het inzicht dat het ziekenhuis weliswaar een complex bedrijf is, maar wel een ‘bedrijf’ waar de zorg voor de patiënt altijd voorop moet staan. Regels, protocollen en processen helpen artsen en managers om iedere dag weer goede zorg in een veilige omgeving te leveren. Echter, als deze basis goed georganiseerd is, vraagt werken in de gezondheidszorg, en in een ziekenhuis bij uitstek, om ‘veerkracht’. Het vanuit waarden of principes flexibel omgaan met protocollen, bedrijfsvoering en productiviteit. We hebben het hier immers niet over stroopwafels maar over patiënten. Door

deze veerkracht de ruimte te geven in je organisatie maak je echt het verschil! Geïnspireerd door elkaars inzichten zijn we vol begrip, energie en nieuwe plannen weer uit elkaar gegaan...

In dit voorbeeld heb ik u willen meenemen naar de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg waarin de rol van de medische professional essentieel is in het verbinden van verschillende inzichten binnen de zorg, het katalyseren van dit proces en het hierin een actieve rol aannemen. Dit is medisch leiderschap. Het verbinden van het medisch domein met het management domein door transparantie, communicatie en begrip met als doel de zorg voor de patiënt iedere dag weer te verbeteren.

Complexiteit

Door de huidige complexiteit van de wereld waarin wij leven, neigen we in toenemende mate naar een drang van regie. Vanuit de maatschappij wordt dit gevoeld door een onuitputtelijke informatiebehoefte. Deze informatiestroom geeft ons de illusie dat wij aan een transparante samenleving deelnemen waarbij ieders verantwoordelijkheid op ieder moment gedeeld en beoordeeld kan worden. Echter, door ons niet te realiseren dat we in toenemende mate juist lijdend voorwerp worden van deze onafwendbare toenemende stroom aan informatie en technologie, zijn we inmiddels slachtoffers van digitale communicatie en zogenaamde technostress. In een wereld die we als steeds sneller ervaren, er steeds meer aanbod is en de term schaalgrootte een relatief begrip is geworden, zou juist bewust ruimte gemaakt moeten worden voor verdieping en reflectie om de regie over de toekomst te behouden. Een directe parallel is te trekken met de gezondheidszorg. De behoefte aan regie wordt dagelijks gevoeld door een onuitputtelijke stroom van prestatie indicatoren, de druk om te komen tot de meeste VIM meldingen, het Veilig Incident Melden per afdeling, en een minimaal te behalen aantal calamiteiten per jaar per ziekenhuis. Door ons niet te realiseren dat we inmiddels slachtoffer zijn geworden van een meetsysteem dat wordt verheven tot standaard en wat in de praktijk nog maar moeizaam leidt tot verdieping en dus verbetering, zijn we inmiddels onderdeel geworden van zogenaamde zorgstress. Ook hier zou verdieping en flexibiliteit kunnen leiden tot meer regie over de toekomst van de gezondheidszorg, gericht op waarde creatie voor de patiënt. In dit kader was ik onder de indruk van de woorden van de inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg Ronnie van Diemen op het afgelopen Rode Hoed symposium. Ze verwoordde het belang van een open cultuur en reflectie als volgt: "De in 2003 geïntroduceerde basisset met kwaliteitsindicatoren, heeft geleid tot de verbinding van bestuurders en professionals ten aanzien van kwaliteit en verantwoordelijkheid voor de patiënt. Hierdoor is er een effectieve cultuur in de zorginstellingen geïntroduceerd ten aanzien van de veiligheid voor de patiënt. Echter het wordt tijd dat we ook indicatoren durven los te laten, om meer reflectie te gebruiken om de zorg iedere dag te verbeteren vanuit een open, verantwoordelijke en zorgzame cultuur", einde citaat. Het is immers de patiënt die de inhoud van de gezondheidszorg in de toekomst zal gaan bepalen en leidend hierin zal zijn. Dit wordt zichtbaar in de thema's zoals gedeelde besluitvorming, 'end of life' care, gezond leven en gedrag, vitaliteit en welbevinden, zoals ook complementaire geneeskunde en e-health. Het wordt tijd dat we ons niet meer verschuilen achter de complexiteit van de zorg en de patiënt, maar de verantwoordelijkheid nemen om de druk op het systeem op te lossen. Het onderschrijft de noodzaak en behoefte aan nieuw leiderschap, Medisch Leiderschap, waarbij de medisch professional als verbinder zal moeten optreden tussen de patiënt en de complexe omgeving.

Zorgstructuur

Het is Mintzberg die ons in 1987 reeds leerde dat een gezondheidsorganisatie een zogenaamde 'inverted powerstructure' bevat (1). Hij stelde dat instellingen in de gezondheidszorg professionele bureaucratieën zijn, waar eigenlijk sprake is van een omgekeerde machtsstructuur. De informele macht ligt daar bij het medisch personeel. Hierdoor kunnen duurzame veranderingen alleen tot stand komen door professionals medeverantwoordelijk te maken voor het beoogde doel. Er bleek een groeiende relevantie voor de positie van de medische professional in collectieve organisaties zoals een ziekenhuis. Ook in Nederland is er de afgelopen decennia veel aandacht geweest voor de veranderingen in de gezondheidszorg en participatie van zorgprofessionals en in het bijzonder medisch specialisten. Er zijn verschillende modellen geïntroduceerd zoals het 'management

participatiemodel', dat ook wel bekend staat als het Biesheuvelmodel en het 'medical managementmodel' dat beschouwd kan worden als een voorloper hiervan (2). Het idee hierachter beruiste op het eerder genoemde principe van gewenste integratie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie. Met als doelstelling de kosten van de medisch specialistische zorg te reduceren door alle professionals in de ziekenhuisorganisatie gezamenlijk verantwoordelijk te stellen voor het leveren van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg. Een middel hiertoe was de introductie van het integrale tarief, op dit moment de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg zoals vastgelegd in het regeerakkoord. Inmiddels is in veel Nederlandse gezondheidszorgorganisaties sprake van een duaal besturingsmodel, waarbij de Raad van Bestuur en de medische staf van een ziekenhuis een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen. Dit wordt momenteel geëxpliciteerd door de introductie van het zogenaamde Medisch Specialistisch Bedrijf. Met ingang van januari 2015 zijn in de meeste ziekenhuizen alle maatschappijen van vrijgevestigde medisch specialisten samengevoegd tot een groot collectief waarbij de honorering van de medisch specialisten niet meer afhankelijk is van de individuele verrichtingen maar de geleverde inzet in het Medisch Specialistisch Bedrijf. Of deze structuur interventie daadwerkelijk een bijdrage gaat leveren aan het verbinden van de zorgvraag met de organisatie in een steeds complexere omgeving moet nog blijken. Inmiddels weten we uit ervaring dat de complexiteit en de omvang van de uitdagingen in de zorg zo groot zijn dat deze noch alleen door de overheid noch alleen door de marktwerking kunnen worden opgelost. Het vraagt om een gemeenschappelijk vertrekpunt waarbij het streven naar waardecreatie centraal zal moeten staan. Door collega Erik Heineman en in het boek *Diagnose Zorginnovatie*, van Philip Idenburg en Michel van Schaik, is deze ontwikkeling reeds eerder omschreven als het creëren van een ecosysteem (3). Omdat de zorg complexer wordt en er meer behoefte is aan integrale en thematische zorg, zal een samenhangende organisatie met een duidelijke visie en bedrijfsfilosofie gericht op de toekomstige zorgvraag echt noodzakelijk zijn. In meerder ziekenhuizen, waaronder ook het Reinier de Graaf Gasthuis, is 1 organisatievorm voor alle medisch specialisten opgericht, onafhankelijk van loondienst of vrijgevestigd. Andere reactieve ontwikkelingen zoals het introduceren van externe managers als leidinggevend in het Medisch Specialistisch Bedrijf, zullen alleen maar tot meer verwijdering van de ziekenhuisorganisatie leiden en niet tot de gewenste gelijkgerichte belangen. Deze ontwikkelingen van het ontstaan van een ziekenhuisje in een ziekenhuis, zijn mijn inziens zeer onwenselijk en onderschrijven de noodzaak en behoefte aan nieuw leiderschap. De medische professional zal, ondersteund door de verschillende partijen in de zorg, zijn verantwoordelijkheid moeten nemen in de verbinding met allereerst wat de gezondheidszorg nodig heeft gevolgd door de wenselijke structuur. De toename van complexiteit en druk op het systeem zal vragen om andere oplossingen, gestuurd vanuit de zorgvraag in plaats van het zorgaanbod, waarbij de patiënt de centrale rol vervult bij deze kennisontwikkeling.

