

# Specialist met een brede blik

*Een onderzoek naar de constructie van de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde en de invloed daarvan op de toekomst van de zorg voor ouderen.*



*Figuur 1: Stil in mijn hoofd – fotoserie Theo Bos (Bos, 2015).*

Afstudeeronderzoek in het kader van de executive master Organisatie, Cultuur en Management

Onder begeleiding van dr. Marianne Dortants

Beoordeeld door dr. Michel van der Slobbe

drs. Koos Romkes

7 maart 2024

“Om iets te zien moet je eerst iets kunnen herkennen. Zonder herinnering kun je alleen maar kijken. Dan glijdt de wereld spoorloos door je heen.”

— **J. Bernlef, Hersenschimmen**

“Alles is even belangrijk, hoewel anders bekeken alles in gelijke mate niets betekent.”

— **Jeroen Brouwers, Cliënt E. Busken**

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>iii</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>iv</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>1</b>
<b>2 Problematisering</b>	<b>2</b>
2.1 Aanleiding	2
<b>3 Doelstelling en vraagstelling</b>	<b>6</b>
3.1 Doelstelling	6
3.2 Opbrengst	6
3.3 Maatschappelijke relevantie	7
3.4 Wetenschappelijke relevantie	7
3.5 Vraagstelling	8
<b>4 Literatuurstudie</b>	<b>9</b>
4.1 Identiteit	9
4.2 Het 'identity work' perspectief	13
4.3 Professionaliteit	15
4.4 Identiteit en professionaliteit	21
<b>5 Opzet en uitvoering onderzoek</b>	<b>23</b>
5.1 Onderzoeksdesign	23
5.2 Dataverzameling	23
5.3 Analyse	24
5.4 Kwaliteitscriteria	25
5.5 Ethische issues en rol onderzoeker	26
<b>6 Beschrijving resultaten onderzoek</b>	<b>28</b>
6.1 Identiteit	28
6.2 Meer medisch	31
6.3 Relatie, inspraak en verandering	34
6.4 Samenvattend	37
<b>7 Analyse</b>	<b>38</b>
7.1 Wie is de specialist ouderengeneeskunde?	38
7.2 Zinnige zorg	41
7.3 Samenvattend	43
<b>8 Conclusie</b>	<b>45</b>
8.1 Moderne arts	45
8.2 Medisch leiderschap	45
8.3 Autonomie en autoriteit	45
<b>9 Discussie</b>	<b>47</b>
<b>10 Aanbevelingen</b>	<b>48</b>
<b>Literatuur</b>	<b>49</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>56</b>
Bijlage A: Informatieblad en informed consentformulier	56
Bijlage B: Topiclijst	58
Bijlage C: Codeboom stroomschema onderzoek identiteit	59

## Voorwoord

De foto op de voorzijde van deze afstudeerscriptie hing in het kantoor van een van de bestuurders die ik heb geïnterviewd. Het beeld trof me omdat zowel de fotograaf als de geportretteerde aandacht schenken aan iets dat in principe niet heel bijzonder is. De fotograaf fotografeert zijn vader die in zijn “favoriete bos” (Bos, 2015) omhoog kijkt. De fotoserie is enerzijds een intiem portret van een man die niet meer zelfstandig naar het bos kan en nu met zijn zoon, de fotograaf, een wandeling maakt. Anderzijds maakt de fotoserie de vader tot een subject van onderzoek.

Over fotograferen wordt gezegd dat het je leert om op een andere manier te kijken. Door, soms letterlijk, afstand te nemen, lukt het beter om het gehele plaatje te zien. Op de foto op de voorkant observeert zowel de vader als de zoon. Beiden proberen betekenis te geven aan een omgeving die zeer vertrouwd is, maar ook nieuw lijkt te zijn.

In het onderzoek doen voelde ik me zowel de fotograaf als de vader. Ik heb geprobeerd betekenis te geven aan zaken die ik gehoord en gezien heb. De afgelopen twee jaar hebben me laten kennismaken met heel veel nieuwe kennis wat leidde tot veel associaties en flarden van ideeën waarbij ik me afgevraagd heb wat ik eigenlijk zag. In deze afstudeerscriptie hoop ik te laten zien dat ik ook de fotograaf ben. Ik heb geprobeerd om anders te kijken, afstand te nemen zonder betrokkenheid te verliezen en om te komen tot een congruent verhaal dat kan helpen om betekenis te geven.

Dit onderzoek was niet tot stand gekomen zonder de bereidwilligheid van de respondenten: bestuurders, specialisten ouderengeneeskunde en beleidsmedewerkers van VerenSo en ActiZ. Hartelijk dank voor jullie tijd, vertrouwen en openhartigheid! Dank ook aan Joyce Kusters voor de hulp bij het verkennen van mijn onderzoeksvraag en voor het leggen van contacten met zorgorganisaties. Ik moet ook mijn werkgever bedanken voor de tijd die ik heb gekregen om deze studie en dit onderzoek te kunnen doen.

Verder wil ik Ashley Karsemeijer bedanken voor het gezamenlijk worstelen met de coderingen, het duiden van de resultaten en de literatuur. Natuurlijk ben ik veel dank verschuldigd aan Marianne Dortants voor haar aansporingen, kritische vragen, feedback en motivatie om dit onderzoek te doen. Na onze gesprekken over het onderzoek ging ik steeds geïnspireerd verder. Dank, dank, dank.

Tot slot hartelijk dank aan Jouke van Nuil voor het hardop, gezamenlijk nadenken over dit onderzoek op weg naar een tenniswedstrijd of een rondje golf. Paulien Timmerman en mijn grote vriend Mink voor de noodzakelijke afleiding en warme maaltijden. Ingevingen komen soms als je pissebedden zoekt in de tuin van de buurman. Last but not most certainly not least: bedankt Paulien Maat voor alle geduld, voor het meelesen, redigeren van eerdere stukken maar bovenal voor je onvoorwaardelijke steun.



## Samenvatting

Dit onderzoek is ontstaan naar aanleiding van het ‘Convenant rol en inspraak specialisten ouderengeneeskunde’ (VerenSo, 2023) waarin gesproken wordt over de wijze waarop specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders zouden moeten samenwerken in de zorgorganisatie. Door de sterke toename van het aantal 65-plussers en 80-plussers staat de (verpleeghuis)zorg een grote opgave te wachten. Dit heeft als gevolg dat de zorg anders georganiseerd moet worden om de zorgbehoefte aan te kunnen. Dit heeft geleid tot de volgende hoofdvraag:

Hoe construeren bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde en wat betekent deze identificatie voor de wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde haar werk kan doen in de zorgorganisatie?

Bij drie verschillende organisaties zijn er bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde gevonden om te praten over deze vraag. Wat deze respondenten interessant maakt, is dat ze beiden een vorm van eindverantwoordelijkheid hebben. De arts is medisch verantwoordelijk en de bestuurder draagt verantwoordelijkheid voor de organisatie. Er is geen strikte hiërarchische relatie tussen beide groepen wat de kans op onafhankelijke antwoorden vergroot.

In de literatuurstudie is er aandacht voor het concept identiteit. Zelf, rol en positie bepalen wat identiteit is. Identiteit wordt bovendien beïnvloed vanuit de samenleving en door opvattingen binnen de zorgorganisatie in het bijzonder. Door het ‘identity work perspective’ te gebruiken wordt de diversiteit, incoherentie, fluiditeit en de rol van macht erkend. Dit wordt gecontrasteerd door het gebruik van diverse professionaliteiten als een kader om naar de identiteit van een groep te kijken. Professionaliteiten bieden kaders en de ‘ideaaltypes’ zijn een goed middel om de empirie tegen af te zetten.

Uit dit onderzoek blijkt dat de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde een moderne arts is met kenmerken van verschillende professionaliteiten. Het beschermde karakter van het beroep, met een opleiding, eed en registratie maakt dat de specialist ouderengeneeskunde kenmerken heeft van de klassieke professional (Noordegraaf, 2007). Maar de specialist ouderengeneeskunde heeft ook aandacht voor de betaalbaarheid van de zorg voor ouderen. Ze is zich er bewust van dat de huidige werkwijze in de toekomst mogelijk onbetaalbaar wordt. Dit past bij de hybride professionaliteit (Noordegraaf, 2007). Tot slot is de specialist ouderengeneeskunde geen solist, maar werkt ze in een team met (para)medici en verpleegkundigen waarbij beslissingen samen genomen worden. Daarbij komt een brede blik op de zorgproblematiek van de bewoners wat maakt dat de specialist ouderengeneeskunde ook kenmerken heeft van de connective professional (Noordegraaf, 2020).

In de analyse van de professionaliteiten gaat het ook over de leiderschapsrol die de specialist ouderengeneeskunde zou moeten innemen. In die discussie speelt voornamelijk de vraag waarover en over wie dit leiderschap moet gaan. Uit de uitspraken van de specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders wordt dit niet duidelijk.

Een belangrijke aanbeveling is daarom dat de bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde met elkaar in overleg gaan over de vraag wat zij van de professionaliteit van de arts verwachten. Daarbij is de het definiëren van de terrein waarop de specialist ouderengeneeskunde leiderschap mag tonen een belangrijk aandachtspunt.

## 1 Inleiding

“Het verpleeghuis is het einde” is de titel van een dat boek prominent in de boekenkast van mijn vriendin staat (Angenent & Bisschops, 2017). Bewoners schetsen een beeld van waarom ze prettig wonen in het verpleeghuis, maar dat is slechts de helft van wat de titel wil zeggen. Het verpleeghuis is ook de plek waar ouderen naartoe gaan als het thuis niet meer gaat. Op deze plek komen ze steeds later aan omdat het beleid erop gericht is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen met hulp van thuis- en mantelzorg. Wanneer zij hun intrek nemen in het verpleeghuis past een groot deel van de bewoners niet in het plaatje van het vroegere bejaardenhuis (formeel: verzorgingshuis) waar ouderen gezellig keuvelend een potje klaverjasten, biljartten of een rollade wonnen bij de bingo.

Met de toenemende vergrijzing en de tekorten in de zorg, staat de zorg op een punt waar ze zich moeten beraden op aanpassingen. De manier van werken zoals dat tien, twintig of vijftig jaar geleden gebeurde, past niet meer in de huidige tijd. Het is aan bestuurders, specialisten ouderengeneeskunde en de (verpleegkundige) zorg om de ouderen een goede plek te bieden met voldoende kwaliteit van leven. Dit houdt in dat taken, rollen, posities en daarmee identiteiten veranderen.

In het verpleeghuis werken helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, artsen, specialisten ouderengeneeskunde, managers en bestuurders. Daarnaast is er een facilitaire staf, werken er ICT'ers en zijn er diverse ondersteuners en receptionisten. Tot slot wordt de rol van familieleden en vrijwilligers steeds belangrijker in de samenwerking met medewerkers om de zorg voor ouderen organiseren. In het verpleeghuis is de specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk voor de geleverde medische zorg aan de ouderen. De medische kant van de zorg voor ouderen is echter een aspect dat enigszins verstopt wordt. Het beeld van een ziekenhuis als een plek waar ouderen het laatste deel van hun leven moeten doorbrengen, spreekt niet aan. Om die reden ligt de focus van het verpleeghuis op wonen en welzijn. In de praktijk echter vraagt de populatie bewoners van het verpleeghuis complexe medische zorg. Deze ontwikkeling naar een patiëntenpopulatie met een steeds complexere zorgvraag heeft invloed op het werken in het verpleeghuis. Medische professionals en bestuurders moeten nadenken over de wijze waarop er optimale medische zorg verleend kan worden (liefst met behoud van die aandacht voor welzijn). Een vraag daarbij is wiens taak, rol of verantwoordelijkheid het is om daarvoor een oplossing te zoeken. Het roept tevens de vraag op hoe de specialist ouderengeneeskunde zichzelf ziet in dit proces.

Dit onderzoeksverslag gaat over een deel van die veranderingen. Het gaat hier om de wijze waarop bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde zelf de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde construeren in deze veranderende context. Identiteit geeft richting en betekenis aan het leven en, in deze context, aan wat de specialist ouderengeneeskunde doet in het verpleeghuis. Ik heb het ‘identity work perspective’ (Brown, 2022) gekozen omdat het nadruk legt op dynamiek in plaats van stabiliteit. Daarnaast gebruik ik Noordegraafs werk over professionaliteiten (Noordegraaf, 2007; Noordegraaf & Schinkel, 2011; Noordegraaf, 2011; Noordegraaf et al., 2016; Noordegraaf, 2017; Noordegraaf, 2020) om een kijkkader te creëren waarmee ontwikkelingen zichtbaar gemaakt worden. Gezamenlijk leidt dit tot een analyse die de bestuurder en de specialist ouderengeneeskunde helpt om hun beider posities ten aanzien van de identiteit van specialist ouderengeneeskunde te bespreken. Dit zou moeten leiden tot aanbevelingen waarmee ze gezamenlijk de kwaliteit van leven van ouderen op peil kunnen houden zodat zij het verpleeghuis zien als ‘het einde’.

## 2 Problemativering

### 2.1 Aanleiding

Het debat over de zorg voor ouderen is levendiger dan ooit. Het moment waarop de babyboomgeneratie complexe zorg nodig heeft nadert terwijl het gebrek aan artsen en verplegenden steeds nijpender wordt. Door wijzigingen in financiering van langdurige zorg voor ouderen en door de schaarste aan specialisten ouderengeneeskunde staan verpleeghuizen voor een aardige opgave om zorg te organiseren voor een steeds groter wordende groep Nederlanders. De verwachting is dat het aantal 65-plussers in 2041 bijna verdubbeld is en het aantal 80-plussers ook sterk is toegenomen (CBS, z.d.). Daarnaast verwacht men tekorten in de zorg. Het Capaciteitsorgaan rekende in 2022 voor dat de komende tien jaar ruim 40% van de specialisten ouderengeneeskunde uitstroomt en dat de aanwas van artsen in opleiding dit tekort niet voldoende aanvult (2023). Dit dwingt zorgorganisaties ertoe om zich af te vragen of de wijze waarop de ouderenzorg nu georganiseerd is nog te betalen is in de toekomst.

Wanneer de bewoners deze medische zorg nodig hebben, is het de specialist ouderengeneeskunde die, met een team van paramedici, de zorg coördineert en verantwoordelijkheid draagt voor de gemaakte keuzes. De specialist ouderengeneeskunde is daarom de spil van dit onderzoek. Hoewel het verpleeghuis zich profileert met wonen en welzijn kan het niet zonder de specialist ouderengeneeskunde. Als de medische zorg voor ouderen anders georganiseerd moet worden, betekent dit mogelijk ook een verandering voor de artsen. De vakvereniging van de specialisten ouderengeneeskunde heeft daarom in 2021 een notitie geschreven 'Specialist ouderengeneeskunde 2030' (Verenso, 2021). In dit rapport is er onder andere aandacht voor de promotie van het specialisme onder basisartsen, de inzet op politiek lobbyen en op maatschappelijke promotie. Maar wat voor dit onderzoek van belang is, is dat de beroepsvereniging zich ook beraadt op de autonomie van de specialist ouderengeneeskunde. Een ander aandachtspunt hier is de taakherschikking als het gaat om de rol van de regio. In hoeverre moeten specialisten ouderengeneeskunde dit proces ondersteunen of zelfs dragen? Tot slot speelt voor dit onderzoek de wijze waarop Verenso de specialist ouderengeneeskunde ziet als leider. Verenso benadrukt medisch leiderschap en persoonlijk leiderschap, maar hoe dit geuit moet worden en waarover dat leiderschap moet gaan, wordt niet heel scherp geformuleerd. In dit onderzoek is er aandacht voor de wijze waarop de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde vorm krijgt en voor de wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde leiderschap neemt in de zorgorganisatie.

Een ander belangrijk document van Verenso is het 'Convenant Rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde' (Verenso et al., 2023) waar verschillende partijen zich uitspreken over hoe zij de rol van de specialist ouderengeneeskunde zien in de zorgorganisatie. In beide documenten poogt Verenso de specialist ouderengeneeskunde zichtbaarder te maken en een sterkere rol te geven in het verpleeghuis. Niet alleen in de huidige omstandigheden, maar zeker in de toekomst, heeft de specialist ouderengeneeskunde een rol om mee te denken en te praten over de (medische) zorg voor ouderen. Medisch leiderschap wordt gepropageerd en het convenant moedigt bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde aan om met elkaar in gesprek te gaan.

Dit onderzoek gaat niet zozeer over de opgave die de sector te wachten staat als wel over de wijze waarop specialisten ouderengeneeskunde, als hoogopgeleide, autonoom werkende en voor de medische behandeling verantwoordelijke professionals, omgaan met de mogelijke veranderingen. Betekenen de veranderingen in het verpleeghuis ook een verandering in wie de specialist ouderengeneeskunde is en wat zij doet? Een andere vraag is in hoeverre de specialist ouderengeneeskunde zelf zeggenschap heeft over de eigen identiteit. Op welke wijze verhouden de arts en de bestuurder zich tot elkaar als het gaat om veranderingen in het verpleeghuis?

De Covid-19 pandemie heeft laten zien hoe belangrijk het is dat de specialist ouderengeneeskunde en de bestuurder elkaar kunnen vinden. Deze periode van onzekerheid is mogelijk een aanzet geweest om de verhoudingen in de zorgorganisatie te heroverwegen. In het onderzoek naar de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde speelt de invloed van de Covid-pandemie dan ook een rol.