Zorginhoud

Deze zorgvraag zal voor een groot deel bepaald worden door de multi morbide oudere of chronische patiënt. Dit heeft een meer generalistische benadering nodig naast de toenemende specialisaties die worden gedreven door technologie en innovatie. Om hierin regie te houden vraagt dit enerzijds om incrementele innovaties, zoals Leanmanagement of ketenzorg, waarbij het bestaande zorgproces wordt geoptimaliseerd. Anderzijds vraagt dit om radicale innovaties, waarbij nieuwe zorgoplossingen worden ingezet om aan te sluiten bij nieuwe ontwikkelingen, zoals de introductie van Decision Support Systems, zoals Watson, of M-Health. Deze zorgontwikkelingen zullen moeten aansluiten bij de economische uitdagingen in de toekomst van de zorg. Om dit te bewerkstelligen zal een paradigma shift moeten plaatsvinden naar het nieuwe gezondheidszorgconcept verwoord door Machteld Huber (4). Hierbij ontwikkelen we van een zogenaamd controle systeem naar een adaptief systeem. Hierbij wordt de gezondheidszorg gezien als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van sociale, fysieke, en emotionele uitdagingen in het leven. De zorgprofessional zal zich daarom meer opstellen in een coachende rol waarbij gedeelde besluitvorming in wat voor de patiënt echt belangrijk is in zijn of haar leven, leidend zal zijn. Hierbij zal de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt gestimuleerd moeten worden. Dit zal moeten leiden tot een dynamisch evenwicht tussen zorgondersteuning en zelfregulatie. Ook het zorglandschap zal zich hierop moeten aanpassen met een integratie van de verschillende zorgdomeinen, en een veranderende rol van zorginstellingen. Essentiële

voorwaarden voor al deze transitie zijn ten eerste het leveren van zorg in samenwerkingsverbanden of netwerken, ten tweede het verdwijnen van de vrijblijvendheid voor het leveren van een zorgproduct en ten derde er zal rekening moeten worden gehouden met een mogelijk uitgesteld resultaat. De bewustwording van het aanbieden van de zorg in netwerken is in 2015 op indrukwekkende wijze geïnstitutionaliseerd door de oprichting van de Federatie van Medisch Specialist. De voortvarende transitie van 28 wetenschappelijke verenigingen in 1 federatie, is de erkenning van het feit dat de medische zorg in de toekomst een multidisciplinaire systeembenadering nodig heeft. Ook zal de vrijblijvendheid in het aanbieden van een zorgproduct veranderen. Neem bijvoorbeeld de discussie over het aanbieden van dure geneesmiddelen. Om deze ontwikkelingen zo optimaal mogelijk in de praktijk ten uitvoer te brengen is er inmiddels in meerdere ziekenhuizen een zogenaamde commissie dure geneesmiddelen opgericht. Echter het is nog onwennig voor de medisch specialist om zijn beleid hierop aan te passen. Ik citeer een collega: Ik ben nu al 15 jaar reumatoloog in dit ziekenhuis, en blijf het moeilijk vinden ondanks duidelijke doelstellingen, dat deze commissie mij gaat vertellen wat ik moet doen in de spreekkamer, einde citaat. Als derde punt wil ik graag het uitgestelde resultaat van geleverde zorg aanstippen. Dit zal vooral in preventie een rol spelen. Mijns inziens is er in de toekomst een essentiële taak voor de ziekenhuizen weggelegd om een voortrekkersrol te nemen ten aanzien van gezondheid en gedrag van de mensen in de betreffende regio. Hoewel dit niet direct in een positieve businesscase uit te drukken is, ligt hier de gedeelde verantwoordelijkheid van zowel burgers als professionals in de zorg om de gezondheidszorg houdbaar en vooral toegankelijk te houden. De noodzaak hiervoor wordt onderzocht in het rapport 'Verschil in Nederland' van het Sociaal en Cultureel Planbureau uit 2014. Hierin wordt gesteld dat, nu de beschermende rol van de verzorgingsstaat afneemt, er het risico bestaat op grotere verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen (5).

Hoe gaan we nu sturing geven aan deze complexiteit van zorginhoud en zorgstructuur?

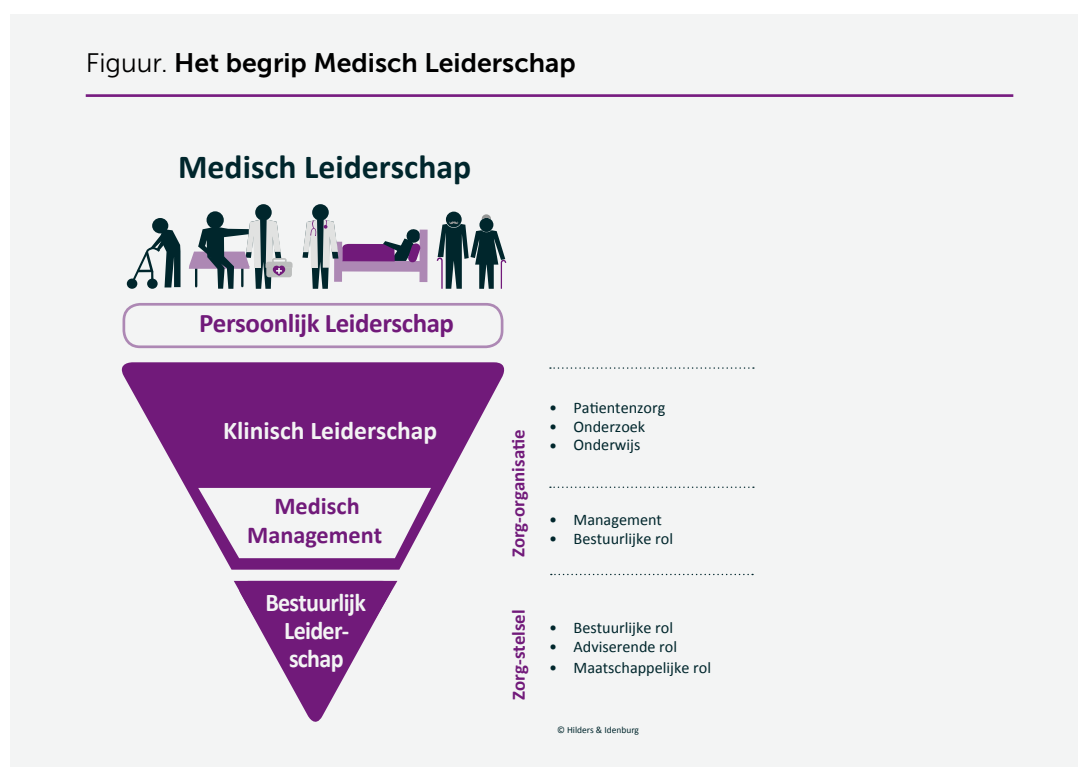
Om onze zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en doelmatig te houden is er behoefte aan leiderschap dat maakt dat de verbinding wordt gelegd tussen het managementdomein aan de ene kant waarin regulatie van systemen, transparantie, controle en beheersbaarheid in processen domineren. En het medisch domein aan de andere kant, waarbij de patiënt, ethiek, het wel of niet reageren op een therapie, het wel of niet willen van een behandeling, dit domein veel meer flexibel maakt. Het is de verbinding tussen deze twee domeinen, door transparantie, communicatie en wederzijds begrip, dat de essentie vormt van Medisch Leiderschap. Het is de professional die zal moeten balanceren tussen de zogenaamde 'managerial' en de 'clinical mindset', om de verschillende verander paradigma's over de toekomst van de gezondheidszorg op elkaar te laten aansluiten. De verbinding van deze twee domeinen zal als een natuurlijk proces moeten plaatsvinden en elkaar versterken als in een 'perfect storm'. Dit kan alleen maar als we ons open stellen voor de gewenste meerwaarde, ons hiervoor verantwoordelijk voelen, en ons realiseren dat de medische professional hierin de onmisbare schakel vormt. Participatie van medische professionals op strategisch, tactisch als ook operationeel niveau in een zorginstelling, zal geleid moeten worden vanuit de zogenaamde 'responsible autonomy' (6). Het zich verantwoordelijk voelen voor het verbinden van regels en protocollen door transparantie waarbij het leveren van maatwerk niet in het gedrang komt. Door de complexiteit van de gezondheidszorg als uitdaging te zien, en niet in een slachtofferrol te verzanden maar te bedenken wat je zelf kan bijdragen, bestendigt de regierol van de medische professional in de gezondheidszorg. Dat de praktijk nog weerbarstig is, blijkt uit recent onderzoek van het iBMG naar de rol van medisch manager. Uit het onderzoek blijkt dat de rol van de medisch specialist in het management tot op heden geen duidelijke taakomschrijving en voorwaarden kent, waardoor de invulling van de taak vaak nog verschillend wordt ingevuld. De praktijk wijst uit dat de regiefunctie hierdoor nog vaak bij het management ligt. Dit onderzoek wordt ondersteund door de literatuur waaruit blijkt dat de medisch professional uiteindelijk vaak trouw blijft aan zijn of haar medische professie (7). Hierdoor blijft een ware management conversie vaak uit. Daarbij ontleent een medisch professional in een management positie tot op heden zijn gezag aan klinische ervaring en competenties en bestaat er nog weinig begrip en waardering voor management posities. En inderdaad, wat is aantrekkelijker dan iedere dag de praktijk te ervaren. De spreekkamer, het epicentrum van de zorg, waar