De gezamenlijke doelstelling om goede (medische) zorg te verlenen aan ouderen staat voorop, maar er is nog iets nodig om ervoor te zorgen dat de specialisten ouderengeneeskunde en de bestuurders gezamenlijk dat doel bereiken. Niet alle verpleeghuisorganisaties zijn zo ver dat er regelmatig overleg is tussen de beide groepen en niet alle specialisten ouderengeneeskunde hebben belangstelling voor het nadenken over beleid. In een interview met een afgevaardigde van de branchevereniging van verpleeghuizen kwam naar voren dat er bij bestuurders soms het idee leeft dat de artsen niet met hen wilde praten. Aan de andere kant benadrukte de afgevaardigde van de vakvereniging VerenSo dat ze blij waren dat professionele inspraak nu geformaliseerd was, het zou voor sommige verpleeghuisorganisaties een start kunnen betekenen in professionele inspraak. Beide vertegenwoordigers schetsen (indirect) een beeld van de specialist ouderengeneeskunde. Hoe kan het dat bij ActiZ het beeld is ontstaan dat de specialist ouderengeneeskunde niet mee wil praten, terwijl VerenSo claimt dat met het convenant eindelijk deuren open gaan om mee te kunnen praten?

In dit onderzoek ben ik benieuwd naar hoe de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde vorm krijgt in de zorgorganisatie. Welke ontwikkelingen dragen bij aan de constructie van die identiteit en welke actoren spelen daarin een rol? In hoeverre is de specialist ouderengeneeskunde een klassieke professional die zelfstandig en autonoom werkt? En tot slot: wat betekent de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde voor het verpleeghuis?

### 2.1.1 Historie

De opleiding tot het specialisme ouderengeneeskunde begon in 1989 en het is daarmee een jonge specialisatie. Met de oprichting van een tweejarige opleiding tot verpleeghuisarts aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en de officiële registratie, kwam er erkenning voor deze nieuwe beroepsgroep. De opleiding leidde in eerste instantie op tot wat men 'verpleeghuisarts' noemde. In 2009 veranderde dat, na de fusie van de NVVA (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen) en de NVSG (Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriateren), in 'specialist ouderengeneeskunde'. Hiermee ontstond een nieuwe medische discipline voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken over de hele zorgketen, ongeacht de verblijfplaats van de patiënt.

Het jonge specialisme en de diverse terreinen waar de specialist ouderengeneeskunde aan het werk is, draagt er aan bij dat de identiteit mogelijk nog niet helemaal uitgekristalliseerd is. VerenSo, de vakvereniging die deze naam draagt sinds het specialisme zo heet, heeft diverse beleidsstukken (onder andere: Specialist ouderengeneeskunde 2030; handelingsperspectieven en positionering) geschreven over de identiteit en positie van de specialist ouderengeneeskunde. Met de vergrijzing in het vooruitzicht wordt er echter gesproken over de vraag of de bijbehorende ambities realistisch zijn. Het dilemma van het bevechten van hun eigen positie en daarmee ambitieuze doelen stellen tegenover de mogelijke tekorten en bezuinigingen maakt dit tot een interessant onderwerp.

### 2.1.2 De specialist ouderengeneeskunde als klassieke professional

Het is lastig om iets te zeggen over dé specialist ouderengeneeskunde. De groep specialisten is niet homogeen voor wat betreft het werk dat ze doen of de plek waar ze dat doen. Binnen het specialisme ouderengeneeskunde zijn er werkzaamheden mogelijk in het verpleeghuis, bijvoorbeeld in de psychogeriatric, somatiek of revalidatie, maar ook buiten het verpleeghuis in de ondersteuning van de



huisarts. Specialisten ouderengeneeskunde werken veelal met ouderen, maar ook met chronisch zieken die langdurige zorg nodig hebben en niet zelfstandig, noch met hulp van mantelzorgers, voor zichzelf kunnen zorgen. De populatie verschilt qua leeftijd van de ouderen, maar er zijn sterke overeenkomsten in de (medisch- geneeskundige, multidisciplinaire) zorg die ze nodig hebben.

Dit onderzoek zal zich richten op specialisten ouderengeneeskunde die (vooral) intramuraal, binnen de muren van het verpleeghuis, werkzaam zijn. Op deze wijze is de onderzoeksgroep afgebakend en biedt het mogelijk om bij meerdere verpleeghuizen onderzoek te doen. Deze kennen in zijn algemeenheid een vergelijkbare organisatiestructuur.

Voor dit onderzoek is het van belang om de specialist ouderengeneeskunde ook meer theoretisch te schetsen. Een arts wordt gezien als een tekstboekvoorbeeld van een (klassieke) professional. Kenmerken van deze professional zijn dat zij zeggenschap hebben (genomen) over hun beroepenveld wat betekent dat zij de standaard stellen voor toelating tot het beroep. Ze stellen daarnaast ook eisen aan wat de kwaliteit van het werk is dat ze moeten leveren. En wanneer professionals daar niet aan voldoen krijgen ze met het door de beroepsgroep ingestelde tuchtrecht te maken (Noordegraaf et al., 2011). Het is echter de vraag in hoeverre deze omschrijving nog voldoet.

### 2.1.3 De specialist ouderengeneeskunde van de toekomst

Een belangrijk aanleiding voor dit onderzoek is de notitie 'Specialist ouderengeneeskunde 2030' (Verenso, 2021) waarin Verenso een beeld schetst van de handelingsperspectieven en positionering van de specialist ouderengeneeskunde in de toekomst. Dit toekomstbeeld laat de zien hoe de klassieke professional zich zou (moeten) ontwikkelen tot een moderne arts. Hierbij is er aandacht voor zaken als leiderschap en zeggenschap.

Verenso omschrijft allereerst het medisch leiderschap, maar er is ook aandacht voor de positie van de specialist ouderengeneeskunde in de intramurale keten:

*een specialist ouderengeneeskunde is een belangrijke gesprekspartner voor de raad van bestuur. Deze rol kan worden gerealiseerd door zitting te nemen in de raad van bestuur van intramurale instellingen, vooral om de (medische) consequenties van beperkte middelen en bepaalde keuzes te kunnen schetsen en te zorgen voor een betere praktijkvoering van de specialist ouderengeneeskunde. Intramuraal is het belangrijk die inspraak goed te verankeren. De wederzijdse taken en verantwoordelijkheden tussen bestuurder en specialist ouderengeneeskunde moeten goed worden vastgelegd. Hiermee zet je elkaar als bestuurder en specialist ouderengeneeskunde ieder in zijn/haar kracht (Verenso, 2021).*

In 2022 heeft Van Atteveld, in opdracht van Verenso, onderzoek gedaan naar de vertegenwoordiging van de specialist ouderengeneeskunde in relatie tot de raad van bestuur. Uit dit onderzoek (Van Atteveld, 2022) blijkt dat de specialisten ouderengeneeskunde in 40% van de gevallen niet tevreden zijn met hun management. In hetzelfde rapport blijkt dat slechts bij 5% van de ondervraagden een specialist ouderengeneeskunde opgenomen is in de Raad van Bestuur. De tevredenheid met het management van het verpleeghuis is een punt van zorg, maar ook de gebrekkige vertegenwoordiging is niet conform de doelstellingen zoals die vanaf 2017 in de kwaliteitskaders opgenomen (Stuurgroep kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2021) zijn. Daarin wordt genoemd dat het opnemen van een specialist ouderengeneeskunde in de Raad van Bestuur een vereiste is. Wanneer dat nog niet plaatsgevonden heeft, is het belangrijk dat er structureel overleg is tussen de Raad en de specialist ouderengeneeskunde.

Uit 'Lessons learned Corona in het verpleeghuis 2020' van het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) (2020) blijkt dat een van de 'opbrengsten' van de corona periode is dat een nauwere

samenwerking tussen bestuurders en de specialist ouderengeneeskunde iets oplevert. In de aanbevelingen wordt gepleit voor een continuering van die samenwerking.

Het convenant 'Rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde' kan wellicht gezien worden als een pijlerpaal in de relatie tussen de bestuurder en de specialist ouderengeneeskunde. Het beschrijft allereerst de rol van de specialist ouderengeneeskunde die medische regie voert binnen het multidisciplinaire team en daarmee verantwoordelijkheid draagt voor de behandeling van cliënten. Deze tekst lijkt rechtstreeks uit de toekomstvisie van VerenSo te komen, waar ook gesproken wordt het zijn van gesprekspartner voor de Raad van Bestuur (RvB). Het convenant lijkt daarom niet zozeer een startpunt als wel een document om de gezamenlijke werkwijze binnen de organisatie van het verpleeghuis te borgen of zelfs verder vorm te geven.

De omschrijving die VerenSo geeft van het handelingsperspectief en positionering van de specialist ouderengeneeskunde past niet helemaal bij het beeld van de klassieke professional. In de literatuurstudie is er aandacht voor verschillende soorten professionaliteiten die meer aandacht geven aan de rol die de specialist ouderengeneeskunde volgens het toekomstperspectief van VerenSo ook gaat nemen.

## 3 Doelstelling en vraagstelling

### 3.1 Doelstelling

Om goed onderzoek uit te voeren, is het belangrijk om een onderzoeksmodel te schetsen waar aandacht is voor verschillende aspecten. Maxwell (2012, p. 5) omschrijft in zijn “interactive model of research design” hoe relatie tussen doelen en theorie samenhangen, maar ook hoe methode en kwaliteit dat doen. Centraal staat de onderzoeksvraag die invloed heeft op, en beïnvloed wordt door, de voorgenoemde vier aspecten. In dit hoofdstuk wordt het doel en de hoofdvraag van het onderzoek geschetst. Om dit goed te kunnen doen, worden een aantal begrippen hier al kort theoretisch onderbouwd.

Dit onderzoek levert inzicht op over de wijze waarop de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde geconstrueerd wordt en in hoe deze identiteit van invloed is op (de ontwikkelingen in) de manier van werken in het verpleeghuis. Zowel de beroepsvereniging VerenSo als de bestuurders van de zorgorganisaties hebben ideeën over wat het verpleeghuis moet zijn en hoe de specialist ouderengeneeskunde zich daartoe verhoudt. Zo beschrijft ‘Specialist ouderengeneeskunde 2030’ het standpunt van VerenSo over de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde, en biedt het convenant vervolgens een handreiking om samen na te denken over de toekomst van de ouderenzorg.

In literatuur over identiteit wordt gesteld dat identiteit geen onveranderlijk gegeven is, niet diep geworteld in mensen, maar dat het opgevat kan worden als een sociaal construct (Alvesson & Svingsson, 2008; Brown, 2015; Brown, 2022). Ybema et al. beschrijven de constructie van identiteit als een onderhandelingsproces tussen sociale actoren en instituties, tussen de zelf en anderen, tussen binnen en buiten de organisatie en tussen verleden en heden (2009). Dat betekent dat de identiteiten die gevormd worden onder invloed van vele factoren ook veranderen wanneer er zaken in de organisatie veranderen. Dit onderzoek hoopt te laten zien wat dit betekent voor de specialisten ouderengeneeskunde en hoe zij hiermee omgaan.

Een tweede doelstelling van dit onderzoek is om te laten zien hoe de verschillende logica’s die Noordegraaf beschrijft (2017) van invloed zijn op wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde zichzelf ziet en hoe ze werkt. Deze driedeling van logica’s bieden een interessant perspectief om naar de ontwikkeling van de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde te kijken. Zijn artsen vanuit een andere logica gaan denken nu ze zien dat er een opgave aankomt voor de zorgorganisaties? Verhouden ze zich als professionals anders ten opzichte van de prestatielogica van de manager en de bestuurder? Welke invloed heeft de specialist ouderengeneeskunde op de besluitvorming over de toekomst van ouderenzorg; kijkt de specialist ouderengeneeskunde daarnaar vanuit een politieke logica? Dit onderzoek laat zien in welke mate de constructie van de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde wordt beïnvloed door de verschillende logica’s.

Tot slot gebruikt het onderzoek de verschillende soorten ‘professionaliteiten’ om de specialist ouderengeneeskunde te kenschetsen. De beelden die bestaan bij de bestuurder en specialist ouderengeneeskunde spelen een rol in de wederzijdse verwachtingen. Dit heeft invloed op de wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde werkt. Dit onderzoek laat zien hoe, in een veranderend werkveld met andere eisen van zowel de bewoners als vanuit de samenleving, er mogelijk een ander type professional nodig is.

### 3.2 Opbrengst

Dit onderzoek levert op dat bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde inzicht krijgen in de wijze waarop beide partijen een rol spelen in de constructie van de identiteit van de specialist

ouderengeneeskunde. Identiteiten geven mensen houvast en richting aan hun handelen. Wanneer er bestuurders andere ideeën hebben dan specialisten ouderengeneeskunde kan dit leiden tot verschillende verwachtingen voor wat betreft de taken en verantwoordelijkheden van de artsen.

Dit onderzoek gebruikt daarnaast professionaliteiten als middel om naar de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde te kijken. Door te analyseren hoe de verschillende respondenten kijken naar de identiteit van de arts en deze te plaatsen in het kader van een professionaliteit, krijg je inzicht in beelden en daarbij behorende verwachtingen.

De opbrengst van het onderzoek moet niet direct gezocht worden in een handreiking voor betere samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de bestuurder. Maar met inzichten in hoe identiteit, professionaliteit en samenwerking een rol speelt, kunnen artsen en bestuurders in gesprek gaan wat dit voor ze betekent. Dit kan implicaties hebben voor de manier waarop specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders werken in het verpleeghuis.

Het onderzoek moet opleveren dat bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde zich bewust zijn van hoe ze elkaars rollen beïnvloeden en hoe dit leidt tot de manier van werken in het verpleeghuis. Uit dit onderzoek volgen aanbevelingen over hoe de verhoudingen intern, binnen de organisatie, georganiseerd zouden moeten worden om invloed uit te oefenen in het politieke debat over de toekomst van zorg voor ouderen.

### **3.3 Maatschappelijke relevantie**

De komende jaren zal de druk op de zorg toenemen omdat de babyboomgeneratie op een leeftijd komt dat zij professionele zorg nodig hebben. Deze zorg wordt nu nog geleverd door helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen, basisartsen en tot slot specialisten ouderengeneeskunde, maar of er in de toekomst voldoende beschikbaar zijn, is de vraag. De krapte die ook nu al gevoeld wordt leidt tot vragen over taakherschikking en positionering. Dit onderzoek kan bijdragen omdat het perspectieven deelt over de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde.

Daarnaast bespreekt dit onderzoek op welke wijze professionaliteit vorm kan krijgen. In een tijd waar vanuit de samenleving scepsis is over wetenschap, waarheid en elite is het goed dat de (klassieke) professional zich bezint op zijn positie. Los van de vraag of de kritische geluiden gegrond zijn, is het goed om te proberen te begrijpen waar deze vandaan komen. Een herevaluatie van de professionaliteit van de specialist ouderengeneeskunde kan haar helpen om optimaal bij te dragen in de opgave die eraan zit te komen.

### **3.4 Wetenschappelijke relevantie**

Door dit onderzoek worden concepten als 'identiteit' en 'professionaliteit' opnieuw onderzocht. Het verbinden van het fluïde karakter van het 'identity work perspective' aan 'professionaliteit' schept ruimte om buiten en tussen die (starre) kaders van de laatste te zoeken naar de invulling van wie de specialist ouderengeneeskunde is.

Verder kan het toepassen van concepten inzicht geven in de mate waarin deze te gebruiken zijn om ontwikkelingen in de samenleving, in dit geval binnen het verpleeghuis, te begrijpen. Wetenschappelijke relevantie zit dan niet in het toevoegen van kennis, maar in het 'toetsen' van de theorie in de empirische realiteit.

Uit dit onderzoek blijkt dat het kader van de klassieke professional biedt een waardevol instrument te zijn om te onderzoeken welke beelden er leven bij bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde zelf.

Hoewel niemand dit ideaaltype van de klassieke professional verwezenlijkt ziet in een specialist ouderengeneeskunde, levert het wel discussie op over de mate waarin bepaalde eigenschappen gezien worden of wenselijk zijn.

### 3.5 Vraagstelling

Voorgaande leidt tot de volgende hoofdvraag:

Hoe construeren bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde en wat betekent deze identificatie voor de wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde haar werk kan doen in de zorgorganisatie?

Om deze vraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen van belang:

1. Wat is identiteit?
2. Op welke wijze wordt de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde geconstrueerd?
3. Op welke wijze kunnen verschillende professionaliteiten helpen om de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde te duiden?
4. Wat betekent deze identiteit voor de positie, verantwoordelijkheden en de macht van de specialist ouderengeneeskunde?



## 4 Literatuurstudie

In dit literatuuroverzicht worden twee thema's behandeld. Het eerste thema 'identiteit' gaat om hoe de specialist ouderengeneeskunde zichzelf ziet, maar ook wordt geïdentificeerd door de bestuurder. Dit is van belang omdat de identificatie met zich meedraagt dat er verwachtingen zijn over taken, verantwoordelijkheden, rollen en positie. In de literatuurbespreking over identiteit ga ik in op waar identiteit uit bestaat en hoe het zich verhoudt tot andere begrippen als zelf, rol en positie. In paragraaf 4.2 sluit ik het deel over identiteit af met de introductie van het 'identity work perspective' (Brown, 2022; Watson, 2008). Aan de hand van dit perspectief analyseer ik de interviews met de respondenten..

In paragraaf 4.3 is er aandacht voor professionaliteiten die gezien kunnen worden als collectieve identiteiten. Hiervoor gebruik ik onder andere de verschillende logica's (prestatie, professionele en politieke) zoals deze door Noordegraaf (2017) omschreven zijn en ik schets hoe deze in de organisatieliteratuur te herkennen zijn. De dominantie van bepaalde logica's in combinatie met andere eigenschappen vormen professionaliteiten die te gebruiken zijn om te onderzoeken hoe de specialist ouderengeneeskunde zichzelf ziet en hoe de bestuurder de specialist ouderengeneeskunde ziet.

In paragraaf 4.4 sluit ik het hoofdstuk af door uit te leggen hoe identiteit en professionaliteit gezamenlijk het theoretisch kader vormen waardoor ik naar de empirie kijk.

### 4.1 Identiteit

Identiteit is een veelbesproken onderwerp. Niet alleen in de organisatie- en management literatuur, ook erbuiten wordt er veel gepubliceerd over identiteit. Verenso schrijft over identiteit in 'Specialist Ouderengeneeskunde 2030' (Verenso, 2021). In deze notitie worden verwachtingen uitgesproken over wie de specialist ouderengeneeskunde zou moeten zijn in de toekomst. Maar wie iemand is, gaat niet alleen over aanleg, maar ook over socialisatie. De opleiding, Verenso en de zorgorganisatie spelen daar een rol in. Het is om die reden dat ook de bestuurder gesprekspartner is bij het gesprek over de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde.

Identiteit wordt niet opgebouwd in een sociaal vacuüm, verschillende actoren hebben invloed op het ontwikkelen van een 'eigen' identiteit. In het ontwikkelen daarvan spelen kennis en macht een rol. Jenkins stelt dat "identities exist and are acquired, claimed and allocated within power relations" (2014, p. 47). Ook Foucault stelt dat instituties en cultuur druk uitoefenen om de mens te vormen tot "particular subjectivities" (Foucault in: Watson, 2008, p. 130). Een individu mag verschillende identiteiten of 'subjectivities' gebruiken om een identiteit te vormen, maar het is niet geheel vrijblijvend. Identiteit is een zaak "over which struggles take place" (Jenkins, 2014, p. 25).

Identiteit geeft richting aan het bestaan. Wanneer iemand een identiteit heeft (aangenomen), kan dat betekenen dat iemand zich tot een groep, of tot verschillende groepen verhoudt. Door deelgenoot te zijn van een groter geheel, of juist door het afzetten tegen een ander collectief, worden waarden, normen en attitudes gevormd. Deze helpen bij het bepalen van keuzes bij vraagstukken en dilemma's. Identiteit werkt als een bron van informatie van waaruit gededuceerd kan worden welke reactie gepast is een situatie.

#### 4.1.1 Wat is identiteit (niet)?

In de organisatie- en management studies is identiteit een dankbaar onderwerp omdat het op vele manieren te bestuderen is. Identiteit kan gaan over de 'zelf' maar ook over de 'ander' die een rol speelt in het ontstaan ervan. Identiteit wordt zichtbaar op het moment dat het onderscheidt. Het uitdragen van

identiteit kan plaatsvinden aan de hand van symbolen zoals kleding of voorwerpen. Dat kan als persoonlijke uiting, maar ook als uiting van een organisatie of een beroep. Uitingen zijn bijvoorbeeld logo's en slogans voor een organisatie, en bij beroepen hoort soms een uniform of een bepaalde kledingstijl. Deze uitingen hebben een functie, leiden tot verwachtingen en zijn soms beperkend. Volgens Davis (1991, p. 105) is het concept identiteit een rijk en veelzijdig concept dat: 'neither imprisons . . . nor detaches . . . persons from their social and symbolic universes.' Specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders in het verpleeghuis hebben ook een identiteit. Deze draagt mogelijk bij aan hun status, maar schept ook verwachtingen. Dit onderzoek beschrijft de wijze waarop die identiteit tot stand komt en welke (f)actoren daarbij een rol spelen.

Maar behalve een dankbaar onderwerp is identiteit ook problematisch (Brown, 2015; Snow & Anderson, 1987). Het definiëren van identiteit is ingewikkeld en de dynamiek van hoe deze nieuwe definities tot stand komen, dient voortdurend onderzocht te worden. Identiteit is niet iets dat eenmalig vastgesteld kan worden om het vervolgens als gegeven te zien. In de dynamiek van het creëren van identiteit worden begrippen als 'zelf', 'positie' en 'rol' gebruikt, vaak geduid aan de hand van woorden als 'taak', 'bevoegdheid' en 'verantwoordelijkheid'. Het is noodzakelijk om deze begrippen te omschrijven om begripsverwarring te voorkomen.

#### 4.1.2 Zelf

Allereerst het begrip zelf. Identiteit en zelf worden in veel teksten door elkaar gebruikt en ook gecombineerd tot 'self-identity'. Svenningsson en Alvesson (2003) gebruiken het begrip 'personal-identity' en omschrijven daarmee een 'zelf' die zich steeds dient te verhouden tot de 'organisational-identity' om zo te komen tot een 'social-identity' in een organisatie. Deze wijze van denken veronderstelt dat er een verschil is tussen identiteit en 'organisational-identity'. Er is een verschil tussen de persoon (zelf) en bijvoorbeeld de manager in een werkcontext. "In organizations, people are required to take on various corporate personas... Managers cannot simply 'be themselves' at work" (Watson, 2008, p. 122).

'Personal identity' of 'zelf' zijn begrippen die meer naar binnen gericht zijn, maar dat betekent niet dat dit begrip geen sociaal component heeft. Het vormen van een persoonlijke identiteit bestaat niet zonder de ander waartegen deze identiteit afgezet wordt. De notie van de 'looking glass self' stelt dat onze opvatting over wie we zijn sterk bepaald wordt door wie we willen zijn in de ogen van anderen (Cooley, 1902). In het vormen van onze 'personal identity' zijn we vooral bezig met het creëren van dat beeld. Dit zou betekenen dat een individu, werkzaam als specialist ouderengeneeskunde, zichzelf ziet als de persoon die ze denkt dat haar leidinggevende, collega's of patiënten zien. Deze symbolisch-interactionistische zienswijze maakt duidelijk hoe we ons 'zelf' laten beïnvloeden door onze (ingebeelde) perceptie van de ander.

Brown (2022) omschrijft 'zelf' als het in staat zijn om reflexief over jezelf na te denken, waarbij iemand zich bewust is van een mate van continuïteit. Het kunnen nadenken, kunnen reflecteren op je 'zelf' veronderstelt dat het beeld dat iemand van zichzelf heeft niet altijd volledig is, of dat je 'zelf' blootstaat aan verandering. Ook in deze opvatting blijft de 'zelf' niet gevrijwaard van invloed van anderen. De wijze waarop verandering tot stand komt, schrijft Watson (2008), is dat de notie van 'zelf' wordt gevormd door het discours waarin de persoon zich bevindt. Dit is geen passief proces, identiteit moet worden beschouwd als voortdurend veranderend in plaats van een permanente staat zijn (Watson, 2008).

'Zelf' is een ingewikkeld concept in management- en organisatieliteratuur en de verschillen in hoe dit geduid wordt zijn groot. In dit onderzoek ga ik uit van een 'zelf' die reflexief is, naar binnen gericht en relatief vrij van omgevingsinvloeden. Dat betekent niet dat de 'zelf' niet verandert, het is alleen een

langzaam proces waarbij reflectie een grote rol speelt. Aan de hand van vragen als: 'Hoe verhoud ik me tot anderen?', 'Wat wil ik worden?' of 'Hoe wil ik mijn leven leiden?' komen mensen tot een vorming van hun eigen zelf.

#### 4.1.3 Rol en positie

Begrippen die veel genoemd worden in onderzoek naar identiteit en van belang (kunnen) zijn bij het construeren van een identiteit zijn 'rol' en 'positie'. Von Knorring, Alexanderson en Eliasson (2016) beschrijven dat 'positie' een plek is in het organogram, een formele functie met instrumentele macht gebaseerd op formele autoriteit, gezag, binnen de organisatie. Woorden die hierbij horen zijn 'taak', 'verantwoordelijkheid' en 'bevoegdheid'. Het hebben van een positie stelt echter niet hoe de manager zijn of haar rol oppakt of construeert binnen de positie die iemand heeft (Von Knorring et al., 2016).

In de rol theorie wordt het aannemen van een rol gezien als een formele, stapsgewijze en geënceneerde manier om iemand in 'positie' te brengen. Het uitvoeren van een rol is daarbij gericht op het in stand houden van een bepaalde wijze van (geïnstitutionaliseerd) gedrag (Berger en Luckman in: Simpson & Carroll, 2008). Dit idee gaat uit van het invoegen van nieuwe actoren in een statische sociale orde, waarbij de 'zelf' zich moet voegen naar de verwachtingen die bij de rol horen.

Hierin lijkt 'rol' de functie te hebben van het in positie brengen van een actor. Kunda (1992, geciteerd in: Sveningsson & Alvesson, 2003) beschrijft rol, in een organisatiecontext, als een expliciet en systematisch opgelegd voorschrift van hoe leden van een organisatie zouden moeten denken en voelen over zichzelf en hun werk. Dit maakt de houder van de rol tot een passieve speler van die rol, waarbij de rol van buitenaf opgelegd wordt en komt met verwachtingen en vereisten. Een rol moet effectief gecommuniceerd worden door de organisatie en volledig begrepen en geaccepteerd door de medewerkers voordat een organisatie effectief kan functioneren is de gedachte vanuit de klassieke rol-theorie (Biddle, 1986; Watson, 2008). Op deze manier is een rol slechts een "social prescription for behaviour" (Sveningsson & Alvesson, 2003). Dit maakt het min of meer tot een overbodig begrip wanneer het gereduceerd wordt tot een norm en als het opgevat wordt als een stug, weinig dynamisch begrip.

Simpson en Carroll pleiten echter voor een herevaluatie van het begrip 'rol'. Zij stellen dat: "unless role can be re-theorized beyond a fixed social construction that functions purely as a determinant of member behaviour, then its irrelevance and redundancy in the context of contemporary theory is inevitable (Simpson & Carroll, 2008, p. 33)." 'Rol' wordt hier gepresenteerd als een 'tussenpersoon' in het proces van identiteit constructie. In die constructie van een identiteit helpt het begrip rol om betekenis te geven, of om concreet te maken wat actoren bedoelen. Burman (2004) beschrijft rol als een "boundary object" dat ruimte geeft in de discussie over identiteit en dat wat 'anders' is. Simpson en Carroll benadrukken daarbij dat rol, als "boundary object", verschilt in de betekenis die het heeft. Afhankelijk van de situatie heeft rol een sterke betekenis, of heeft het zwakke associaties. Wat rol doet is dat het de mogelijkheid biedt om betekenis te verschaffen tussen verschillende kennisdomeinen. Een rol zelf is zelden volledig omschreven waardoor een 'zelf' niet gebonden is om de rol op een zekere manier uit te voeren. Er is ruimte om te spelen met de verschillende betekenissen van de rol afhankelijk van de sociale situatie.

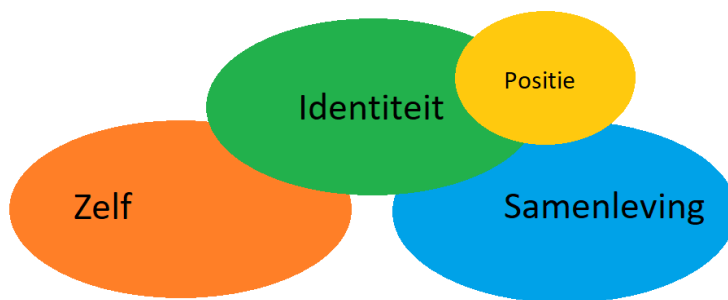
Het aannemen en construeren van een rol kan dus gezien worden als een actief proces (Von Knorring et al., 2016). Dit proces vindt niet alleen plaats in het hoofd van degene die de rol aanneemt, of afweegt om dat te doen, maar wordt beïnvloed door sociale structuren, cultuur en discours (Watson, 2008). Als het gaat om rol, schrijven Sveningsson en Alvesson (2003), wordt er in onderzoek naar de management-rol sterk nadruk gelegd op het gedrag dat iemand toont. Ondertussen is de subjectiviteit en de wijze waarop mensen zich verhouden tot hun werk, inclusief het omarmen, onderhandelen of weigeren van rollen

interessant in het kader van identiteit. Von Knorring et al. (2010, p. 425) laten in hun onderzoek juist zien hoe “managerial role taking is defined as the ever-ongoing social psychological process in which a person handles his or her function as a manager within the realms of an organisation.”

#### 4.1.4 Identiteit

In dit onderzoek is er aandacht voor de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde. Hoewel uit de voorgaande paragrafen al naar voren komt dat hetgeen identiteit maakt veranderlijk is, zijn er ook theorieën die juist dat wat gelijk blijft benadrukken. De ‘Social Identity Theory’ kijkt naar identiteit en de mate waarin iemand past bij een bepaald beroep of organisatie als een afweging. In deze theorie worden de ‘zelf’ en de ‘organisatie-identiteit’ beschouwd als min of meer stabiel, onveranderlijk, en is identiteit een kwestie van ‘zijn’. In hoeverre iemand zich identificeert met een organisatie is daarom afhankelijk van de mate waarin een lid van een organisatie zichzelf dezelfde kenmerken toeschrijft als hij de organisatie toeschrijft (Dutton et al., 1994). Of iemand past in een organisatie is dus afhankelijk of beide identiteiten, de zelf en de organisatie-identiteit, op elkaar aansluiten, ze vormen zich niet naar elkaar. Het is in dit onderzoek interessant om specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders te vragen in hoeverre zij binnen de organisatie ruimte zien voor hun eigen identiteit.

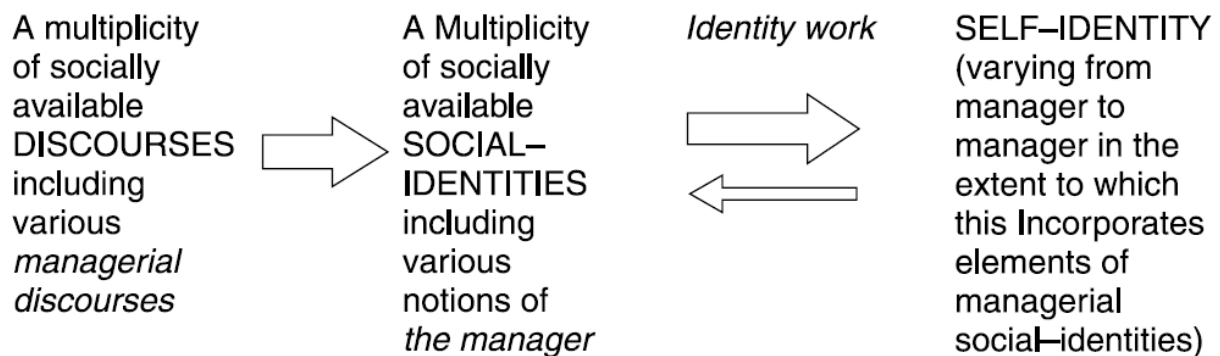
In figuur twee is de relatie tussen zelf, identiteit, samenleving en positie schematisch weergegeven. De begrippen als “self-identity” (Sveningsson & Alvesson, 2003) of “personal-identity” (Watson, 2008) vallen gemakshalve onder ‘zelf’. In positie (binnen een organisatie) kan de “organisational-identity” (Sveningsson & Alvesson, 2003) worden gelezen. Je identiteit wordt bepaald door wie je bent, je zelf, en de positie die je inneemt. Dawe (1978, geciteerd in: Snow & Anderson, 1987) ziet in de relatie tussen de begrippen zelf, identiteit en positie een parallel met de relatie tussen individu en samenleving. Het begrip ‘zelf’ wordt hier beschreven als een meer naar binnen gerichte concept, waarop de omgeving weinig invloed lijkt te hebben. Identiteit daarentegen wordt beïnvloed door de sociale context, zoals de organisatie waarvoor men werkt of het beroep, en daarmee de positie die men gekozen heeft.



*Figuur 2: relatie zelf, identiteit, positie en samenleving*

Watson (2008, p. 128) beschrijft de vorming van identiteit aan de hand van een drie-stappenmodel zoals in figuur drie weergegeven. In dit model benadrukt Watson de omgeving en het discours over de manager. Toegepast op de specialist ouderengeneeskunde zijn er verschillende discours over zorg, verpleeghuizen en artsen een deel daarvan gaan ook over de specialist ouderengeneeskunde. Dat deel van het discours wordt voornamelijk gevoerd in een klein deel van de samenleving, denk aan vakvereniging VerenSo of aan de brancheorganisatie ActiZ. Dat discours wordt aan de ene kant beïnvloed door het maatschappelijk discours over de zorg voor kwetsbare ouderen en aan de andere kant door de wijze waarop specialisten ouderengeneeskunde zichzelf identificeren. Waar Dutton et al. (1994) ‘zelf’ en ‘organisatie-identiteit’ als stabiel zien, benadrukt Watson het ‘werk’ dat gedaan moet worden. De sociale identiteit(en) hebben invloed op de wijze waarop iemand zichzelf ziet en wat dat betekent voor het werk dat die persoon doet.

Tegelijk heeft de ‘zelf’ invloed op de wijze waarop de sociale identiteiten zich vormen, net als dat de sociale identiteiten een resultaat zijn van het breder maatschappelijk discours.