zorg en empathie voor de patiënt, kwaliteit en veiligheid, doelmatigheid, data en transparantie, maar bovenal rust, samen komen en geïntegreerd worden. In een toenemende complexiteit van de gezondheidszorg, hebben medisch specialisten hier hun handen dagelijks aan vol. Zoals een collega medisch specialist recent verwoordde en ook beschreven is in het boek 'Advanced Lean in Health Care, from hockey to ballet' (8) "Poli doen is als een ijshockey wedstrijd, het moment dat de puk in de wedstrijd wordt gegooid ontstaat er chaos, en wanneer het eindsein klinkt ontstaat er weer rust" einde citaat. De uitdaging van Medisch Leiderschap begint bij het optimaliseren van deze processen op de werkvloer. Ik vind het moeilijk te geloven dat complexe bedrijven zoals Schiphol, die altijd te maken heeft met de onverwachte situaties zoals het weer, of de ANWB die altijd te maken heeft met onverwachte situaties van pech op welke plek dan ook in Nederland, hun processen makkelijker kunnen inrichten dan in de gezondheidszorg? In de zorg hebben we de onverwachte situatie die we noemen 'Clinical Variation'. Het is deze variatie die de gezondheidszorg juist uniek maakt! Het is betekenisvolle variatie, ontstaan door patiënten, die de essentie vormen van een ziekenhuis. Deze klinische variatie is de kern van een zogenaamde high risk organization zoals een ziekenhuis. Het getuigt van medisch leiderschap deze klinische variatie te omarmen, te waarderen en vooral te managen. Dit zal moeten plaatsvinden door het te verbinden met aanbod regulatie en procesoptimalisatie. Hierdoor zal de rust in de spreekkamer behouden blijven. Zo kan de medisch professional zich richten op de patiënt en wat voor hem of haar echt belangrijk is. Ons richten op de kern van waar het in de gezondheidszorg om draait. Want echte zorg wordt gevoeld, zowel door de patiënt als door de professional zelf. Toch kan dit medisch leiderschap niet meer tot de spreekkamer beperkt blijven.

Medisch Leiderschap

De medisch professional zal in de toekomst ook de toegevoegde waarden voor de patiënt duidelijk moeten maken in posities binnen en buiten het ziekenhuis, in verschillende gezondheidsorganisaties, en maatschappij breed. Medisch Leiderschap zal op verschillende niveaus in de structuur van de gezondheidszorg de schakel moeten vormen tussen de patiënt en het systeem. Medisch Leiderschap is hierdoor niet 1 soort leiderschap maar heeft een gelaagdheid die overeen komt met de verschillende rollen en posities die de zorgprofessional heeft in het zorgsysteem, weergegeven in onderstaand figuur.

Figuur. Het begrip Medisch Leiderschap



Op de werkvloer in het ziekenhuis zal medische leiderschap gekenmerkt worden door thema's zoals gedeelde besluitvorming, transparantie, multidisciplinaire zorg, 'operational excellence', kwaliteit en veiligheid, en doelmatigheid waarbij de zorg voor de patiënt door samenwerkende medisch professionals iedere dag weer tot verbetering moet leiden. Dit zogenaamde klinisch leiderschap zal naast patiëntenzorg verder uitgebreid kunnen worden met taken in onderwijs, opleiding en het doen van wetenschappelijk onderzoek. Afhankelijk van de positie van de medische professional in de organisatie zal klinisch leiderschap in toenemende mate gecombineerd worden met medisch management. Is het de medisch specialist op de operatiekamer of de polikliniek die zich vooral bezig houdt met klinisch leiderschap op de werkvloer, zal de medisch specialist als medisch manager, gevolgd door stafvoorzitter, voorzitter van het Medisch Specialistisch Bedrijf of directeur Medische Zaken, steeds meer management taken en verantwoordelijkheden krijgen toebedeeld welke geïntegreerd worden in de medische praktijkvoering. Hierdoor wordt als vanzelfsprekend elke keer weer de verbinding van de werkvloer met de organisatie gemaakt. Het is de medische professional die de nuances van de werkvloer in de bestuurskamer moet brengen om te komen tot gezamenlijke verbetering van inzichten en zorg. Ook hier zal de flexibiliteit behouden moeten blijven als het gaat om afwijken van protocollen, financiële kaders, of budgetten. Een voorbeeld is de introductie van robotchirurgie, waarbij zorgoptimalisatie afgewogen moet worden tegen het financiële plaatje. Dus het financieel gezond houden van de organisatie is een belangrijk onderdeel van Medisch Leiderschap, en vormt nog steeds de voorwaarde om optimale medische zorg te kunnen leveren. Hier wordt duidelijk dat het besturen van een zorginstelling alleen maar kan wanneer het gemeenschappelijk belang wordt gediend.

Buiten de zorgorganisatie zal medisch leiderschap invulling krijgen in verschillende bestuurlijke functies zoals medisch adviseur bij een zorgverzekeraar, of een functie bij het Ministerie van Volksgezondheid of de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hoewel hierbij geen sprake is van dagelijkse directe koppeling met de werkvloer, blijven deze posities wel de verbinding van het medisch en management domein vereisen, om daarmee de belangen voor de patiënt te borgen. Voorbeelden van medisch management buiten de zorginstelling zijn de posities van zorgprofessionals bij zorgverzekeraars. Het is van toegevoegde waarde om hierdoor het inzicht te vergroten welke zorg ook daadwerkelijk toegevoegde waarde heeft voor een patiënt en hoe de gezamenlijke verantwoordelijkheid hiervoor gedragen zou moeten worden. Een goed voorbeeld hiervan is de implementatie en realisatie van zogenaamde effectiviteitsstudies. Ook het Ministerie met als voorbeeld het traject 'Verspilling in de Zorg', is gebaat bij deelname van medische professionals aan projecten. Zij kunnen vanuit de werkvloer inzichten aandragen die verspilling kunnen tegen gaan, zoals bijvoorbeeld optimalisatie van de zorgoverdracht, de zogenaamde TIP, de Transfer Interventie Procedure.

Maatschappij breed weten we inmiddels dat we als zorgverleners een verschil kunnen maken in het aanjagen van preventieprogramma's of het onderschrijven van de noodzaak tot innovaties, waarbij we de verbinding maken tussen wat maatschappelijk mogelijk is en wat voor de burger wenselijk is. Een spraakmakend voorbeeld hiervan is de anti-rook campagne van collega longarts Wanda de Kanter, of het 'niet goed geld terug' initiatief betreffende dure geneesmiddelen. Succesvolle uitoefening van deze verschillende rollen en het bijdragen aan duurzame verandering vraagt het kunnen adopteren van verschillende rollen en strategieën op verschillende niveaus in het zorgsysteem. Deze te gebruiken en in te zetten voor een groter doel. Dit betekent dat naast gerichte kennis, de medische professionals een open mind moeten hebben voor verbetering, nieuwsgierig moeten blijven, goed geïnformeerd moet zijn en bewust moet zijn van de eigen intrinsieke waarden.

Naar exploratie en integratie zal er een wereld ontstaan buiten de spreekkamer. Dit vraagt om nieuwe leiderschapsrollen zoals betrokkenheid, respect, moed, energie, en veerkracht. Dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken bepalend zijn voor succes werd mooi beschreven door Jim Collins in zijn boek 'Good to Great', waarin hij langdurig onderzoek heeft gedaan van honderden Fortune 500 bedrijven, naar de meest succesvolle bedrijven en het daarbij horende leiderschapsprofiel (9). Het zogenaamde G2G leiderschap werd gekenmerkt door bescheidenheid, integriteit, vertrouwen, en professionele drive. Onder de jonge artsen is de vraag om meer te leren over

bestuurlijke, organisatorische en financiële kanten van de zorg zeer groot. Het is daarbij zeer inspirerend en veelbelovend om te voelen en te merken dat bij de jonge professionals deze voorwaarden voor succes voor een groot deel reeds zijn geïntegreerd. Zaken zoals kwaliteitstransparantie, het delen van kennisnetwerken, en persoonlijke reflectie lijkt hun in de genen te zitten. Ook vanuit het platform Medisch Leiderschap is recent een competentie profiel ontwikkeld waarmee de benodigde vaardigheden schematisch worden weergegeven (10).

Maar hoe zorgen we nu dat Medisch Leiderschap bestendig in de praktijk?

Naast het bewust worden van de professional van zijn of haar verschillende rollen en verantwoordelijkheden in het zorgsysteem zal het opleiden van professionals in Medisch Leiderschap concrete vormen moeten aannemen. Uit onderzoek is gebleken dat er een toegenomen wenselijkheid bestaat onder zorgprofessionals tot het ontwikkelen van effectief leiderschap, kennis van management, en vertrouwen in professionele en persoonlijke vaardigheden. Een goed voorbeeld waar de 'sense of urgency' voor medisch leiderschap wordt gevoeld is bij het initiatief 'Medical Business Masterclass', een initiatief van jonge dokters vanuit Amsterdam. Bij het openstellen van de inschrijving van een volgende cursus is deze binnen 24 uur volledig uitverkocht en zit de zaal vol met 400 leergierige jonge specialisten. Binnen het huidige Geneeskunde curriculum en de vervolgopleiding is een gebrek aan aandacht voor de economische, organisatorische en innovatieve aspecten van de zorg. Allereerst zal in de opleiding geneeskunde en in de vervolgopleidingen gericht onderwijs over medisch leiderschap een plaats moeten krijgen in het standaard curriculum. Daarnaast zal gebruik gemaakt moeten worden van gerichte trainingen over medisch leiderschap. Een goed initiatief op dit gebied is de nieuwe cursus Klinisch Leiderschap van de Academie Medisch Specialisten. Hier wordt theoretische kennis ondersteund door praktijkvoorbeelden en toepassingen, het zogenaamde 'experimental learning' voorafgegaan door een assessment waarbij persoonlijke vaardigheden inzichtelijk gemaakt worden. Andere voorbeelden ten behoeve van de implementatie van Medisch Leiderschap in de praktijk zijn het MMV project, met het ontwikkelen van een toolbox Medisch Leiderschap. Ook het zogenaamde 'Verwonder en Verbeter project' van het UMCU. Dit project stelt jonge artsen in staat om de dagelijkse hindernissen die zij ervaren op de werkvloer om te zetten in projecten die de kwaliteit verbeteren. Hierdoor ontstaat meer grip en inzicht in eigen werk. Naast deze algemene trainingen zal er maatwerk geleverd moeten worden voor de ontwikkeling van medisch leiderschap voor – tijdens en na de opleiding voor diegenen die zich hierin verder willen ontwikkelen en bekwamen. Een goed voorbeeld hiervan is de talentklas vanuit de Academie Medisch Specialisten. Dit sluit aan bij het uitgangspunt van de CanMeds om competentiegericht op te leiden (11). Een voorwaarde is echter dat deze persoonlijke vaardigheden zullen moeten aansluiten bij de cultuur van de opleiding, een proactieve houding van de opleiders en er moeten mogelijkheden worden gecreëerd om gewenste ontwikkelingen in de praktijk te kunnen toepassen. Het creëren van ruimte in zowel tijd als geld voor medisch leiderschap in de vervolgopleiding is essentieel. Niet alleen vanuit de Geneeskunde zal dit moeten plaatsvinden, maar tevens vanuit de richting Beleid Management en Gezondheidszorg. Dit zal de verbinding tussen management en medische inhoud verder vorm kunnen geven. In de zorginstelling blijkt een duidelijke noodzaak om medisch leiderschap als organisatorisch proces te beschouwen, waarbij op verschillende manieren en niveaus in de organisatie deze ontwikkelingen geïnitieerd en gefaciliteerd moeten worden door trainingen, opleidingen en voldoende tijd. Tevens zal er ruimte gecreëerd moeten worden voor waardering en het bewust inzetten van verschillende talenten op bepaalde posities. Om de medische professional zo optimaal mogelijk in te zetten zal gerichte selectie eventueel aangevuld met een assessment zijn plaats moeten krijgen.

Essentieel voor de ontwikkeling van Medisch Leiderschap is het organiseren van goede samenwerking, maar tegelijkertijd ook het mogelijk maken van tegenspraak. Het creëren van een lerende omgeving, waarbij feedback wordt gerespecteerd en in goede banen wordt geleid in een horizontaal georiënteerde structuur. Immers dat polderen maakt ons uniek! Het is goed om ons te realiseren dat wij Nederland, een van de voorbeelden zijn in de wereld ten aanzien van de organisatie en solidariteit van de gezondheidszorg. Daar moeten we trots op zijn! Als in Nederland een van je kinderen geconfronteerd wordt met een ernstige vorm van kanker, dan krijgt die de meest optimale zorg, geleverd door de meest fantastische mensen, en toegankelijk voor iedereen.....Laat dit ons uitdagen.

Uitdagen om dit moment, 2015, te benutten, te reflecteren, te verbinden, te voelen wat ons drijft en waarmee ons talent de gezondheidszorg kan dienen, maar vooral te weten wie we zijn!!

De leerstoel Medisch Management en Leiderschap zal bijdragen met het in de praktijk verbinden van het zorgdomein en het managementdomein, het onderbouwen van de medisch leiderschap-praktijk door wetenschappelijk onderzoek, het verhaal vertellen, het leren en creëren van een nieuwe omgeving met het verbinden van nieuwe initiatieven, ondersteund door opleiding en onderwijs. Dit zijn slechts mooie woorden, maar om het daadwerkelijk in de praktijk te brengen, daar heb ik u voor nodig! Zingeving is de meest gezond makende faktor in een mensenleven. Weten wat je drijft, daar de mogelijkheden toe krijgen en een droom hebben die groter is dan jezelf. Dat heeft mij gebracht waar ik nu sta, en daar ben ik enorm dankbaar voor. De droom om de gezondheidszorg in de toekomst gezond te houden.