Figuur 3: Watsons drie-stappenmodel van de relatie tussen de management- en andere discoursen en de zelf

Wat verder opvalt in dit model is dat identiteit wordt beschreven in meervoud. Dit maakt duidelijk dat identiteit niet altijd eenduidig en statisch is, wat de rol voor het proces van identiteitsvorming versterkt. Ybema verwoordt dat als volgt: identity formation involves processes of negotiation between social actors and institutions, between self and others, between inside and outside, between past and present (Ybema et al., 2009, p. 303). Sveningsson en Alvesson (2003, p. 1164) noemen dit een constructie van identiteit, zij schrijven dat het meer gaat om “becoming” dan om “being. Daarom past de term ‘identity work’ beter bij wat er in dit proces plaatsvindt.

#### 4.2 Het ‘identity work’ perspectief

Om identiteit te onderzoeken is het van belang om een perspectief te kiezen dat kan helpen begrijpen hoe een identiteit vorm krijgt. Sveningsson en Alvesson (2003, p. 1164) schrijven dat ‘identity work’ gaat om “dynamic aspects and on-going struggles around creating a sense of self and providing temporary answers to the question ‘Who am I’ (or ‘who are we’) and what do I (we) stand for?” Het stellen van deze vragen is een belangrijke stap om te onderzoeken wat de identiteit is van de specialist ouderengeneeskunde. De vragen helpen bovendien om aandacht te schenken aan verschillende aspecten van identiteit en aan de constructie van identiteit. Watson omschrijft het als volgt:

*Identity work involves the mutually constitutive processes whereby people strive to shape a relatively coherent and distinctive notion of personal self-identity and struggle to come to terms with and, within limits, to influence the various social-identities which pertain to them in the various milieux in which they live their lives (2008, p. 129).*

In deze omschrijving komen verschillende zaken samen. Zo spreekt Watson (2008) over een ‘gezamenlijk vormend proces’ wat erop duidt dat een identiteit beïnvloed wordt door invloeden van buiten de persoon zelf. Daarbij komt dat de notie van een ‘persoonlijke zelf-identiteit’ weliswaar onderscheidend zou moeten zijn, maar slechts relatief coherent. Volgens Watson kan er binnen een identiteit ruimte zijn om tegengestelde kenmerken te hebben, of ten minste kenmerken die niet volledig met elkaar rijmen. Dit is ook één van de assumpties die Brown beschrijft: “people have multiple identities that are generally fluid and rarely fully coherent” (2022).

Waar ‘selves’ worden omschreven als “reflexive” beschrijft Brown (2022) dat aan identiteit actief gewerkt moet worden. Dit vraagt van personen niet alleen een innerlijke monoloog, maar juist ook sociale interactie. Simpson en Carroll (2008) geven hierbij aan dat er dan een spanning kan ontstaan tussen de persoonlijk behoeftes en verlangens en het doel van het systeem waarin iemand een (professionele) rol



speelt. Als het gaat om het construeren van een identiteit of een “self-identity” zoals Watson (2008) het noemt, is het de vraag in hoeverre er sprake is van zeggenschap van het individu over deze identiteit. Currie en Spyridonidis (2016) beschrijven de rol die instituties, en hun institutionele logica, spelen in het sturen van gedrag en hun gevoel van zelf en identiteit. Zij stellen verder dat de gezondheidszorg een goed voorbeeld is van een “well-established organizational field, where strong institutional forces push towards conformity and stability”(p. 78).

De vraag over ‘agency’ sluit aan bij de derde assumptie die Brown (2022, p. 1213) beschrijft namelijk, net als Jenkins (2014), dat “identities are fabricated within relations of power.” Dit houdt in dat niet iedereen evenveel zeggenschap heeft over de mate waarin ze een identiteit construeren. De institutionele logica die Currie en Spyridonidis beschrijven kan debet zijn aan de zelfbeschikking van de identiteit van een individu, maar een bestuurder kan dat ook zijn. Zowel op macroniveau als op microniveau oefenen verschillende actoren druk uit om de identiteit mede te construeren. “Professional identities relate to individual and collective identities and are associated with the enactment of professional roles” (McGivern et al., 2015).

De vierde en vijfde assumptie van Brown (2022) gaan niet zozeer over de wijze waarop een identiteit geconstrueerd wordt, maar over de wijze waarop identiteit beschreven wordt. Zo stelt Brown dat het schrijven in termen van ‘positief’ of ‘authentiek’ niet helpt in het analyseren van identiteit. Positief gaat vaak over termen die te maken hebben met het idee dat de identiteit van mensen veelal bepaald wordt door positieve eigenschappen in plaats van het omgaan met tegenslagen. Zo schrijven Conroy en O’Leary-Kelly (2014, p. 67): “none of us makes it though a career without loss of a cherished sense of self.” Alleen over identiteit schrijven in termen van positiviteit doet het concept tekort.

Het tweede aspect, authenticiteit, veronderstelt dat er een ‘ware zelf’ is. Dit idee is een product van de “crises of modernity” (Sveningsson & Alvesson, 2003) waarbij een authentieke zelf moet dienen om de verschillende eisen en verwachtingen van de omgeving met elkaar te laten verzoenen. Dat daar een ‘ware zelf’ voor nodig is, is een voorbeeld van een essentialistische visie op identiteit, wat ingaat tegen de aanname die Brown (2022) eerder doet over identiteit als zijnde fluïde en zelden coherent.

Tenslotte stelt Brown dat het bestuderen van identiteit in zichzelf interessant is, maar dat het ook een integraal deel is van het proces van organiseren. Onderzoek kan gaan over de ‘aard’ van identiteit en het kan daarmee een heel erg individualistische invalshoek kiezen. Maar onderzoek kan zich ook richten op de rol die identiteit speelt bij organiseren. Karreman en Alvesson schrijven: “organizing can be seen as constructing and maintaining identities to facilitate collective action” (2001, p. 80). Het is een opmerking die voor dit onderzoek interessant is omdat er in het tweede deel van deze literatuurstudie aandacht is voor professionaliteiten en de relatie tussen identiteiten en de professionaliteiten.

#### 4.2.1 In onderzoek

In de beleidsdocumenten van VerenSo wordt vaak (impliciet) gerefereerd aan identiteit. Er worden verwachtingen uitgesproken over de specialist ouderengeneeskunde in 2030 en over de wijze waarop de arts mee moet praten in de organisatie. Deze verschillende taken, verantwoordelijkheden en verwachtingen, naast het medische werk dat de specialist ouderengeneeskunde moet doen, leiden tot een (re)constructie van wie de specialist ouderengeneeskunde is.

In dit onderzoek past het perspectief van ‘identity work’ goed omdat dit de dynamiek van identiteit benadrukt. Brown (2022) beschrijft hoe ‘identity work’ een constante ‘identity (re)construction’ is. In het vormgeven van die identiteit gaat het ook over de ‘zelf’, de eigenschappen of attitude die de specialist

ouderengeneeskunde moet hebben om haar werk te kunnen doen. Het gaat over de positie die de arts inneemt in de organisatie, als verantwoordelijke voor de medische zorg, maar zonder hiërarchische relatie tot de verpleegkundigen of de bestuurder. Daarnaast gaat het over de rol die de specialist ouderengeneeskunde toebedeeld krijgt, pakt of wil pakken in de zorgorganisatie.

In een tijd waarin de verpleeghuiszorg zich moet beraden op de manier waarop ze werken en in de toekomst kunnen werken, past het om onderzoek te doen naar de gevolgen die dat heeft voor de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde. Het kiezen van een perspectief, breder dan een enkele theorie, biedt meer mogelijkheden om betekenis te geven aan dat wat er bij en tussen specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders gebeurt. Juist in organisaties waar de sociale orde, als verzameling van identiteiten, opnieuw bewerkstelligd moet worden, is een perspectief op identiteitsconstructie gewenst. Het kan dienen als een “basis for systematic reflection” or “a search for wisdom” (Weick, 2017, respectievelijk p. 13 en p. 17).

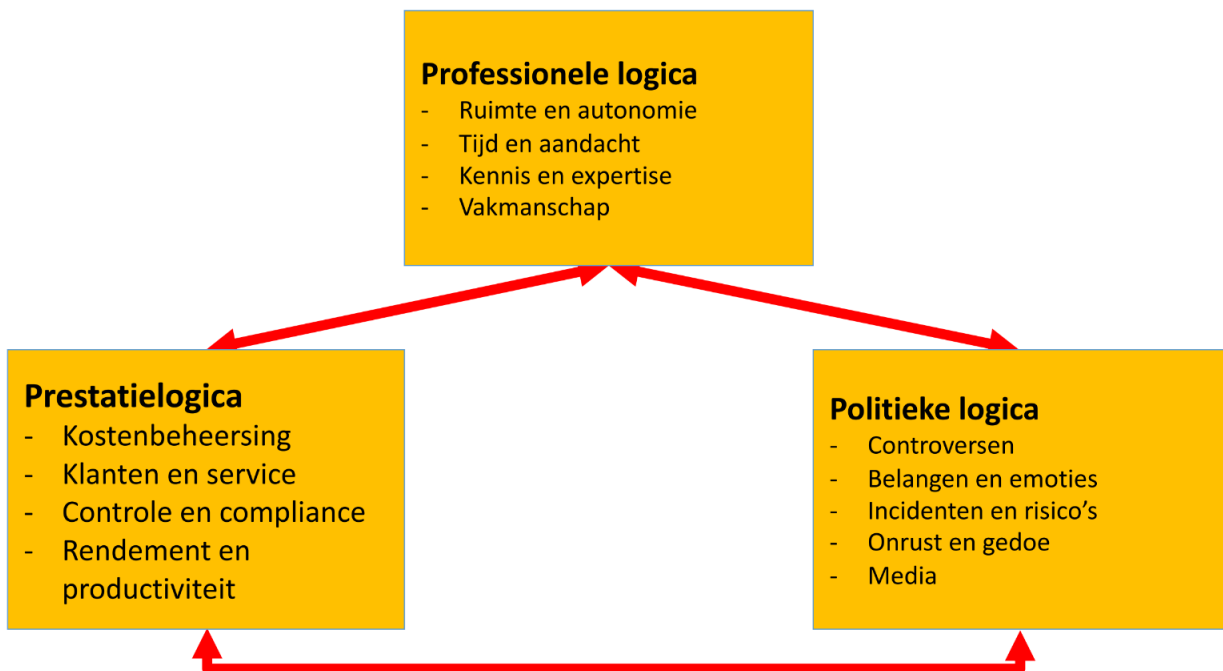
### 4.3 Professionaliteit

In dit deel van de literatuurstudie is er aandacht voor de verschillende manieren waarop er gekeken kan worden naar de wijzen waarop professionals zich identificeren. In de paragraaf 4.3.1 wordt uiteengezet wat logica's zijn en op welke manier ze een rol spelen in het interpreteren, of zelfs construeren, van de (organisatie) realiteit. In de drie daaropvolgende paragrafen worden drie verschillende professionaliteiten uitgelegd. Het draait in die paragrafen om de wijze waarop verschillende logica's en andere aspecten samenkomen in de protective (of klassieke), hybride en 'connective' professional. In paragraaf 4.3.5 is er ruimte voor kanttekeningen die daarbij geplaatst kunnen worden.

In paragraaf 4.3.6 en 4.3.7 gaat het over de wijze waarop professionaliteiten zichtbaar zijn in de praktijk. Allereerst wordt besproken wat “medische professionalisme” is en welke invloed deze manier van denken over de wijze van organiseren gehad heeft. Na de beschrijving van wat dit betekende voor de positie van de arts volgt een paragraaf over 'medisch leiderschap'.

#### 4.3.1 Logica's

Professionals en managers kijken op verschillende manieren naar een organisatie. Noordegraaf (2017) legt dit uit als het kijken naar organisaties vanuit verschillende logica's. Dit onderscheid in zienswijzen wordt gepresenteerd als een vrij hard onderscheid, de arts denk als een professional en de manager controleert of het niet te duur wordt, maar dat beeld is een oversimplificatie van de realiteit. Wat Noordegraaf stelt is dat bepaalde logica's mogelijk meer op de voorgrond staan dan andere bij bepaalde beroepsgroepen. Hij omschrijft dat de logica's helpen om te bepalen wanneer een resultaat behaald is en het benadrukt welke resultaten van belang zijn en gewaardeerd worden (2017, p. 64). Deze logica's zijn de “organizing principles that shape the behaviour of the field participants” (Reay & Hinings, 2009, p. 631). Figuur vier schetst een overzicht van deze en andere logica's, met daarbij enkele steekwoorden die de logica's illustreren.



Figuur 4: Logica's zoals omschreven door Noordegraaf.

In het voorbeeld dat net gegeven werd zijn twee logica's te herkennen. De professionele logica gaat over een denkwijze die nadruk legt op vakmanschap, kennis en expertise van de professional. Bij veel klassiek professionals is het denken in termen van professionele logica dominant. De kennis en expertise die de arts heeft legitimeert voor hen de autonomie in het nemen van beslissingen, onafhankelijk van invloeden van anderen. Om dat te kunnen doen heeft de arts ruimte nodig binnen de organisatie. Een bekend boek van Weggeman (2007) vatte dit samen in de titel: 'Leidinggeven aan professionals? Niet doen!' Professionals hebben ruimte nodig om, enkel met collega's die op dezelfde manier gesocialiseerd zijn in de opleiding, hun vak uit te oefenen. De waarden 'kwaliteit', 'betrouwbaarheid' en 'veiligheid' staan daarbij centraal (Noordegraaf, 2017).

De prestatielogica gaat volgens Noordegraaf (2017) over het beheersen van de kosten in een organisatie. Een bestuurder moet het geld dat binnenkomt verdelen en er zijn maar een beperkt aantal mogelijkheden om inkomsten te verhogen dus zullen de uitgaven extra strikt bekeken moeten worden. Dit legt nadruk op controle en waarden als efficiëntie en doelmatigheid zijn van groot belang. Verder ligt volgens Noordegraaf nadruk op het voldoen aan de verwachtingen van de klant, de afnemer van de dienst. In het verpleeghuis zou dat betekenen dat de tevredenheid van de bewoner voorop staat, anders dan geredeneerd vanuit de professionele logica waar de expertise van de arts bepaalt welk (behandel)beleid gekozen wordt. Deze zwart-wit voorstelling van zaken laat zien dat er op een verschillende manier geredeneerd kan worden wanneer de logica's van elkaar verschillen.

Naast professionele- en prestatielogica die in het voorbeeld naar voren kwamen, is er volgens Noordegraaf (2017) en politieke logica die gekenmerkt wordt door begrippen als 'ideeën', 'controversen', 'belangen' en 'emoties' waarbij 'incidenten' en risico's gemeden moeten worden om 'onrust en gedoe' te voorkomen. De media spelen bovendien een rol in deze logica omdat zij een beeld kunnen schetsen van een situatie en dat is iets waar bestuurders en professionals graag zeggenschap over zouden willen.

Zowel de bestuurder als de specialist ouderengeneeskunde hebben te maken met een politieke logica. Dit gaat niet alleen over de Haagse politiek die bepaalt hoeveel geld en wat voor zorg er voor ouderen beschikbaar is in de toekomst. Het gaat ook over het creëren van draagvlak voor belangen van de

specialisten ouderengeneeskunde en de bestuurders in de zorg voor ouderen. Daarbij spelen media ook een rol. De aandacht die Hugo Borst genereerde door te schrijven over zijn moeder met dementie (2017), of de rol van Teun Toebes in een pleidooi voor een herziening van de wijze waarop we naar dementie kijken (2021). Het is daarbij niet eens relevant of deze personen nieuwe informatie of inzichten bieden, het feit dat er aandacht voor is, maakt van hen een actor in de discussie rond ouderenzorg. Bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde zullen zich moeten verhouden tot deze actoren, net als dat ze zich moeten verhouden tot politici en zorgverzekeraars.

De politieke logica kan in dit onderzoek op twee manieren uitgelegd worden. Enerzijds speelt dit intern een rol tussen de specialisten ouderengeneeskunde en de bestuurder wanneer zij met hun eigen logica's in het achterhoofd hun belangen proberen te behartigen. Artsen en bestuurders onderling praten over de belangen die botsen in het in het verpleeghuis en bij de keuzes daarover kan onrust en gedoe ontstaan. Daarnaast hebben de bestuurder en de specialist ouderengeneeskunde een rol in welk geluid zij naar buiten laten komen. In de maatschappelijke discussie over de toekomst van de ouderenzorg kan de specialist ouderengeneeskunde een keuze maken in de rol die ze daarin spelen en hoe ze zich verhouden tot de rol die de bestuurder speelt en vice versa.

#### 4.3.2 Protective professionalism

De manier waarop professionaliteiten gebruikt worden is door een ideaaltype te schetsen. Alvehus et al. beschrijven deze als: "An ideal type identifies a set of characteristics or traits associated with a social phenomenon, and molds an image of how these interrelate into a coherent whole" (Alvehus et al., 2021, p. 202). Dat betekent niet dat professionals in werkelijkheid deze ideaaltypes zijn, maar het kan dienen als een manier om naar de werkelijkheid te kijken. In figuur vijf en zes worden eigenschappen opgesomd die de ideaaltypische verschillen laten zien tussen professionaliteiten. Dit helpt bij het definiëren en conceptualiseren op basis van eigenschappen als 'expertise', 'autonomy' en 'autoriteit'. Daarbij helpt het ook als kijkkader om de complexe werkelijkheid te analyseren (Noordegraaf, 2020). Echter: "Understood as an ideal type, professionalism will never exist in its pure form" (Alvehus et al., 2021, p. 202).