Dan terug naar het begin van mijn verhaal: Hoe is het met die patiënt uit het voorbeeld afgelopen? Zij is uiteindelijk geen nacht in het ziekenhuis gebleven, ze voelde zich prima en wilde naar huis...

Mijnheer de rector Magnificus, Mijnheer de Decaan, gewaardeerde toehoorders,

Hiermee aanvaard ik het ambt van bijzonder hoogleraar met de daarbij behorende leeropdracht. Ik dank het College van bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam en het bestuur van de Academie voor Medisch Specialisten met zijn aandeelhouders de Federatie Medisch Specialisten, de VvAA en iBMG, voor het in mij gestelde vertrouwen en zal mij inzetten om dat vertrouwen niet te beschamen.

Ik ben veel dank verschuldigd aan hen die hebben bijgedragen aan het instellen van de bijzondere leerstoel, met name Frank de Grave en Pauline Meurs en een speciaal woord van dank aan de benoemingscommissie. Ik dank allen die mij een warm welkom bezorgden bij iBMG, Ik noem met name Werner Brouwer, mijn kamergenoten Joris van de Klundert en Robert Huijsman, en de onderzoek maatjes Isabelle Fabricotti en Martine Buljac. Ik dank mijn onderzoeksassistenten in het mij gestelde vertrouwen, Mathilde Berghout, Kristel Dodde, Nadine Teunissen, Aarti Kalpoe, Haske van Veenendaal, Maarten Koomans, Tom Rozema en Sabrina van Tillaert. Ik dank het gehele Reinier de Graaf Gasthuis, het ziekenhuis waar mijn hart ligt, waar de mogelijkheden werden gecreëerd om dit te bereiken, met in het bijzonder de vakgroep gynaecologie, mijn sparring partner Jaap van de Heuvel en de altijd financiële support van Chris Oomen van DSW zorgverzekeraars.

Deze dag kon zo bijzonder worden door bijdragen van vele personen en organisaties. Het symposium Medisch Leiderschap 2015 is financieel ondersteund door de Federatie Medisch Specialisten, de VvAA, iBMG en het Reinier de Graaf Gasthuis. Ik dank alle sprekers en Maria Henneman voor hun fantastisch bijdrage aan de inhoud van dit symposium. De organisatie was in handen van mijn toeverlaat Marita Mantle, het gedreven communicatieteam van iBMG Wouter en Stephan, en de Erasmus Universiteit. Dank aan Christine Vermeulen voor het organiseren van het feest en de input voor de fantastisch muzikale ondersteuning door niemand anders dan Edmond Fokker en Michal Monoszon, thank you! Ik dank in het bijzonder Wendy Eelsing die een onmisbare bijdrage heeft geleverd aan de invulling van mijn oratie. Ik ben veel dank verschuldigd aan een bijzonder persoon in mijn leven, die een fundamentele bijdrage heeft geleverd aan waar ik nu sta, Philip Idenburg.

Ik dank mijn allerliefste ouders Chief en Anne die mij altijd en onvoorwaardelijk door het leven gesteund hebben. Mijn broers, zussen en de 'koude kant' die er altijd voor mij zullen zijn. Mijn hond Wolf voor de momenten van reflectie, mijn vriendinnen voor de momenten van 'iets anders', Johan Sebastiaan Bach voor muziek en de Brahma Kumaris voor de innerlijke rust. Maar natuurlijk last but not least mijn eigen thuis, waar het altijd mogelijk is gemaakt om mijn werk en alle andere activiteiten te kunnen doen, door een onaflaatbare steun en begrip van Jeroen, en de allesomvattende liefde voor mijn fantastische dames Stan en Beau!

Medisch Leiderschap is de bekrachtiging van de rol van de patiënt! Ik heb gezegd.

Referenties

1. Mintzberg H. 1987. Defining Strategic Management and Strategy. California Management Review 30(1): 11-24.
2. Scholten GRM, Grinten van der, TED. 2002. Integrating medical specialists and hospitals. The growing relevance of collective organization of medical specialists for Dutch hospital governance. Health Policy 62: 131-139.
3. Idenburg PJ, Schaik van M. 2013. Diagnose Zorginnovatie. Over technologie en ondernemerschap. Scriptum.
4. Huber MAS, et al. 2011. How should we define healthcare? British Medical Journal, 343.
5. Vrooman C., Gijssberts M., Boelhouwer J. 2014. Sociaal en Cultureel Rapport 2014, Verschil in Nederland. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014-33.
6. Degeling P., Maxwell S., Kennedy J., Coyle B.. Medicine, management, and modernisation: a "danse macabre"? 2003. British Medical Journal, 326: 649-652.
7. Hunter DJ. 1992. Doctors as managers: poachers turned gamekeepers? Social Science & Medicine 35: 557-566.
8. Albanese CT, Aaby DR., Platchek TS. 2014. Advanced Lean in Healthcare. CreateSpace Independent Publishing Platform.
9. Collins J.. 2008. Good to Great. Why some companies make the leap....and others don't. Business contact.
10. Raamwerk Medisch Leiderschap, Medisch Contact, 2015. 38: 1730-1731.
11. Dath D, Chan M-K, Abbott C. 2015. CanMeds 2015: From Manager to Leader. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa.

“Healthcare is based
on a dream...”

Carina Hilders

Time for Medical Leadership

From past to future

**Esteemed Rector Magnificus,
Esteemed Dean,
colleagues,
dear family and friends,**

“Allow me to tell you a story”

One morning at the outpatient clinic a middle-aged French woman who works in the Netherlands and who lives alone is waiting for me in the consulting room. I discuss various treatment options with her. In consultation, she decides to have surgery and indicates that she would prefer to stay in the hospital overnight after the surgery. Although the surgery would take place on an outpatient basis, she feels too insecure to be alone at home on the first night after surgery, being a single person without a social network. I completely understand her situation and tell her that this is not a problem. However, nothing could be further from the truth From the moment she was registered via my computer, my patient became a number in a logistics management process. The admissions office communicated with the ward regarding which day her treatment would take place. This included the exception that she would remain in hospital for one night. The result was total confusion and, with the aim of reaching a mutual understanding, an intensive e-mail exchange took place between myself as referring specialist and the team leader of the ward where she would be admitted. The team leader indicated that it was impossible for my patient to spend a night in hospital. "If we did this for every patient, how could we ensure the productivity and operational excellence of the ward?!"

I also perform the role of Director of Medical Affairs at the hospital, which is an exceptional situation. At the next management meeting, I felt the need to raise this relatively simple but illustrative incident. I watched the managers who were present struggling with the issue. Because, after all, the core values of our hospital are: quality and safety, followed by hospitality and then finally efficiency. It was therefore simple, the patient was more important than efficiency. But it was not that simple. Again, an intensive e-mail exchange took place with the team leader, who I rate very highly, where she indicated that she had a problem with this. How could she justify this to the nurses on the ward who do their best every day to have the ward 'empty' at the end of the day. Although the issue initially seemed very simple, it proved to be a challenge ...

Again we consulted with each other about "where has it gone wrong?" and "how should we handle this in the future?" We were very willing to learn from each other and we came to realize that although the hospital is a complex business, it is a 'business' where care for the patient must always come first. Rules, protocols and processes help physicians and managers to provide good care in a safe environment on a day to day basis. Yet, if this basis is well organized, working in healthcare and in a hospital in particular calls for 'resilience' in order to flexibly deal with protocols, business operations and productivity on the basis of values and principles. After all, we are not talking about stroopwafels but about patients. You can make a real difference by ensuring there is scope in your

organization for this resilience! We concluded our meeting inspired by each other's insights and full of understanding, energy and new plans...

I want to use this example to show you the daily practice of healthcare in which the role of the medical professional is essential in connecting different views within healthcare, catalysing and playing an active role in this process. This is medical leadership. Connecting the medical domain with the management domain by transparency, communication and understanding with the aim of improving patient care on a day to day basis.