Noordegraaf beschrijft een aantal vormen van ideaaltypes, professionaliteiten, die toe te passen zijn op de specialisten ouderengeneeskunde. Het traditionele beeld van professionaliteit benadrukt het belang van het behandelen van zaken door een bepaalde, autonoom handelende beroepsgroep (Noordegraaf, 2015). Exworthy en Halford (in: McGivern et al., 2015, p. 412) omschrijven de professional als "an exclusive identity, developed through qualification, training, and socialization, creating social identity boundaries." Hieruit zijn twee doelen van professionalisering af te leiden. Professionals streven naar professionele controle binnen een domein en ze stellen regels aan toegang tot het vakgebied (Noordegraaf, 2007). Dit betekent dat de professionals zelf, via een beroepsvereniging of via de opleidingsinstituten, kunnen bepalen vanuit welke waarden en ideeën er gewerkt moet worden. Daarnaast bepaalt de groep professionals zelf de regels over de wijze waarop studenten toegelaten worden tot de professie.

Deze omschrijving past bij de klassieke, of "protected" professional in het bijzonder (Noordegraaf, 2020). In figuur vijf en zes zijn kenmerken van de protective professional opgenomen. Deze denkt vanuit een professionele logica, zoals eerder in het hoofdstuk beschreven, en kenmerkt zich door een sterke onafhankelijkheid, zelfstandigheid en focus op kennis en vaardigheden. Als professionele groep baseert deze professional zijn autoriteit op status, vertrouwen en legitimiteit. De positie van de professional is stevig en stabiel (Noordegraaf, 2020). Deze vorm van klassieke, door Noordegraaf "protective" (2020, p.

205) genoemde professional staat echter onder druk door een samenleving die meer van ze vraagt en mondiger is geworden.

### 4.3.3 Hybride professional

In de praktijk is te zien hoe professionaliteit steeds vaker ambigue, divers, dynamische en complex is, beïnvloed door veranderende organisatiecontexten (McGivern et al., 2015). Diverse auteurs hebben laten zien dat er dan sprake is van een spanning tussen de rol van managers en die van professionals wat leidt tot een hybride vorm van professionaliteit (Noordegraaf, 2007; Noordegraaf, 2015; O'Reilly & Reed, 2010; Reay & Hinings, 2009; Waring & Currie, 2009). De hybride vorm wordt gekarakteriseerd door verschillende, en mogelijke tegengestelde, eigenschappen en waarden. De kunst van de hybride professional is om deze potentiële instabiliteit en het 'ongemak' dat daarbij kan komen kijken te verenigen (Noordegraaf, 2015).

Hybride professionaliteit ontstaat wanneer management principes en professionele principes samenkomen. Dat uit zich in vragen over hoe werk gecoördineerd moet worden, hoe autoriteit gevestigd wordt en welke waarden van belang zijn (Noordegraaf, 2015). In dit spanningsveld is het de medisch professional die zich verhoudt tot de management logica. Hierdoor ontstaat er een hybride professional die zich bezighoudt met enerzijds medische taken en zich anderzijds buigt over management en organisatievraagstukken. Reay en Hinings (2009) karakteriseren de situatie als een waarin twee logica's continue naast elkaar bestaan waarbij geen van twee beschouwd kan worden als dominant als een "uneasy truce" (p. 630).

In figuur vijf worden de verschillen tussen de wijze waarop de professional en de manager de organisatie zien weergegeven (Noordegraaf, 2015, p. 190). In de paragraaf over medisch leiderschap wordt besproken hoe de professional leiderschap kan nemen in de organisatie. Vanuit het standpunt van VerenSo zou de professional vooral leiderschap moeten nemen binnen de kolom van professionaliteit. Aan de andere kant beschrijven Noordegraaf et al. (2016) hoe de professional een leiderschapsrol neemt over onderwerpen uit beide kolommen.

	Professionalism	Managerialism
	Protected professionals treat cases	Well-run organizations deliver products for customers
<i>Coordination</i>	- Skills - Norms	- Hierarchy - Markets
<i>Authority</i>	- Expertise - Service ethic	- Results - Accountability
<i>Values</i>	- Quality - Humanity	- Efficiency - Profitability

Figuur 5: Professionalism en managerialism (Noordegraaf, 2015)

### 4.3.4 Connective professionalism

Een derde variant van de professional die in dit onderzoek aan bod komt is de connective professional. Noordegraaf (2020) schetst een ideaaltypische professional die hij afzet tegen het klassieke, "protective" professionalisme. Aan de hand van de begrippen 'expertise', 'autonomie' en 'autoriteit' wordt geanalyseerd hoe de eigenschappen van 'protective professionalism' niet meer voldoen in deze samenleving. Het klassieke beeld volstaat niet, maar dat betekent niet dat de waarden en ideeën die bij dit professionaliteit horen niet meer van belang zijn. Noordegraaf voert de connective professional op die zich op een andere manier verhoudt tot expertise, autonomie en autoriteit.



	I. Protective professionalism <i>Fixed/closed off</i>	II. Connective professionalism <i>Relational/open</i>
1. <i>Expertise</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Case-oriented</li> <li>• Technical base, knowledge and skills</li> <li>• Clear standards</li> <li>• Training, codes, service ethic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complex cases</li> <li>• Interpersonal relations</li> <li>• Distributed expertise</li> <li>• Adaptive expertise, meta-cognitive skills</li> <li>• Learning environments</li> </ul>
2. <i>Autonomy</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisions taken by 'the' professional</li> <li>• Independent</li> <li>• Leeway, discretion</li> <li>• No interference</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decision processes</li> <li>• Interdependent</li> <li>• Shared decision-making</li> <li>• Supportive conditions</li> <li>• (Social) experiences</li> </ul>
3. <i>Authority</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professional group</li> <li>• Status and trust, legitimacy</li> <li>• Stable positions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionals in relation to clients and stakeholders</li> <li>• Critical attention</li> <li>• (Media) exposure</li> <li>• Navigating risks, uncertainties, dilemmas</li> </ul>

Figuur 6: Ideaaltypische verschillen tussen connective en protective professionalisme (Noordegraaf, 2020, p. 212)

In dit overzicht is te zien dat de connective professional expertise ontleent aan het feit dat hij complexe zaken behandelt waarbij de expertise niet alleen bij hemzelf ligt. Omdat deze professional in staat is om interpersoonlijke relaties te onderhouden, kan hij die informatie ophalen en verbinden aan de kennis die hij zelf heeft. Dat betekent dat de professional in staat moet zijn om een lerende omgeving te creëren wat zorgt voor nieuwe informatie. Een connective professional kan niet star vasthouden aan eigen ideeën en keuzes maken louter op basis van wat hij zelf weet (Noordegraaf, 2020).

De autonomie van de connective professional is gebaseerd op een gezamenlijk proces van beslissingen nemen waarbij verschillende mensen van elkaar afhankelijk zijn. Dit betekent dat hij de juiste ondersteunende voorwaarden moet creëren zodat de besluitvorming samen gedaan kan worden (Noordegraaf, 2020).

Tot slot wordt de autoriteit van de professional verkregen in relatie tot patiënten, in het geval van artsen, en andere mogelijke stakeholders. Juist door kritische aandacht te geven aan de reden waarom zij autoriteit zouden moeten hebben, verdienen ze het. In een samenleving waar steeds meer mensen kritisch kijken naar wetenschap en autoriteit en waarin iedereen een eigen waarheid lijkt te hebben, moeten professionals niet terugvallen op hun autoriteit, maar die juist actief bepleiten en bewijzen (Noordegraaf, 2020).

#### 4.3.5 Kanttekeningen bij professionaliteiten

In antwoord op Noordegraafs introductie van het ideaaltype van de connective professional (2020) beschrijven een aantal auteurs kanttekeningen die geplaatst kunnen worden bij de creatie van deze professionaliteit. Oliver en Avnoon (Alvehus et al., 2021) omschrijven hoe connective professionalism invloed heeft op de wijze waarop professionele identiteiten worden geconstrueerd. Deze openheid naar verbindingen leidt tot het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden, meer inclusiviteit en de coproductie van kennis (p. 208). Echter, stellen Oliver en Avnoon, niet iedereen leert deze vaardigheden en connective professionalism zal eerder een toevoeging zijn dan een vervanging van de protective professional. Een bewijs daarvoor is het voortbestaan van instituten, regels en voorwaarden om te behoren tot een professionaliteit.

Alvehus (2021) schrijft over hoe de waarde van een professie kan veranderen door invloed van (her)evaluatie van wat het betekent om kwaliteit te leveren of de cliënt centraal te stellen. Of het nodig

is om daarvoor nieuwe professionaliteiten te introduceren wordt door Alvehus betwijfeld. Hij stelt dat de kennis die nodig is voor de professional altijd al veranderlijk was. Omgaan met nieuwe kennis, inzichten en manieren van werken horen bij de klassieke professional. Daarnaast zijn professionals al langer bezig met het betrekken van andere professionals, patiënten en hun naasten dus dat oude beeld van de autonomie van de klassieke professional bestaat slechts in het ideaaltype dat geschetst wordt,

Noordegraaf (2020) schrijft dat de professional als taak heeft om vertrouwen uit te stralen. Alvehus (2021) stelt dat professionals daar van oudsher goed in zijn, maar dat het niet betekent dat dit makkelijk is. Wat dat betreft is er niets nieuws onder de zon als het gaat om het behouden van hun autoriteit. Hij concludeert “what Noordegraaf may have identified is not, perhaps, a new form of professionalism; instead, what he may have identified is a slight shift in the practices through which professionalism is maintained” (p. 207).

#### 4.3.6 Medisch professionalisme

Deze paragraaf beschrijft een dominante logica die in de laatste decennia onder druk is komen te staan. Reay en Hining (2009, p. 630) beschrijven “medical professionalism” als een manier van kijken waar de patiënt-arts relatie centraal staat wat de basis vormde voor alle te verlenen zorg. De arts is leidend in wat de patiënt nodig heeft en de rest van de organisatie, en de patiënt zelf, ondersteunt of volgt de instructies van de arts. Ditzelfde geldt voor de rol van de overheid die op basis van de bevindingen van de artsen voldoende financiële middelen beschikbaar moet stellen.

Noordegraaf et al. (2016) beschrijven dat het moeilijk is om dit model van puur professionalisme vol te houden. Er ligt van verschillende kanten druk op dit model en niet alleen door het new public management model dat in de jaren negentig opkwam. Er liggen een aantal oorzaken aan ten grondslag zo stellen diverse auteurs (Berghout et al., 2017; McGivern et al., 2015; Noordegraaf et al., 2016; Sartirana et al., 2019). Zo speelt de organisatorische context een rol waarbij nieuwe standaarden voor behandeling worden ontwikkeld. De populatie van verpleeghuizen bijvoorbeeld verandert en artsen krijgen steeds vaker te maken met een ander type patiënt. Omdat ouderen pas opgenomen worden wanneer het thuis niet meer gaat, zitten ze vaak in een situatie waar er sprake is van multimorbiditeit. Dit vraagt van artsen dat ze met verschillende artsen moeten samenwerken. Ook in het publieke domein worden andere eisen gesteld. Enerzijds moet er beter georganiseerd worden en wordt er gevraagd om optimale resultaten. Aan de andere kant mag er niets verkeerd gaan en lijkt ‘veiligheid’ de belangrijkste waarde. Dit leidt tot extra druk waarbij incidenten en medische fouten gewijd worden aan het falen van het systeem. Tot slot stelt Noordegraaf (2016, p 1116) verandert (een deel van) de professional. Van een 24/7 toegewijde professional, verlangt een deel van hen ook naar een prettige werk/leven balans.

Berghout et al (2018, p. 68) stellen dat artsen geneigd zijn om het ‘medical professionalism’ te beschermen, omdat ze zich ‘bedreigd’ voelen door managers of ambtenaren die een ander perspectief op het organiseren in de organisatie hebben. Het discours van de manager en daarbij behorende praktijken als standaardiseren, reguleren en monitoren is onderdeel geworden van het medische veld. Dit beeld wordt bevestigd door Numerato, Salvatore en Fattore (2012). Zij wijden dit gedeeltelijk aan de crisis van de verzorgingsstaat en het marktdenken dat daarmee gepaard ging. Reay en Hinings (2009) benoemen een situatie waar van artsen verwacht wordt dat ze meer kunnen doen met minder geld; een situatie waar de arts niet leidend is in wat er nodig is, maar zich heeft te verhouden tot wat er mogelijk is. Reay en Hinings benadrukken dat de logica van enerzijds “business-like health care” botst met het medisch professionalisme, waarbij de laatste onder grote druk staat.

In de ontwikkeling van ‘medisch professionalism’ naar een waarin de arts niet alleen leidend is, zien we een verschuiving van dominante professionaliteiten. Onder medische kwaliteit wordt niet langer alleen verstaan dat een patiënt behandeling krijgt, maar ook dat dit veilig, effectief, tijdig en betaalbaar gebeurt waarbij de patiënt centraal staat (Noordegraaf, 2020). Dit vraagt om een andere, hybride, professional die vanuit meerdere logica’s naar de ontwikkelingen in de zorgorganisatie wil kijken.

#### 4.3.7 Medisch leiderschap

In de ontwikkeling van meer invloed van het managementdenken in de zorgorganisatie loopt de arts het risico dat ‘hun’ professionele logica niet langer dominant is. In het verenigen van professionele logica en prestatie logica wordt ‘medisch leiderschap’ gepropageerd als oplossing. Berghout et al. (2017) laten in hun overzichtsartikel zien dat er over dit begrip nog veel onduidelijkheid is. Zo wordt medisch leiderschap enerzijds omschreven als artsen met een formele rol in de organisatie en anderzijds als ‘informele’ leiders in de alledaagse praktijk. Dit laat onverlet dat veel auteurs dit zien als noodzakelijk om de kloof tussen de medische professionaliteit en het management te dichten (Noordegraaf et al., 2016; Sartirana et al., 2019; Witman et al., 2011).

Ook in de publicatie van VerenSo over de specialist ouderengeneeskunde van 2030 wordt gesproken over de rol die de arts moet spelen in de zorgorganisatie. “Leiderschap is een kenmerkend woord voor de beroepsgroep” schrijft VerenSo (2021, p. 9) waarna het invulling geeft aan de betekenis van dit woord voor de specialist ouderengeneeskunde. Coachen is hierbij belangrijk, net als model staan voor een leer- en verbetercultuur. Wat VerenSo benadrukt is dat het hier gaat om het coachen “vanuit medische deskundigheid” (2021, p. 9) en om daarin positie te nemen binnen het verpleeghuis. De “specialist ouderengeneeskunde is een belangrijke gesprekspartner voor de Raad van Bestuur” (2021, p. 9). Dit kan volgens VerenSo door er zitting te nemen of om in ieder geval de inspraak goed te verankeren. “Het professioneel statuut kan hierbij helpen” (2021, p. 9).

Ook Spurgeon, Long, Clark en Daly. (2015) vragen zich af hoe medisch leiderschap geïnterpreteerd moet worden. Is het leiderschap door medici of leiderschap voor medici? VerenSo lijkt een beetje van beide elementen te nemen. Zij beschrijven specifiek de rol van de specialist ouderengeneeskunde, dus een medicus, in een leiderschapsrol, maar ze benadrukken daarbij sterk dat het gaat om leiderschap in het geval van medische onderwerpen. Daarover schrijven Spurgeon et al. dat het een erg beperkte visie op leiderschap is omdat alle andere vormen van leiding nemen, buiten het medisch domein of niet gericht op medici, daarbij buiten het aandachtsveld van professional zou vallen. Het is daarom interessant om te onderzoeken hoe specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders medisch leiderschap definiëren.

Noordegraaf et al. (2016, p. 1113) plaatsen enkele kanttekeningen bij medisch leiderschap. Zij schetsen het beeld van een medisch leider die niet alleen medisch werk organiseert, maar ook teams van professionals leidt, samenwerking in multidisciplinaire teams regelt en ook de veiligheid en kwaliteit van patiëntenzorg vergroot. De vraag die zij hierbij stellen is in hoeverre dit ‘medisch’ is en hoort bij wat een medicus zou moeten kunnen. De medische en management logica zijn verward in elkaar. Anders dan Reay en Hining (2009) beschrijven Noordegraaf et al. een situatie waarin organiseren een onderdeel wordt van de professionele logica.

#### 4.4 Identiteit en professionaliteit

“Institutions and identities are fundamentally interrelated” schrijven McGivern et al. (2015). Identiteit is meer dan een ‘zelf’, persoonlijkheid, het wordt beïnvloed door verschillende factoren zoals eerder in figuur twee is weergegeven. Lawrence en Suddaby schrijven: “identities describe the relationship between an actor and the field in which that actor operates” (in: McGivern et al., 2015, p. 415). Instituten

als de zorg beïnvloeden de wijze waarop identiteiten geconstrueerd worden. De waarden die samenhangen met en uitgedragen worden door instituties vormen de identiteit van medici. Het opleiden van studenten tot basisarts en later mogelijk tot specialist ouderengeneeskunde socialiseert het individu tot een lid van het artsengilde. De gedachtegang dat instituties identiteiten beïnvloeden heeft echter als beperking dat het suggereert dat het systeem bestaande verhoudingen reproduceert terwijl er wel degelijk veranderingen zichtbaar zijn.

Andersom maken de verschillende identiteiten de instituties. Het voert voor nu te ver om in te gaan op de wijze waarop dit gebeurt en wat dit betekent voor het verklaringsniveau waarop geanalyseerd moet worden, maar dat actoren instituties beïnvloeden leidt geen twijfel. Het perspectief van identity work (Brown, 2022) benadrukt het veranderlijke karakter van identiteit. Er zijn verschillende identiteiten nodig om het werk van een specialist ouderengeneeskunde uit te voeren en daarom is het interessant om te onderzoeken of hiervoor ruimte is in de organisatie.

In dit onderzoek draait het om het spanningsveld tussen het microniveau van identiteit waar ruimte is voor veranderlijkheid, incoherentie en fluïde vormen en de professionaliteiten die zich kenmerken door ideaaltypische beschrijvingen van een groep. Hoe verhoudt de specialist ouderengeneeskunde met een eigen identiteit zich tot het 'keurslijf' van de professionaliteit? Welke invloed hebben de beelden die er bij de verschillende actoren leven van hoe een specialist ouderengeneeskunde moet zijn op het werk dat de specialist ouderengeneeskunde doet?

## 5 Opzet en uitvoering onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijf ik de opzet en uitvoering van mijn onderzoek. In de doelstelling, de literatuurstudie is de bovenste rij van Maxwells “interactive model of research design” (2012, p. 5) beschreven. De methode en de kwaliteitseisen worden in dit hoofdstuk besproken. Ik beschrijf allereerst mijn onderzoeksdesign waarna ik in ga op de kwaliteitscriteria. Ik licht toe hoe ik geprobeerd heb om aan deze criteria te voldoen. Verder beschrijf ik de selectie van respondenten en de wijze van interviewen. Ik sluit af met een uitleg over de wijze waarop ik de informatie heb geanalyseerd.

### 5.1 Onderzoeksdesign

Om te onderzoeken hoe de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde een rol speelt in het verpleeghuis met het oog op de (demografische) veranderingen in de samenleving, heb ik gekozen om een kwalitatief onderzoek te doen. Ik wil begrijpen hoe bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde zien, en construeren, in het verpleeghuis met het oog op de opgave in de nabije toekomst. Dit onderzoek past in de interpretatieve onderzoekstraditie waar “de aandacht uitgaat naar het begrijpen van betekenissen die mensen toekennen aan gebeurtenissen in hun dagelijks leven” (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p. 21). De onderzoeksvraag gaat over bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde die samen een identiteit construeren, dit veronderstelt een werkelijkheid die sociaal geconstrueerd wordt. Identiteit en professionaliteit zijn geen ‘te ontsluiten’ definities die een eenduidig en direct effect hebben op de wijze waarop men werkt in het verpleeghuis.

Een waardevrij onderzoek over een begrip als ‘professional’ is vrijwel onmogelijk. Dit begrip heeft een connotatie die van invloed is op de onderzoeker en de respondenten. Zo vroeg een bestuurder zich af waarom ik de specialist ouderengeneeskunde professional noemde en haar niet. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn om de begrippen te duiden voordat ze gebruikt worden, maar dit onderzoek draait juist om de invulling van niet volledig waardevrije begrippen als ‘identiteit’ en ‘professionaliteit’. De resultaten van dit onderzoek dienen als middel voor artsen en de bestuurders om het gesprek aan te gaan. Het is zoveel mogelijk het doel is geweest om zonder vooringenomenheid te laten zien hoe de verschillende partijen de specialist ouderengeneeskunde identificeren en welke gevolgen dit heeft in de zorgorganisatie. Risjord beschrijft deze positie als de “moderate thesis of value freedom” (2014, p. 19) waarin waarden alleen in de onderzoekscontext een rol spelen. Als buitenstaander, niet werkzaam in de zorg, is deze positie mogelijk makkelijker in te nemen omdat ik ook geen direct belang heb bij het innemen van een positie. Bovendien kan ik als onderzoeker makkelijker een vraag stellen over zaken die voor de respondent ogenschijnlijk vanzelfsprekend zijn. Op die manier bevrage ik de waarden die respondenten uitdragen in hun antwoorden.

### 5.2 Dataverzameling

Voor het verzamelen van data heb ik vijftien semigestructureerde interviews afgenomen. Deze manier van interviewen geeft mij de mogelijkheid om dieper om verduidelijking te vragen, dieper op vragen in te gaan en te toetsen of ik het juist begrepen heb. De “rijke data” (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p. 71) helpen beter te begrijpen wat er wordt verteld. Door het maken van een topiclijst is er structuur aangebracht in het interview, maar is er eveneens ruimte aan afzonderlijke onderdelen extra aandacht te besteden wanneer dat nodig is.

De eerste twee interviews zijn gehouden met een medewerker van de branchevereniging van ouderenzorgorganisaties en een medewerker van de beroepsvereniging. Verder werden drie bestuurders van zorgorganisaties geïnterviewd, elf specialisten ouderengeneeskunde en één manager. De reden dat



er maar drie bestuurders zijn geïnterviewd, heeft te maken met het organogram van de zorgorganisatie. Bij de zorgorganisaties waar ik dit onderzoek deed was er steeds één bestuurder terwijl er meerdere specialisten ouderengeneeskunde waren. Hoewel ik weinig bestuurders heb gesproken, heb ik wel steeds alle bestuurders van de organisatie gesproken terwijl ik slechts een selectie van de specialisten ouderengeneeskunde heb geïnterviewd.

Vrouwen zijn met ruim 70% oververtegenwoordigd in de ouderengeneeskunde (Capaciteitsorgaan, 2023) en het is om die reden dat ik persoonlijke voornaamwoorden ‘zij’ en haar gebruik wanneer ik het heb over de specialist ouderengeneeskunde of over artsen. Het spreekt voor zich dat er, los van specifieke verwijzingen, ook hij/zijn of hen/hun gelezen mag worden. Elf van de vijftien interviews zijn gehouden met vrouwen. Twee van de drie bestuurders zijn vrouw en bij de specialisten ouderengeneeskunde is dit tien van de twaalf. Als onderzoeker bevond ik mij niet in de luxepositie om de man-vrouwverhouding te sturen, maar voor de specialisten ouderengeneeskunde lijken de respondenten wel een goede afspiegeling te zijn. In de interviews komt naar voren dat alle specialisten ouderengeneeskunde ten minste een aantal jaren werkzaam is in de zorg. Van de specialisten ouderengeneeskunde hadden alle respondenten hun specialisatie ten minste een aantal jaren terug afgerond. Ik heb niet geselecteerd op leeftijd of werkervaring omdat ik daarvoor te weinig response kreeg. Uit de interviews heb ik niet kunnen opmaken dat leeftijd of ervaring een sterke rol speelt in identificatie, maar uitsluiten kan ik dit niet.

De interviews met de beleidswerker van VerenSo en ActiZ evenals het interview met de manager heb ik gehouden om een beeld te schetsen van de ontwikkelingen in de ouderengeneeskunde en om een beeld te krijgen van de verhoudingen binnen een verpleeghuis. Alle interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd met gebruikmaking van NVivo software. De interviews met de bestuurders en de specialisten ouderengeneeskunde zijn gebruikt in de beschrijving van de resultaten. De overige drie interviews zijn gebruikt bij de problematisering en/of hebben bijgedragen aan inzicht in de praktijk van het verpleeghuis.

Alle respondenten hebben het getranscribeerde document toegestuurd gekregen. Hen is gevraagd om het document te controleren op feitelijke fouten en binnen zes weken te reageren in het geval ze fouten in de transcripties zagen. Maxwell (2012) noemt dit “respondent validation” (p. 126), wat ten doel heeft om misinterpretaties te voorkomen. Verder kan deze feedback inzichtelijk maken welke bias de onderzoeker mogelijk heeft. Van de vijftien respondenten hebben er acht gereageerd. De ontvangen feedback was positief, er waren enkel tekstuele opmerkingen die de interpretatie niet per se in de weg stonden. Op deze wijze heb ik getracht om systematisch verkeerde interpretaties te vermijden.

Ik heb zoveel mogelijk gekozen voor het houden van de interviews op de werkplek van de respondenten wat als bijkomende voordeel had dat de stap om mee te doen aan het onderzoek verkleind werd. Eén van de interviews heb ik via teams moeten doen. Als onderzoeker heb ik het als prettig en leerzaam ervaren om te zien waar de verschillende respondenten werken. In de tijd dat ik wachtte heb ik aantekeningen gemaakt van observaties die ik deed. Deze aantekeningen bestaan uit persoonlijke observaties en zijn hooguit een middel om de interpretatie van hetgeen gezegd werd in de interviews te staven.

### 5.3 Analyse

Alle interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en vervolgens verwerkt met NVivo software. In een inductief proces zijn uitspraken van respondenten gecodeerd. Deze coderingen helpen “bij de uiteenrafeling van de gegevens” schrijven Boeije en Bleijenburgh (2019, p. 105). De werkwijze in het coderen is opgenomen in bijlage C, de codeboom van het onderzoek. In een inductief proces zijn de eerste opbrengsten open gecodeerd. Deze coderingen houden verband met verschillende aspecten van het onderzoek zoals die naar voren kwamen in de uitspraken van de respondenten. Voorbeelden van

coderingen zijn ‘positie so’, ‘dokteren’ en ‘mdo’. Deze coderingen zijn nog vrij concreet en om deze te categoriseren is er meer nodig dan inductie. De kennis van de literatuur over identiteit stuurt de vragen die gesteld worden over dit onderwerp en het heeft invloed op de analyse van de verkregen data. Door het lezen van artikelen over identiteit en professionaliteit worden begrippen op basis van kennis van kennis van sleutelbegrippen als ‘identiteit’ en ‘professionaliteit’ aan elkaar verbonden. Boeije en Bleijenbergh noemen dit een “creatieve denksprong” die “theoretische sensitiviteit” (p. 106) nodig heeft; belezenheid, expertise theoretische gezichtspunten. In het cyclisch proces van interviewen, literatuur lezen, en coderen zijn er verschillende thema’s naar voren gekomen, weer verdwenen of hernoemd om te komen tot een resultaat dat aansluit op, of bijdraagt aan, de inzichten uit de literatuur. De laatste stap is “selectief coderen” (p. 108) waarin de verschillende thema’s zijn teruggebracht tot drie categorieën namelijk: ‘Identiteit’, ‘Medisch’ en ‘Samenwerken, inspraak en verandering’. Deze categorieën proberen gezamenlijk inzicht te geven in de vraag op welke wijze de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde geconstrueerd wordt en welke gevolgen deze identificatie heeft voor de wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde werkt in de zorgorganisatie.

## 5.4 Kwaliteitscriteria

### 5.4.1 Validiteit

In kwalitatief onderzoek zijn er verschillende mogelijkheden om te toetsen of er onderzocht wordt wat er in de probleemstelling beschreven is. Validiteit richt zich op de vraag of we meten wat we daadwerkelijk beogen te meten, schrijven Boeije en Bleijenbergh (2019, p. 154). Door (semi-gestructureerde) interviews af te nemen krijg je toegang tot “perspectives and interpretation” van de respondenten, schrijft Risjord (2014, p. 58). Het geeft de onderzoeker mogelijkheden om door te vragen en te parafaseren, om te toetsen of het antwoord juist geïnterpreteerd is. Het geeft de respondent bovendien voldoende ruimte om gedachten over de vraag te verhelderen en eventuele misconcepties bij de onderzoeker te corrigeren.

In dit onderzoek accepteer ik de toevallige ‘fout’ omdat het onderzoek iets zegt over de persoonlijke beleving van identiteit en professionaliteit van de deelnemers aan het interview. Het is geen doel om een gelijk beeld te krijgen over alle medewerkers. De essentie van de theorie van “identity work” is juist dat identiteiten niet eenvormig en coherent zijn, maar verschillend en fluïde (Brown, 2022; Sveningsson & Alvesson, 2003; Watson, 2008). Dit laat onverlet dat de methode van het vinden van die verschillende, fluïde identiteiten baat heeft bij het werken met een voorgestructureerde topiclijst. Door een heldere topiclijst met enkele startvragen worden systematische fouten vermeden en de validiteit verhoogd (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

### 5.4.2 Betrouwbaarheid

Bij wetenschappelijk onderzoek is objectiviteit een belangrijk streven. Boeije en Bleijenbergh bedoelen hiermee dat recht wordt gedaan aan het object van het onderzoek (2019, p. 154). Het doel is dat de bevindingen en conclusies de sociale realiteit zo goed mogelijk representeren. Dit onderzoek zal bij een andere zorgorganisatie, hoeveel deze ook op de onderzochte lijken, niet noodzakelijkerwijs tot dezelfde resultaten leiden.

Het criterium van betrouwbaarheid vraagt in kwalitatief onderzoek om andere maatregelen dan in kwantitatief onderzoek. Bij het aantonen van de betrouwbaarheid van een kwalitatief onderzoek gaat het om het verantwoorden van methodologische keuzen, zodat anderen deze kunnen volgen, controleren en aangeven of zij dit de juiste keuzen vinden (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p. 157). Wanneer aan de hand van dezelfde methodiek onderzoek gedaan wordt, zal er eenzelfde resultaat uitkomen wanneer wat gemeten wordt hetzelfde is. Bij kwalitatief onderzoek gaat het om het beschrijven van de wijze waarop

het onderzoek gedaan is. De navolgbaarheid wordt aangetoond in deze methodesectie waarin uitgelegd wordt welke topiclijst er gebruikt is, wat de achtergronden zijn voor de keuze van respondenten en hoe er geanalyseerd wordt.

Hoewel deze methode-sectie bijdraagt aan het verhogen van de navolgbaarheid, en daarmee kwaliteit, van het onderzoek zijn er grenzen aan hoe betrouwbaar kwalitatief onderzoek kan zijn. Met het delen van de topiclijst is niet gezegd dat deze op dezelfde wijze wordt ingezet bij het afnemen van een interview. Het is niet alleen mogelijk, maar zelfs wenselijk, dat er verschillen optreden in de manier waarop respondenten geïnterviewd worden. Om meer te weten te komen over bepaalde thema's zijn er soms verschillende 'routes' nodig om de antwoorden los te krijgen bij de respondenten. Dit betekent dat er niet altijd star vastgehouden kan worden aan een vragenlijst, maar dat er juist flexibel omgegaan moet worden met een topiclijst. Hoewel de transparantie in de onderzoeksmethodiek bijdraagt aan het navolgbaar maken van het onderzoek, kan de deze flexibele methode gezien worden als een bedreiging van de betrouwbaarheid.

### 5.4.3 Generaliseerbaarheid

Het bepalen van de steekproef in kwalitatief onderzoek kan op verschillende manieren gedaan worden. In dit onderzoek zijn er doelgericht onderzoekseenheden gekozen die bepaalde kenmerken vertegenwoordigen aan de hand waarvan de probleemstelling goed bestudeerd kan worden (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

Er zijn twee kanttekeningen te plaatsen bij de "doelgerichte steekproeftrekking" (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p. 57) in dit onderzoek. In eerste instantie zou dit onderzoek meer de nadruk leggen op de rol van medezeggenschap van specialisten ouderengeneeskunde in het licht van het covenant (Verenso et al., 2023) Op basis daarvan heb ik, via My-Doc, mailadressen van contactpersonen ontvangen. Als onderzoeker was ik niet op de hoogte van de mate waarin de organisaties hun medezeggenschap hadden geregeld. Tegelijkertijd heeft de selectie van zorgorganisaties wel degelijk met (mede)zeggenschap in het achterhoofd plaatsgevonden. Dit is voor kwalitatief onderzoek niet noodzakelijkerwijs een probleem aangezien dit onderzoek niet pretendeert dat het generaliseerbaar is. Het doel is niet om over alle organisaties iets te zeggen, maar vooral om wat meer te kunnen zeggen over enkele organisaties.

Een tweede aandachtspunt bij de selectie van respondenten is dat ik afhankelijk was van de respons. Ondanks dat ik herhaaldelijk gemaïld heb naar respondenten, heeft de selectie kenmerken van een opportunistische steekproeftrekking (Boeije & Bleijenbergh, 2019, p. 60). Hoewel de eerste selectie niet geheel aan het toeval is overgelaten, is het niet te zeggen dat de opvattingen van de respondenten door de gehele populatie specialisten ouderengeneeskunde gedeeld worden. Mogelijk zijn de respondenten die bereid waren mee te werken aan een interview ook de artsen die zich makkelijker uitspreken binnen de organisatie. Hoewel veroorzaakt door het niet kunnen selecteren van respondenten, ligt selectie bias hier op de loer; een vertekening door de selectie van respondenten in de steekproef.

## 5.5 Ethische issues en rol onderzoeker

Als betrokken buitenstaander ben ik vertrouwd met de discussies over de veranderingen in de zorg. Via mijn vriendin heb ik een beeld gekregen van wat er gebeurt in verpleeghuizen. Zij werkt als specialist ouderengeneeskunde bij My-Doc die haar detacheert bij zorgorganisaties. Op die manier heeft ze ervaring binnen verschillende organisaties en ziet ze de verschillende wijzen waarop zowel specialisten ouderengeneeskunde als bestuurders naar de opgave van de zorg voor ouderen kijken. My-Doc is tevens de organisatie van wie ik informatie heb gekregen om zorgorganisaties te kunnen benaderen.