Complexity

The current complexity of the world in which we live means we have an increasing urge to control. Society expresses this in an inexhaustible need for information. This flow of information gives us the illusion that we are participating in a transparent society where everyone's responsibility can be shared and assessed at any time. However, by not realizing that we are becoming increasingly the immediate object of this unavoidable increasing flow of information and technology, we have become victims of digital communication and techno-stress. In a world that we experience as accelerating, where there is an increasing supply and the term scale has become a relative concept, we should consciously create more scope for depth and reflection in order to maintain control over the future. A direct parallel can be drawn with healthcare. The need for control is felt on a day to day basis by an endless stream of performance indicators, the pressure to achieve the most VIM notifications, the Safe Incident Reporting by ward and achieving a minimum number of emergencies per year per hospital. By failing to realize that we have become victims of a measuring system that has become elevated to a standard and which in practice has difficulty in producing depth and therefore improvement, we have become part of the healthcare stress. Here too, depth and flexibility could produce more control over the future of healthcare, with a focus on creating value for the patient. In this context, I was impressed by the words of Ronnie van Diemen, the Inspector General for Healthcare, at the recent Rode Hoed symposium. She expressed the importance of an open culture and reflected as follows: "The basic set with quality indicators introduced in 2003 has led to the link between managers and professionals with regard to quality and accountability for patients. As a result, an effective culture has been introduced in healthcare facilities with regard to the safety of the patient. However, it is time that we also dare to let go of indicators and use more reflection to improve daily healthcare as part of an open, responsible and caring culture". End of quote. After all, it is the patient who will determine the substance of healthcare in the future and who will be in charge of this. This is evident in issues such as shared decision-making, end of life care, healthy living and behaviour, vitality and well-being, as well as complementary medicine and e-health. It has become time that we no longer hide behind the complexity of healthcare and the patient, but take responsibility to resolve the pressure on the system. It endorses the necessity and need for new leadership, Medical Leadership, where the medical professional will have to act as a connector between the patient and the complex environment.

Healthcare structure

In 1987, Mintzberg already taught us that a healthcare organization contains an inverted power structure. He argued that healthcare facilities are professional bureaucracies, where there is actually an inverse power structure and the informal power lies with the medical personnel. This means that lasting changes can only be achieved by making professionals share responsibility for the intended goal. There appears to be a growing relevance for the position of the medical professional in public organizations such as hospitals. Even here in the Netherlands, much attention has been given to the changes in healthcare and the participation of healthcare professionals, particularly medical specialists, in recent decades. Several models have been introduced, such as the management participation model which is also known as the Biesheuvel model and the medical management model that can be seen as its precursor. The idea behind this was based on the aforementioned principle of the desired integration of medical specialists

in the hospital organization with the goal of reducing the costs of specialist medical healthcare by making all professionals in the hospital organization jointly accountable for providing efficient and high-quality healthcare. A vehicle for this was the introduction of the integral rate, currently the integral financing of specialist medical healthcare as laid out in the coalition agreement. Meanwhile, in many Dutch healthcare organizations, there is a dual governance model where the Board of Administrators and the medical staff of a hospital share joint responsibility. This is currently being clarified by the introduction of the Medical Specialists Company. As of January 2015, all partnerships of self-employed medical specialists have merged into one large group in most hospitals, where the fees of medical specialists no longer depend on individual treatment but on the services provided to the Medical Specialist Company. It remains to be seen whether this intervention structure will actually contribute to connecting the need for healthcare to the organization in an increasingly complex environment. We currently know from experience that the complexity and scale of the challenges in healthcare are so huge that these cannot be resolved solely by the government or solely by market forces. It requires a common ground where the pursuit of the creation of value will have a central role. This development has been described as the creation of an ecosystem by my colleague Erik Heineman and by Philip Idenburg and Michel van Schaik in their book *Diagnose Zorginnovatie*. As healthcare becomes more complex and there is more need for integrated and thematic healthcare, a cohesive organization with a clear vision and business philosophy focused on the future demand for healthcare will be very necessary. In several hospitals, including the Reinier de Graaf Hospital, there is one organizational form for all medical specialists, regardless of whether they are employed or self-employment. Other reactive developments, such as the introduction of external managers as supervisors in the Medical Specialist Company, will only lead to more distance from the hospital organization and not to the desired converging of interests. In my view, this development of the emergence of a small hospital within a hospital is very undesirable and endorses the need and demand for new leadership. Supported by the various parties in the healthcare sector, the medical professionals must take responsibility in connection with firstly, what healthcare needs and secondly, with the desired structure. The increase in complexity and pressure on the system will require different solutions, steered by the demand for healthcare instead of by the provision of healthcare, where the patient plays the central role in this development of knowledge.

Healthcare substance

This demand for healthcare will be largely determined by older multi-morbid or chronic patients. This requires a more generalist approach in addition to increasing specializations that are driven by technology and innovation. On one hand, to maintain control of this requires incremental innovations, such as Lean Management or integrated care, where the existing healthcare process is optimized. On the other hand, this requires radical innovations where new healthcare solutions are used to connect to new developments, including the introduction of Decision Support Systems such as Watson or M-Health. These healthcare developments must be consistent with the economic challenges for the future of healthcare. To accomplish this, a paradigm shift will have to take place to a new healthcare concept as expressed by Machteld Huber. In this concept, we develop from a control system to an adaptive system. Healthcare is seen as the ability to adjust to and execute your own management in view of the social, physical and emotional challenges in life. Healthcare professionals will therefore assume more of a coaching role where shared decision-making in what is really important for the patient in his or her life will prevail. In this the responsibility of the patient must be encouraged, which should lead to a dynamic balance between healthcare support and self-regulation.

The healthcare landscape will also adapt to this by integrating the different healthcare domains and the evolving role of healthcare facilities. Essential requirements for all these transitions are firstly, delivering healthcare in partnerships or networks and secondly, the disappearance of non-commitment in delivering a healthcare product and thirdly, a possible delayed result will have to be taken into account. Awareness of the provision of healthcare networks has been impressively institutionalized in 2015 through the establishment of the Federation of

Medical Specialists. The dynamic transition from 28 medical associations into one federation is recognition of the fact that medical healthcare will need a multidisciplinary systems approach in the future. It will also change non-commitment in the provision of a healthcare product.

Consider, for example, the discussion on providing expensive medicine. In order to implement developments as optimally as possible in practice, a committee for expensive medicine has currently been established in multiple hospitals. However, it is still unusual for medical specialists to adapt their policies accordingly. To quote a colleague: "I have been a rheumatologist at this hospital for 15 years and, despite the clear goals, I continue to find it difficult to accept that this committee will tell me what I should do during consultations." End of quote. The third point I would like to mention is the delayed result of delivered healthcare. This will play a preventive role in particular. In my view, there is an essential task for hospitals to take a leadership role in the future with respect to health and the behaviour of the people in the relevant region. Although this cannot be directly expressed in a positive business case, it is the shared responsibility of both citizens and healthcare professionals to keep healthcare sustainable and above all accessible. The need for this is endorsed in the 2014 report of the Social and Cultural Planning Office 'Verschil in Nederland'. It states that since the protective role of the welfare state is eroding, there is a risk of greater differences in healthcare between population groups.

How can we provide direction for these complexities of healthcare capacity and healthcare structure?

In order to maintain the qualitatively high standard, accessibility and efficiency of our healthcare there is need for leadership to ensure that the connection is made between, on the one hand, the management domain in which the regulation of systems, transparency, control and manageability dominate processes and, on the other hand, the medical domain where patient ethics, of whether or not there is response to a therapy or whether or not treatment is desired, makes this domain considerably more flexible. It is the connection between these two domains through transparency, communication and mutual understanding that is the essence of Medical Leadership. It is the professional who will have to balance the managerial and the clinical mind-set in order to align the various change paradigms of the future of healthcare together. The connection between these two domains should take place as a natural process and they should reinforce each other as in a perfect storm.