In het onderzoek is mij een aantal keren gevraagd naar mijn achtergrond en daarop volgde vaak de vraag naar de reden voor mijn interesse in dit onderwerp. Ik heb in die gevallen genoemd dat mijn vriendin specialist ouderengeneeskunde is. Ik heb daarbij steeds aangegeven dat ik wel enige kennis heb van wat er op de werkvloer gebeurt en dat niet alle afkortingen mij vreemd zijn, maar dat het vooral om de antwoorden en ervaringen van de respondent draait. Daarbij heb ik nogmaals benadrukt dat de gesprekken die ik heb niet gedeeld worden met anderen dan mijn scriptiebegeleider. Ik heb de indruk dat dit, in combinatie met mijn onbekendheid met dit werkveld, voldoende distantie heeft gecreëerd voor de respondenten om vrijuit te kunnen praten.

Omdat ik geen medische achtergrond heb, en de wereld van de ouderenzorg en -geneeskunde niet goed ken, denk ik dat het me lukt om eenvoudigweg te vragen. Ik ben me niet altijd bewust van mogelijke vanzelfsprekendheden waardoor het makkelijk is om anderen te vragen om na te denken over zaken waar ze al een tijd niet meer echt over nagedacht hebben. Daarbij heb ik geprobeerd om te laten zien dat ik me wel voldoende heb ingelezen, zodat de respondenten de indruk hebben dat ik hun antwoorden wel weet te plaatsen. Op die manier worden de respondenten serieus genomen in dit onderzoek.

In het onderwijs behoor ik tot een groep die enigszins vergelijkbaar is met de professionals in het verpleeghuis. Ik kan me voorstellen dat ik mij sneller kan inleven in hun positie dan in die van de bestuurder. Tegelijkertijd heeft deze studie mij inzichten gegeven die soms bevestigen wat ik zag als vakgroepvoorzitter of als lid van de medezeggenschapsraad, maar die ook nieuw licht geworpen hebben op bijvoorbeeld de rol van de bestuurder in een organisatie. Ik geloof dat ik voldoende in staat ben om ook vanuit het perspectief van de bestuurder te kunnen denken. Als docent(opleider) maatschappijleer geloof ik bovendien dat het mijn tweede natuur is geworden om van perspectief te kunnen wisselen en een oordeel uit te stellen

In het informatieblad heb ik aangegeven dat ik met specialisten ouderengeneeskunde en de bestuurder zou praten wat maakt dat de specialisten ouderengeneeskunde wel wisten dat ik met hun bestuurder zou praten. De bestuurder en de specialisten ouderengeneeskunde wisten niet van mij welke (andere) specialisten ouderengeneeskunde ik zou interviewen. Onderling is hier wel over gepraat, merkte ik door opmerkingen van de respondenten. Ik kan niet inschatten in hoeverre dit invloed heeft gehad op de mate waarin de respondenten vrijuit konden praten. Door de resultaten te anonimiseren heb ik de kans op herleidbaarheid geprobeerd te minimaliseren.

## 6 Beschrijving resultaten onderzoek

De resultaten van de interviews zijn gecodeerd en geanalyseerd en worden hier in drie paragrafen besproken. In eerste instantie wordt beschreven hoe de respondenten de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde beschreven. Vervolgens gaat het over hoe hun medische achtergrond bijdraagt aan die identiteit. Tot slot wordt beschreven op welke wijze (de identiteit van) de specialist ouderengeneeskunde bijdraagt aan beleid en sturing binnen het verpleeghuis.

### 6.1 Identiteit

Om te leren over de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde is de respondenten allereerst gevraagd om te omschrijven hoe zij de specialist ouderengeneeskunde zien. Om ze bij deze lastige vragen te helpen werd daarna gevraagd naar de dagelijkse taken. Aan de hand van een vraag over taken en bevoegdheden van de specialist ouderengeneeskunde is er via vragen over de rollen en kenmerken teruggekoppeld naar de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde. Respondent 13 begint als volgt:

*Het is natuurlijk de vraag: wat is de definitie van een dokter dan? ... zo'n situatie van je gaat met je doktersjas naar je werk, en je gaat je patiënten zien, en je gaat visite lopen, en je praat met verpleegkundigen, je maakt een beleid, je maakt een rapportage en dat doe je de hele dag met wat spoedgevallen tussendoor, en je gaat naar huis... Dat is het inderdaad niet.*

#### Taken en bevoegdheden

Alle geïnterviewde specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat hun dagelijkse praktijk voor een aanzienlijk deel bestaat uit patiëntenzorg. Zo zegt respondent vijf: "Ja, mijn primaire taak is patiëntenzorg. en alles wat daarbij komt kijken." Zij is een van de artsen die aangeeft nog 'eigen' patiënten te hebben. Respondenten noemen dan verantwoordelijkheid voor een afdeling of een gang. Dit betekent dat ze regelmatig visites lopen en de patiënten daadwerkelijk zien. Niet alle specialisten ouderengeneeskunde hebben dit en ze geven aan dat ze dit niet echt een probleem vinden. Het niet hebben van eigen patiënten wordt niet gezien als iets dat inbreuk maakt op hun arts-zijn. De supervisie van basisartsen lijkt voor de meeste specialisten ouderengeneeskunde een belangrijke taak te zijn. Hoewel een enkele specialist ouderengeneeskunde ook aangeeft supervisie te geven aan verpleegkundig specialisten, is dat formeel niet helemaal juist. Verpleegkundig specialisten hebben autonomie voor wat betreft het geven van behandeling waartoe zij zich bekwaam achten, ze hoeven dan een specialist ouderengeneeskunde niet om supervisie te vragen. Dit betekent dat de verpleegkundig specialist ook complexe zorg doet waar hij of zij ervaring mee heeft. Uit de interviews blijkt dat niet alle specialisten ouderengeneeskunde dit op deze wijze voor ogen hebben. Wanneer een verpleegkundig specialist een specialist ouderengeneeskunde consulteert gaat het over collegiale consultatie, net zoals een specialist ouderengeneeskunde een cardioloog kan consulteren bij een (onduidelijk) hartfilmpje van een patiënt. In citaten kan soms een formeel gezien incorrecte zienswijze opgenomen zijn, die uitspraken of gevolgtrekkingen komen voor rekening van de respondent.

Het superviseren en collegiaal consulteren wordt door de specialisten ouderengeneeskunde gezien als een vorm van patiëntenzorg ondanks het feit dat er niet noodzakelijkerwijs direct contact is met de patiënt. Een specialist ouderengeneeskunde beschrijft de taken van de Eerste Geneeskundige binnen de organisatie: "Ze doet wel patiëntenzorg hoor, dus het is niet zo dat ze geen patiëntenzorg doet. Je hoeft niet per se een eigen afdeling te hebben, je kan ook in de waarnemingen. En supervisie geven is ook een vorm van patiëntenzorg dus dat doet ze ook" (R10). Het feit dat de specialist ouderengeneeskunde medische eindverantwoordelijk is, verklaart deze zienswijze mogelijk. Bij supervisie of collegiale consultatie tussen de medisch specialist en de basisarts of verpleegkundig specialist worden de

verschillende mogelijkheden voor diagnose of behandeling op waarde geschat. Wanneer de basisarts of de verpleegkundig specialist zichzelf niet competent acht, is het aan de specialist ouderengeneeskunde om (samen) een onderbouwde beslissing te nemen.

In de drie verpleeghuizen zijn de specialisten ouderengeneeskunde verder ook inhoudelijk betrokken bij een bepaald aandachtsgebied. Zo zijn er binnen de vakgroepen artsen die zich verdiept hebben in bijvoorbeeld wondzorg, infectieziekten of de Wet Zorg en Dwang (WZD). Op dit gebied profileert de arts zich als specialist op een bepaald terrein en fungeert de arts ook als vraagbaak voor de collega's.

## **Rollen**

Veel specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat ze verschillende rollen vervullen in het verpleeghuis. De rol als (mede)opleider en supervisor van de basisarts is een veelgenoemde rol, net als dat ze overleggen met verpleegkundig specialisten. Daarnaast noemen de specialisten ouderengeneeskunde hun rol in het multidisciplinair overleg (MDO). Als 'regiebehandelaar' sturen de specialisten het overleg en verzamelen zij informatie van de zorg, de paramedici en van de basisarts of verpleegkundig specialist. Zoals respondent 10 het verwoordt: "Daarbij heb je wel de hulp nodig van een team van behandelaren, verpleegkundigen zieken, verzorgenden, wondverpleegkundigen. Dus eigenlijk doe je het met een team en jij bent dan degene die die de regie heeft." Later over de eigenschappen die een SO moet hebben, zegt deze respondent: "Probeer het samen te doen, ja, een soort dirigent misschien." In hun rol als regisseur, of dirigent dus, bewaken zij het overzicht en kijken ze met een brede blik naar de bewoner waarbij zowel wonen en welzijn alsook (medische) zorg belangrijk zijn.

In de interviews valt op dat de bestuurders van de twee grote(re) organisaties de specialist ouderengeneeskunde zien als sterk gericht op behandeling terwijl de specialisten ouderengeneeskunde zelf aangeven dat hun 'brede blik' juist ook gericht is op de woonsituatie en het welzijn van de bewoner. In contact met de bewoner of de familie van de bewoner gaat het juist ook over wat zij in alle drie aspecten kunnen betekenen.

Waar een bestuurder (R12) zich verwondert over de hoeveelheid "behandeling" die er nog gegeven wordt, geeft de specialist ouderengeneeskunde aan dat hun beroepsgroep zich kenmerkt door het aangaan van het moeilijke gesprek over "zinnige zorg" (R3). De specialist ouderengeneeskunde ziet zichzelf als een poortwachter bij mensen die "alles uit de kast willen halen" in een uitzichtloze situatie waarbij behandeling de kwaliteit van leven van de patiënt verlaagt.

De term doktersdokter is genoemd als andere rol voor de specialist ouderengeneeskunde. De meeste specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat het routinematige werk van de specialist ouderengeneeskunde weinig voldoening geeft. De meest voorkomende klachten kunnen prima opgelost worden door de basisarts of verpleegkundig specialist. Meerdere artsen noemen expliciet dat het voorschrijven van Movicolon of paracetamol aan patiënten weinig uitdaging biedt. De specialist ouderengeneeskunde is er voor complexe zorg, multimorbiditeit van een patiënt die diverse medicatie nodig heeft. Maar ze zetten ook vraagtekens bij hun veranderende rol. Respondent 10 zegt:

Het is het is toch te gek voor woorden dat dat we als SO's consulten thuis gaan doen voor de huisarts, voor eigenlijk minder ingewikkelde patiënten. En dat we in die tijd andere mensen, die hoog-complex zijn, door verpleegkundig specialisten laten bedienen.



## Kenmerken

De kenmerken die de identiteit van specialisten ouderengeneeskunde bepalen zijn te verdelen in twee soorten. Allereerst zijn er de positieve, aanwezige kenmerken van de specialist ouderengeneeskunde, kenmerken die door verschillende respondenten genoemd worden als typerend voor veel mensen binnen de beroepsgroep. Daarnaast zijn er echter ook kenmerken die de specialist ouderengeneeskunde niet heeft die een stempel drukken op identiteit. Ook deze kenmerken komen aan bod omdat ze door meerdere respondenten genoemd zijn.

De “maximale hulpverlener” zijn de woorden die respondent 9 gebruikt om de specialist ouderengeneeskunde te beschrijven. Ook andere respondenten geven aan dat de specialist ouderengeneeskunde niet alleen medisch verantwoordelijk is, maar zich ook sterk betrokken voelt bij de patiëntenpopulatie en hun familie. Het beeld dat ontstaat na de interviews is dat specialisten ouderengeneeskunde betrokken zijn en zaken zo perfect mogelijk proberen te regelen. Men loopt vaak een stapje harder.

In de interviews komt naar voren dat de specialist ouderengeneeskunde enerzijds lef heeft, dapper is, om het gesprek aan te gaan met de patiënt of met de familie daarvan over het wel of niet ‘insturen’ (lees: naar een arts in het ziekenhuis verwijzen) van de patiënt of over de hoeveelheid behandeling die nog gegeven gaat worden. Gesprekken over zinnige zorg. Buiten gesprekken over medische behandeling lijkt de specialist ouderengeneeskunde niet altijd graag mee te praten over andere zaken. Een aantal respondenten (respondenten 3, 7 en 15) geeft aan dat het niet meer van deze tijd is om alleen maar de ‘eigen toko’ te draaien. Respondent 15 zegt: “wij leiden hier geen SO's op om verpleeghuis, artsen zijn om lekker op de afdeling een beetje te tutten. Wij leiden SO's op om op SO niveau iets te doen, inclusief al die andere dingen.” Ondanks dat ze daarbij aangeven dat een deel van de specialisten ouderengeneeskunde zich daar het prettigst bij voelt.

Twee bestuurders en enkele specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat het convenant rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde er eindelijk voor zou kunnen zorgen dat de artsen met de bestuurder om tafel willen (respondenten 3, 7 en 9). Zij schetsen een beeld van een sterke terughoudendheid als het gaat om praten over beleid.

## Niet iedereen alles

Op vragen over de rol van de specialist ouderengeneeskunde in het vormgeven van beleid, zoals ook in het convenant is beschreven, geven respondenten aan dat niet alle specialisten ouderengeneeskunde alles hoeven te doen. De verdeling van taken is gedeeltelijk gebaseerd op wat artsen leuk vinden, waar hun interesse ligt. Bij zaken waar iemand zich niet prettig bij voelt, kun je “uit de wind” (R10) gehouden worden. Maar, zegt respondent veertien, je kunt niet “in je kamertje blijven zitten en je eigen ding doen” en verwachten dat je schaal 80 krijgt, dan ben je niet een specialist ouderengeneeskunde van deze tijd. Dit wordt beaamd door respondent dertien die zegt: “... we verwachten wel van iedereen wat extra's. Je komt niet alleen dokterswerk doen, daar hoort wat bij.” Tegelijkertijd zegt respondent tien over de specialist ouderengeneeskunde die alleen dokterswerk wil doen: “maar je bent wel hard nodig, want we hebben ook die dokters nodig die alleen maar dat doen.”

Bestuurders onderschrijven deze ideeën. Het is de kunst om te kijken waar iemand blij van wordt, waar iemand competent in is en waar hij zich in wil door ontwikkelen, zegt respondent zes. Niet alle artsen hoeven in termen van management te denken. De reden daarvoor is volgens respondent vier: “die artsen

zijn ook niet arts geworden om zo te denken, hè, die willen gewoon één op één klanten helpen en goed helpen.”

## 6.2 Meer medisch

In het verpleeghuis wonen mensen die langdurige zorg nodig hebben. Het is van belang dat de bewoners zich prettig voelen op de plek waar ze het laatste deel van hun leven wonen. Welzijn en wonen zijn twee belangrijke woorden in het verpleeghuis. Er is ook een derde aandachtspunt en dat is het medische. Zoals een specialist ouderengeneeskunde in een nagesprek over bewoners van het verpleeghuis zei: “Ze zitten hier niet voor hun zweetvoeten.”

### Medische verantwoordelijkheid

Wat de specialist ouderengeneeskunde benadrukt is het feit dat ze medische eindverantwoordelijkheid draagt voor de patiënten in een verpleeghuis. Ook door de bestuurders wordt dit genoemd als een duidelijke scheiding tussen wat de arts doet en waar de verantwoordelijkheden van de bestuurder liggen. Een bestuurder zegt: “En ik denk ook wel dat het goed is dat er ruimte is voor die medische eindverantwoordelijkheid in de relatie tussen behandelaren en mijn cliënt. Daar moet ik helemaal niks mee te maken hebben?, dat is ook goed.” Deze uitspraak wordt door de andere twee bestuurders gedeeld.

Hoewel de bestuurders aangeven dat de medische eindverantwoordelijkheid bij de specialist ouderengeneeskunde ligt, geven een aantal respondenten aan dat er wel discussies zijn geweest over wat de specialist ouderengeneeskunde zou moeten doen om die verantwoordelijkheid te nemen. Zo zegt respondent 5 over de bestuurder:

*Ze vindt dat [het regelmatig wegen van bepaalde bewoners] niet passen bij mensen die hier wonen. Thuis ga je misschien ook niet elke maand op de weegschaal staan, dus zij strijdt voor dat mensen hier zo normaal mogelijk kunnen wonen, zoals ze thuis ook woonden. Nou daar sta ik ook achter. Alleen heb ik ook een zorg voor die mensen en dan heb je daar bepaalde dingen voor nodig.*

Respondent 5 herkent deze wijze van redeneren. In haar geval gaat het om het bijhouden van “def-lijsten” (defecatie-lijsten) van bewoners om in de gaten te houden of bepaalde medicatie niet voor obstipatie zorgt. Het argument van de bestuurder dat dit thuis ook niet gebeurt, kan betekenen dat de bestuurder het verpleeghuis ziet als een thuis waarin je bepaalde dingen niet doet. Tegelijkertijd kan het ook betekenen dat de bestuurder weinig kennis heeft van wat er, volgens de specialist ouderengeneeskunde, nodig is.