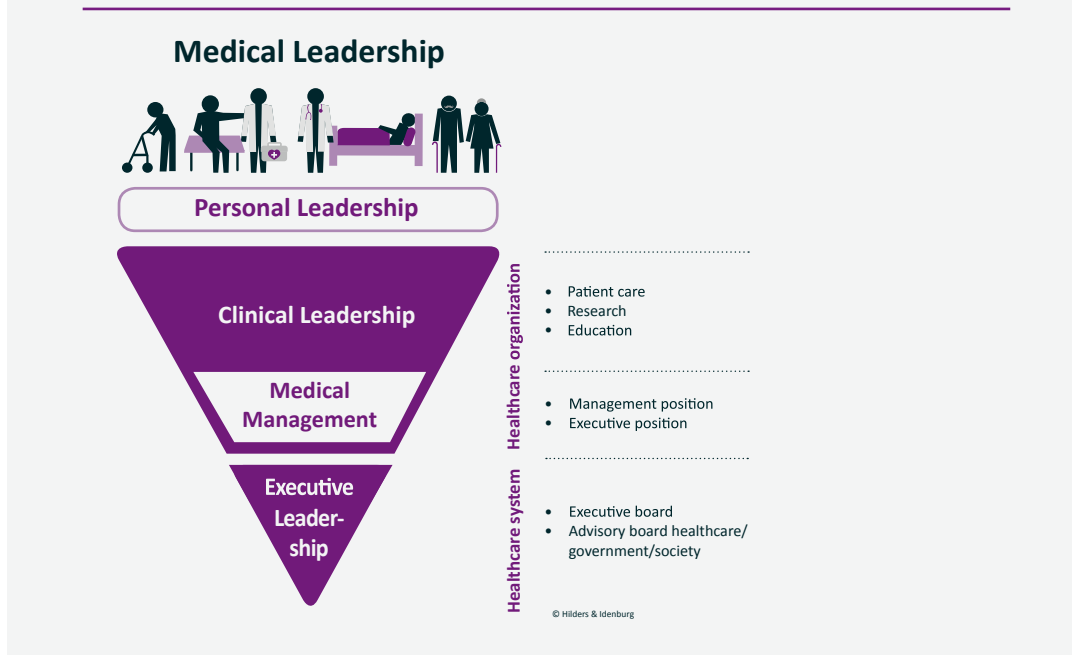
This can only happen if we open ourselves up to the desired added value, if we feel responsible for this and if we acknowledge that medical professionals form the vital link in this added value. The participation of medical professionals at strategic, tactical as well as operational levels in a healthcare facility will need to be managed by responsible autonomy. The connecting of rules and protocols through transparency, while not compromising the provision of customized services. If we view the complexity of healthcare as a challenge and are not bogged down in the role of the victim but instead think about what we can contribute, this perpetuates the leading role of medical professionals in healthcare. That this is still intractable in practice is apparent from recent research by iBMG into the role of Medical Managers. This research shows that the role of medical specialists in management currently has no clear job description and conditions, which means that the performance of the task is still often interpreted differently. In practice it is clear that the overall steering function often still lies with the management. This research is supported by literature showing that medical professionals often remain faithful to his or her medical profession. As a result, a full management conversion often fails to materialize. Moreover, medical professionals currently derive their management position from their authority of clinical experience and skills and there is little understanding and appreciation of management positions. And indeed, what is more attractive than working in the practice on a day to day basis. The consulting room, the epicentre of healthcare, where care and empathy for the patient, quality and safety, efficiency, data and transparency, but above all peace and quiet, come together and are integrated. The increasing complexity of healthcare means that medical specialists have their hands full with this on a daily basis. As a fellow medical specialist recently said and as is also described in the book 'Advanced Lean in Health Care, from hockey

to ballet', "Working in Poli is like an ice hockey game, from the moment the puck is thrown into the game there is chaos and when the final signal sounds there is peace and quiet again". End of quote. The challenge of Medical Leadership starts with the optimization of these processes in the workplace. I find it hard to understand how complex companies such as Schiphol, which always has to deal with unexpected situations like the weather or the ANWB, which always has to deal with unexpected breakdown situations at any location in the Netherlands, are able to arrange their processes more easily than in healthcare. In healthcare we have an unexpected situation that we call Clinical Variation. It precisely this variation that makes healthcare unique! It is a significant variation, caused by patients who constitute the essence of a hospital. This clinical variation is the core of a high-risk organization such as a hospital. It is a testimony to medical leadership to embrace, appreciate and especially to manage this clinical variation. This should take place by connecting it to the regulation of supply and process optimization. This allows the peace and quiet of the consulting room to be retained. It allows medical professionals to focus on the patient and what is really important to him or her. To focus on the core of what healthcare is all about. Because real healthcare is felt both by the patient and by the professionals themselves. Yet this medical leadership can no longer be confined to the consulting room. In the future, medical professionals will also have to clarify the added value for the patient in positions within and outside the hospital, in various health organizations and throughout society. Medical Leadership should form the link between the patient and the system at different levels in the structure of healthcare. Medical Leadership is therefore not a type of leadership but a stratification that reflects the different roles and positions that healthcare professionals hold within the healthcare system.

Medical Leadership

In the hospital workplace, medical leadership will be characterized by themes such as shared decision-making, transparency, multidisciplinary care, operational excellence, quality and safety, and efficiency, which should lead to an improvement in patient care by collaborating medical professionals on a day to day basis. In addition to patient care, this clinical leadership can be further expanded with tasks in education, training and performing scientific research. Depending on the position of a medical professional in the organization, clinical leadership can increasingly be combined with medical management. If a medical specialist in the operating room or outpatient clinic is mainly engaged in clinical leadership in the workplace, it will be the medical specialist who will increasingly act as Medical Manager, followed by the staff president, the chair of the Medical Specialist Company or the director of Medical Affairs, and who will be assigned more and more management tasks and responsibilities that are integrated into medical practice. As a result, the connection between the workplace and the organization will be made each time as a matter of course. It will be medical professionals who will have to bring the nuances of the workplace into the boardroom in order to achieve mutual improvements in insight and healthcare. Again, flexibility must be retained when it comes to deviating from protocols, financial frameworks or budgets. One example is the introduction of robotic surgery, where healthcare optimization must be balanced against the financial picture. Maintaining a financially healthy organization is an important part of medical leadership and is still a precondition for delivering optimal medical care. It is clear that managing a healthcare facility can only take place if the common interest is served.

Figure. **Medical Leadership**



Beyond healthcare organizations, medical leadership will be interpreted in various managerial positions, such as medical consultant for a healthcare supplier, a position at the Ministry of Health or at the Healthcare Inspectorate. Although there is no question of direct daily connection to the workplace, these positions will continue to require a connection between the medical domain and the management domain in order to ensure the interests of the patient. Examples of medical management outside of healthcare facilities are the positions of healthcare professionals at healthcare insurers. This adds value by enhancing our understanding of the value that healthcare will actually add for a patient and how the joint responsibility for this should be borne. A good example is the implementation and realization of effectiveness studies. This Ministry will also benefit from the participation of medical professionals in projects, such as exemplified by the project 'Verspillend in de Zorg'. Healthcare professionals can provide workplace insights that can counteract waste, such as, for example, the optimization of the transfer of healthcare. This Transfer Intervention Procedure is called TIP.

As healthcare providers, we currently know that on a society-wide level we can make a difference in boosting prevention programs or endorsing the need for innovations as we make the connection between what is socially possible and what is desirable for the public. High-profile examples are the anti-smoking campaign of lung specialist colleague Wanda de Kanter or the money-back initiative for expensive medicine. The successful pursuit of these different roles and the contribution to sustainable change requires the ability to adopt different roles and strategies at various levels in the healthcare system. To use and deploy these for a higher goal. This means that in addition to specific knowledge, medical professionals must have an open mind towards improvement and that he or she should remain curious, be well-informed and be aware of his or her own intrinsic values.