Zowel de bestuurder als de specialist ouderengeneeskunde geven aan dat er veel taken naar de verpleegkundig specialist en de basisarts gaan. Respondent 11 geeft aan dat dit al gebeurt en dat het een kwestie is van goed afstemmen:

*We hebben hier ook een aantal verpleegkundig specialisten en dat vind ik prima. Als de communicatie waar ik het net over had, goed geregeld is, kijk je als supervisant, als ouderendokter even mee bij de verpleegkundig specialist. Ga je mede behandelen, ga je het soms weleens overnemen? Ik denk dat dat echt heel goed geregeld is.*

Eén van de eerste geneeskundigen nuanceert de medische eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde:

*“Jij [JSR] zegt, de SO blijft eindverantwoordelijk, en daar kijk ik ook een beetje anders tegenaan. De eindverantwoordelijkheid is een ingewikkeld begrip, hè ... De VS [verpleegkundig specialist] en de basisarts mogen autonoom beslissingen nemen, die hebben gewoon een professionele autonomie.”*

In de interviews met specialisten ouderengeneeskunde is vaak genoemd dat de meer routinematige behandelingen door de verpleegkundig specialist en de basisarts worden gedaan en wanneer dat niet leidt tot achteruitgang is het aannemelijk dat de verpleegkundig specialist en basisarts daarvoor verantwoordelijkheid kunnen nemen. In het geval van een verkeerde diagnose en de achteruitgang van de patiënt, is het lastiger om te bepalen wie verantwoordelijk is.

Naar aanleiding van het delegeren van taken en de keuze om soms niet te behandelen zegt een bestuurder:

*En dat is voor medici die ook nog eens een hele grote verantwoordelijkheid hebben en daar zich ook iedere keer heel erg op bevraagd voelen, tot en met soms het tuchtcollege aan toe, is dat heel spannend om los te laten.*

Specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat medische verantwoordelijkheid soms tot dilemma's leidt wanneer patiënten of de familie van patiënten behandeling vraagt de arts de zinvolheid in twijfel trekt. Medische verantwoordelijkheid gaat ook over wat zinnige zorg is die meer gaat over kwaliteit van leven dan enkel over het verlengen van leven.

### **Medisch model**

Het medisch model houdt in dat er naar de bewoner gekeken wordt vanuit een medisch perspectief. Specialist ouderengeneeskundigen vertellen dat zij mensen zien die medische zorg nodig hebben, wat maakt dat zij in de interviews vaak spreken over patiënten. Wonden, ontstekingen en obstipatie vragen om een medische aanpak en de specialist ouderengeneeskunde draagt verantwoordelijkheid voor de keuze van de behandeling. Specialist ouderengeneeskunde denken vaak vanuit een “medisch model” zeggen twee bestuurders in de interviews, en uit hun opmerkingen daarover blijkt dat ze daar hun vraagtekens bij zetten. Bestuurders lijken te suggereren dat het medisch model op gespannen voet staat met ‘wonen’ en ‘welzijn’, twee begrippen waar het verpleeghuis zich mee lijkt te afficheren. Respondent 7 geeft echter aan dat het vooral op managementniveau zichtbaar is:

*juist die laag management daaronder, die zit daar nog heel erg in vast, dus het locatiemanagers niveau. Die kunnen nog wel eens in dat in dat medisch model verhaal blijven. Ja, die dan gewoon vinden dat de dokters zich veel te veel bemoeien met de mensen, die wonen hier gewoon en zeur niet zo.*

Ook respondent 10 zegt: “management zit wel heel erg op dat het bewoners zijn... mensen die wonen moet je echt een thuis bieden. En dan moet je ook weer niet een medisch model gaan gebruiken.”

Waar bestuurders de artsen soms verwijten dat zij denken vanuit een medisch model, geeft respondent 14, een specialist ouderengeneeskunde aan:

*Er is een diagnose en daar hoort dit plan bij en dit zijn nog eventuele behandelsuggesties vanuit wat er allemaal mogelijk is, maar het blijft op dat medisch domein. En daar komen wij met onze patiënten niet meer mee uit.*

De arts voegt daaraan toe dat het juist de specialist ouderengeneeskunde zijn die de brede blik hebben op wat de patiënt nodig heeft. Respondent 7 vraagt zich af: “ik snap niet zo goed waarom ik uitgescholden word voor het medisch model.” Specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat wat zij toevoegen ligt in het feit dat ze verder kijken dan louter het medisch model. Respondent 10 pleit: “Ja, er is nu veel meer aandacht voor het wonen en het welzijn. Maar goed als het medische maar niet vergeten wordt.” Het handelen van de specialisten ouderengeneeskunde kenmerkt zich door een combinatie van medisch, welzijn en wonen met aandacht voor de rol die de omgeving van de patiënt kan spelen hierin.

### **Tuchtrechter**

In het licht van de veranderingen die al plaatsvinden in het verpleeghuis is de vraag gesteld in hoeverre het tuchtrecht een rol speelt bij de keuzes die specialisten ouderengeneeskunde maken. Hoewel de artsen aangeven dat er geen angst is om voor de tuchtrechter te verschijnen, zijn ze allemaal bekend met de casus van een specialist ouderengeneeskunde die, zo wordt dit geïnterpreteerd door de respondenten, onder (te) hoge werkdruk een fout heeft gemaakt waarvoor zij is berispt. Een bestuurder (R12) zegt hierover: “Dus de angst voor de tuchtrechter die is er soms bij iedereen en daarin vindt men elkaar ook. Het verlangen om het, vanuit het eigen beroepsmatige perspectief heel goed te doen, daarin vindt men elkaar ook.” Een andere bestuurder (R4) beschrijft het als: “een soep die heter wordt, dat je zegt van: 'Goh, wanneer spring ik eruit, wanneer escaleer ik.', Wat ik zie in ons bedrijf is dat over het algemeen te laat geëscaleerd wordt.”

### **Medisch leiderschap**

Leiderschap is een onderwerp dat op verschillende manieren aan bod is gekomen in de interviews. Enerzijds gaat het over het leiderschap van de bestuurder en anderzijds over dat van de specialist ouderengeneeskunde. In dit onderdeel van de resultatensectie draait het om het leiderschap van de arts in het verpleeghuis, waarbij de arts onderdeel is van de vakgroep en niet deel is van een duaal management.

Zo zegt respondent 15: “We hebben CANMEDS-profielen. Daar zitten zeven onderdelen in. Daarvan is maar één medisch en zes zijn andere.” In één profiel staat vakinhoud centraal en daarnaast worden zes andere competenties benoemd. In geen van de competenties wordt leiderschap expliciet genoemd, maar respondent 10 zegt: “... dat hoor je ook wel steeds meer in onze opleiding. We moeten medisch leiderschap tonen, allemaal dat soort dingen, dat wordt soms wel bijna een soort mantra.” Een andere specialist ouderengeneeskunde die werkt als opleider en als eerste geneeskundige zegt:

*Maar waar ik wel heel erg die aios op stuur is op dit stukje, op dat medisch leiderschap en neem je positie. Want dat leren ze namelijk nergens. Kijk dat medische kunnen ze van iedereen leren, dat is niet zo interessant.*

Leiderschap is één van de competenties die de specialist ouderengeneeskunde zou moeten bezitten, maar of alle specialisten ouderengeneeskunde dit hebben, of zouden moeten hebben, staat ter discussie.

In een van de verpleeghuizen spreekt een specialist ouderengeneeskunde (R13) over een leiderschapstraject dat ingezet is waar specialisten ouderengeneeskunde en psychologen als eerste aan kunnen meedoen. Een andere specialist ouderengeneeskunde (R11) spreekt over de moeilijkheid om de functie van eerste geneeskundige in te vullen. Deze positie vraagt om een spil te zijn tussen de manager, bestuurder en de artsenvakgroep. Deze ervaren specialist ouderengeneeskunde geeft ook aan dat hij zelf moeite heeft gehad met de rol van Eerste Geneeskundige en dat hij blij is dat hij dit niet meer hoeft te doen. Bovendien moet een arts niet “meegezogen worden in de managementsfeer, dat is zonde van de

dokterscapaciteit.” Maar, volgens een Eerste Geneeskundige mag je wel verwachten dat een specialist ouderengeneeskunde: “iemand [is] die overstijgend op organisatieniveau mee moet kunnen” (R15).

Een bestuurder (R12) geeft aan dat de specialist ouderengeneeskunde een “professional” is, en moet gaan zijn. Volgens de bestuurder hoort daarbij dat deze gaat delegeren en sturen, maar dat is net iets waar ze niet voor opgeleid. Bovendien, vervolgt de bestuurder, is het een “verarming van het echte doktersvak.” Een andere bestuurder (R6) spreekt over de rol die specialisten ouderengeneeskunde in het verleden hadden waar ze fungeerden als extra afdelingshoofd, “zeker op plekken waar het middenmanagement niet helemaal lekker functioneert”, om te voorkomen dat ze anders “nog meer ellende” van zouden hebben. Tegelijk beschrijft deze bestuurder dat dit niet wenselijk is omdat de arts dan in een andere rol komt. Deze bestuurder ziet de specialist ouderengeneeskunde liever als een medisch specialist die verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar “eigen stuk.”

Samenvattend zien verschillende specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders wel ergens een rol weggelegd voor de arts om zich met bestuur en beleid bezig te houden, maar die rol is niet helder gedefinieerd. Een arts moet meepraten over beslissingen die genomen worden over zaken die de arts aangaan. Maar een arts moet vooral doen wat een arts moet doen en dat is zorg dragen en verantwoordelijkheid nemen voor de behandeling van patiënten.

### 6.3 Relatie, inspraak en verandering

In deze paragraaf wordt besproken op welke wijze de specialist ouderengeneeskunde zich verhoudt tot bestuurder in beleid, inspraak en verandering. Wat hier ook aan bod komt is het ‘Convenant rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde’ (Verenso et al., 2023) en de wijze waarop dit een rol speelt in het verpleeghuis.

#### **Specialist ouderengeneeskunde en bestuurder**

Uit de interviews ontstaat het beeld dat er in de onderzochte zorgorganisaties regelmatig overleg is tussen de specialisten ouderengeneeskunde en de bestuurder. Bij één van de organisaties is er ieder kwartaal overleg waarbij er steeds een andere delegatie en een vaste vertegenwoordiger vanuit de vakgroep aansluit. Afhankelijk van de onderwerpen die besproken worden de specialisten ouderengeneeskunde gekozen. Soms sluiten specialisten ouderengeneeskunde aan die net in dienst zijn zodat het gesprek ook kan dienen als een kennismaking. In de andere twee organisaties is er ook regelmatig overleg. In alle gevallen wordt gezegd dat de bestuurder goed bereikbaar is en dat ze als specialist ouderengeneeskunde geen drempel ervaren om zaken aan te kaarten.

Een kanttekening daarbij is dat in alle drie organisaties door specialisten ouderengeneeskunde een beeld wordt geschetst van hoe de situatie in het verleden was. Inbreng van specialisten ouderengeneeskunde werd toen niet gewaardeerd (R3, R7 en R12). Ook schetsen een aantal respondenten het beeld dat er in andere organisaties (mogelijk) niet altijd sprake is van een goede samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de bestuurder (o.a. R8, R13, R14 en R15).

#### **Covid19**

Een van de opvallende zaken uit de interviews is de aandacht voor de rol die Covid19 heeft gespeeld. Twee Eerste Geneeskundigen geven aan dat zij hun rol in een duaal bestuur hebben gekregen, of kunnen

nemen, door de rol die ze speelden ten tijde van de pandemie. Respondent 10 beschrijft de situatie als een crisis waarin de specialist ouderengeneeskunde wel een rol te spelen had, met als gevolg dat ze: “beter op de kaart [staan] bij de managers.” Datzelfde zegt respondent 3 die benoemt dat de specialisten ouderengeneeskunde een rol hadden in het geven van input aan de bestuurder wat een “boost heeft gegeven aan de samenwerking binnen de organisatie, dat ertoe heeft geleid tot in ieder geval inzicht en meer begrip voor elkaar.” Deze trend is ook waargenomen door de beleidsadviseur van ActiZ die opmerkt dat de bestuurder en de arts niet zonder elkaar konden, in het crisisteam zaten zowel artsen als bestuurders.

*door COVID is er echt wel een verandering in de organisatie doorgemaakt, dat ze ook hebben gezien dat wij gewoon inhoudelijk kundige mensen zijn die ook graag op een overstijgend niveau met ze meedenken. Dat we niet alleen maar behandelaren zijn die één op één contact hebben met patiënten, maar die ook een visie hebben over hoe we denken dat dingen goed geregeld kunnen worden binnen de organisatie en hoe je dat ook op een gezonde manier voor je organisatie kan doen (R7).*

De pandemie en de noodzaak tot samenwerking zorgt er ook voor dat er onder specialisten ouderengeneeskunde “het gevoel heerst alsof we eindelijk gehoord werden” (R3). Aan de kant van de bestuurders wordt de noodzaak van input beaamd. Respondent 12, bestuurder, zegt: “ook in de covid periode, daar werd het heel erg zichtbaar. Wij zijn zo afhankelijk geweest van [naam van de Eerste Geneeskundige van de zorgorganisatie].” Ook een andere bestuurder zegt:

### **Inspraak**

Als het gaat over inspraak geven verschillende specialisten ouderengeneeskunde aan dat ze graag mee willen denken, dat ze gehoord willen worden. De Eerste Geneeskundige (R15) van een zorgorganisatie zegt over haar vakgroep: “het zijn ambitieuze collega's die allemaal graag hun aandeel willen. Die dus ook echt graag vooraan willen meedenken niet als er achteraf iets bedacht is.” Wat daarvoor nodig is, heeft niet alleen met formele afspraken te maken, zegt respondent 5, je moet ook weten hoe de hazen lopen en waar en hoe je invloed kunt uitoefenen. De arts zou moeten weten hoe dat werkt op de plek waar hij of zij werkt. Respondent 7 geeft aan dat de inspraak van de specialist ouderengeneeskunde geborgd wordt door de rol van de Eerste Geneeskundige, maar maakt daar een kanttekening bij dat dit ook maakt dat de Eerste Geneeskundige niet meer helemaal onderdeel is van het team van specialisten ouderengeneeskunde.

Het overleg tussen de specialisten ouderengeneeskunde en de bestuurder kan altijd beter en gestructureerder zegt respondent elf, maar als het nodig is, weet ik mijn manager te vinden en als die niets voor mij doet, dan weet ik de directeur te vinden. De bestuurder kan hier wat aan hebben omdat de specialist ouderengeneeskunde “echt ziet wat er speelt” (R11).

De Eerste Geneeskundigen antwoorden uitgebreider in de interviews dan veel van hun collega specialisten ouderengeneeskunde. Een Eerste Geneeskundige (R3) benoemt dat dokters door managers soms gezien worden als “zeurders. We komen alleen maar met zeurverhalen en zorgen.” Maar, legt de ze uit, wanneer de specialist ouderengeneeskunde op tijd en regelmatig gehoord wordt, leidt dat ertoe een arts minder hard het gesprek aangaat. De ervaring gehoord te worden, zorgt ervoor dat artsen constructieve gesprekken aangaan. Als je steeds niet gehoord wordt, kiest een arts voor een stevigere insteek wat ertoe leidt dat het in de ogen van managers en bestuurders mogelijk ‘gezeur’ is.

Vanuit het gezichtspunt van de bestuurder is het veelal de Eerste Geneeskundige die zorgt voor inbreng. Ze omschrijven alle drie bestuurders de signalerende, maar ook adviserende rol. Een bestuurder noemt



het zelfs: “mijn eigen tegenmacht ... organiseren” (R6). In die organisatie heeft de Eerste Geneeskundige rechtstreeks toegang tot de Raad van Toezicht. Het is belangrijk dat er via de Eerste Geneeskundige veel inspraak is, zegt ook een andere bestuurder. Maar, voegt ze eraan toe, het zorgt er ook voor dat ze “minder doktert” (R12).

## **Taal**

In de interviews komt naar voren dat het belangrijk is dat de bestuurders en de specialisten ouderengeneeskunde elkaar moeten begrijpen. Er moet begrip zijn voor enerzijds het werk dat de artsen moeten doen en anderzijds voor het feit dat de bestuurder moet zorgen voor een financieel gezonde organisatie. De opvattingen daarover lijken weinig van elkaar te verschillen. Om ervoor te zorgen dat het begrip er is, moeten bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde dezelfde taal spreken. Wat in de interviews het meest genoemd wordt is dat artsen de taal van de bestuurder moeten leren spreken. Respondent 11 geeft aan dat er misverstanden zijn wanneer het niet duidelijk welke termen er gebruikt worden en wat ze betekenen. Dat maakt het lastig om verantwoording af te leggen naar bijvoorbeeld het zorgkantoor. Respondent 10 zegt: “Je kan het gewoon niet losknippen. Je hebt geld en je hebt zorg.” Artsen moeten kennis hebben van die processen, ook de financiële, want: “dat draagt bij aan de doelmatigheid” (R10).

Andersom zijn er weinig respondenten die uit zichzelf benoemen dat de manager of bestuurder ook de taal van de arts moet spreken. Wanneer daarnaar gevraagd wordt, lopen de antwoorden uiteen. Artsentaal, de taal van de professional, wordt vaak gelijkgesteld aan het uiten van kennis over de medische wetenschap. Specialist ouderengeneeskunde geven aan dat een bestuurder dat niet hoeft te hebben. Door interesse te tonen, of, in het geval van één zorgorganisatie, mee te lopen op verschillende afdelingen kan een bestuurder de relatie goed houden. Respondent 7 zegt dat ze het een lastige vraag vindt. Ze weet niet zo goed wat artsentaal is, maar ze geeft wel aan dat ze het goed met de bestuurder kon hebben over “visie” en “wat we eigenlijk belangrijk vinden.” Respondent 5 geeft iets soortgelijks aan: “Niet zozeer de taal. Nee, ik denk echt dat het gaat over dat je dat je