A world outside the consulting room will emerge from exploration and integration. This calls for new leadership roles such as commitment, respect, energy, courage and resilience. That certain personality traits are decisive for success is nicely described by Jim Collins in his book 'Good to Great', in which he conducted lengthy research into hundreds of Fortune 500 companies to find the most successful companies and the associated leadership profile. The G2G leadership profile is characterized by modesty, integrity, trust and professional drive. Among young doctors, the need

to learn more about administrative, organizational and financial aspects of healthcare is very high. It is very inspiring and promising to feel and to notice that these conditions for success have to a large extent already been integrated by young professionals. Issues such as quality transparency, knowledge sharing networks and personal reflection seem to be in their genes. The Medical Leadership platform also recently developed a competency profile that shows the necessary skills schematically.

But how do we ensure that Medical Leadership is sustainable in practice?

Besides the awareness of the professional of his or her different roles and responsibilities in the healthcare system, the training of professionals in Medical Leadership will need to take concrete forms. Research has shown that there is an increased desire among healthcare professionals to develop effective leadership, knowledge of management and trust in professional and personal skills. A good example of where the sense of urgency for medical leadership is felt is the initiative 'Medical Business Masterclass', an initiative of young doctors in Amsterdam. When registration opened for a subsequent course, this was completely subscribed within 24 hours and the room was full with 400 studious young specialists. In the current Medicine curriculum and further education there is a lack of attention given to the economic, organizational and innovative aspects of healthcare. Firstly, medical education and further education will need to give the focus on teaching medical leadership a place in the standard curriculum. In addition, use should be made of targeted training about medical leadership. A good initiative in this area is the new course at the Academy of Medical Specialists, Clinical Leadership. In this course, theoretical knowledge is supported by practical examples and applications, where experimental learning is preceded by an assessment in which personal skills made clarified. Other examples for the implementation of Medical Leadership in practice are the MMV project, with the development of a toolbox for Medical Leadership, and the 'Verwonder en Verbeter project' of the University Medical Centre Utrecht. This project enables young physicians to convert the daily obstacles they experience in the workplace into projects that improve quality. This creates more grip and insight into their own work. Besides these general courses, customized training will need to be created for the development of medical leadership for those who wish to develop further competencies and skills. A good example of this is the talent class of the Academy of Medical Specialists. This is in line with the premise of CanMeds to focus on competency-based education. However, this is on the condition that these skills link up with the culture of the course, that there is a proactive attitude of educators and that opportunities are created in order to apply the desired developments in practice. It is essential to create scope in both time and money for medical leadership in further education. This should take place not only in the field of Medicine, but also in the field of Policy Management and Healthcare. This will give further shape to the connection between management and medical content. Healthcare facilities show a clear need to consider medical leadership as an organizational process and these developments must be initiated and facilitated through training, education and sufficient time in a variety of ways and at different levels in the organization. Scope must also be created for evaluation and the conscious use of differing talents in certain positions. For the best possible deployment of the medical professional, there should be a targeted selection possibly supplemented by an assessment.

It is essential to organize a good dialogue about the development of Medical Leadership, while at the same time enabling contrary views. Creating a learning environment in which feedback is respected and channelled into a horizontally-oriented structure. After all, it is the 'polder model' that makes us unique! It is good to realize that the world sees the Netherlands as an example of the consensus and organization of healthcare. We should be proud of this! If a child in the Netherlands develops a serious form of cancer, then this child will receive optimal care provided by the most amazing people that is accessible for all Let this challenge us. Challenge us at this time, in 2015, to use, to reflect, to connect, to feel what drives us and what our talent can bring to healthcare, but especially to know who we are!!

The Chair of Medical Management and Leadership will contribute in practice to connecting the healthcare domain and the management domain, to underpinning the medical leadership practice

through scientific research, to telling the story, to learn and create a new environment by connecting new initiatives, supported by training and education. These are just fine words, but I need you to put this into practice! A sense of purpose is the most health-giving factor in a persons' life. Knowing what drives you, to be given the opportunity and to have a dream that is bigger than yourself. This has brought me to where I am today and I am very grateful for this. The dream to keep healthcare healthy in the future.

I return to the start of my story: what happened to the patient in the example? At the end of the day she did not remain in hospital as she felt fine and wanted to go home ...

Esteemed Rector Magnificus, Esteemed Dean, Esteemed audience,

I hereby accept the appointment as endowed professor with the corresponding teaching and research mandate. I thank the Executive Board of Erasmus University Rotterdam and the Board of the Academy of Medical Specialists with its shareholders, the Federation of Medical Specialists, the VvAA and iBMG, for their trust in me and will endeavour not to betray this trust.

I am indebted to those who have contributed to the establishment of the endowed chair, especially Frank de Grave and Pauline Meurs and a special word of thanks to the nomination committee. I thank everyone who gave me a warm welcome at iBMG, in particular Werner Brouwer, my roommates Joris van de Klundert and Robert Huijsman and my research buddies Isabelle Fabricotti and Martine Buljac. I thank my research assistants for their trust in me: Mathilde Berghout, Kristel Dodde, Nadine Teunissen, Aarti Kalpoe, Haske van Veenendaal, Maarten Koomans, Tom Rozema and Sabrina Tillaert. I thank the entire Reinier de Graaf Hospital, the hospital where my heart lies, where the possibilities to achieve this were created, and in particular the department of gynaecology, my sparring partner Jaap van de Heuvel and the constant financial support of Chris Oomen at DSW healthcare insurers.

This day is able to be so special due to contributions from many individuals and organizations. The symposium Medical Leadership 2015 is supported financially by the Federation of Medical Specialists, the VvAA, iBMG and the Reinier de Graaf Hospital. I thank all the speakers and Maria Henneman for their fantastic contribution to the contents of this symposium. The organization was in the hands of Marita Mantle, my support, and the driven communication team of iBMG, Wouter and Stephan, and the Erasmus University. Thanks to Christine Vermeulen for organizing the party and for the input of great musical support by none other than Edmond Fokker and Michal Monoszon, thank you! Special thanks to Wendy Eelsing who has made a vital contribution to my inaugural lecture. I am indebted to a special person in my life who has made a fundamental contribution to where I am today, Philip Idenburg.

I thank my beloved parents Chief and Anne who have always unconditionally supported me throughout my life. My brothers, sisters and relatives who will always be there for me. My dog Wolf for moments of reflection, my girlfriends for moments of 'something different', Johan Sebastian Bach for music and Brahma Kumaris for inner peace. But of course, last but not least my own home, where it is always possible to do my work and all other activities, through the ceaseless support and understanding of Jeroen and the all-encompassing love for my wonderful ladies Stan and Beau!

As I have said, Medical Leadership is the affirmation of the role of the patient!

References

1. Mintzberg H. 1987. Defining Strategic Management and Strategy. *California Management Review* 30(1): 11-24.
2. Scholten GRM, Grinten van der, TED. 2002. Integrating medical specialists and hospitals. The growing relevance of collective organization of medical specialists for Dutch hospital governance. *Health Policy* 62: 131-139.
3. Idenburg PJ, Schaik van M. 2013. *Diagnose Zorginnovatie. Over technologie en ondernemerschap*. Scriptum.
4. Huber MAS, et al. 2011. How should we define healthcare? *British Medical Journal*, 343.
5. Vrooman C., Gijssberts M., Boelhouwer J. 2014. *Sociaal en Cultureel Rapport 2014, Verschil in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau, 2014-33.
6. Degeling P., Maxwell S., Kennedy J., Coyle B.. *Medicine, management, and modernisation: a "danse macabre"?* 2003. *British Medical Journal*, 326: 649-652.
7. Hunter DJ. 1992. Doctors as managers: poachers turned gamekeepers? *Social Science & Medicine* 35: 557-566.
8. Albanese CT, Aaby DR., Platchek TS. 2014. *Advanced Lean in Healthcare*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
9. Collins J.. 2008. *Good to Great. Why some companies make the leap...and others don't*. Business contact.
10. Raamwerk Medisch Leiderschap, *Medisch Contact*, 2015. 38: 1730-1731.
11. Dath D, Chan M-K, Abbott C. 2015. *CanMeds 2015: From Manager to Leader*. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa.

Erasmus University Rotterdam (EUR)
Institute of Health Policy & Management

Bayle (J) Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E info@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl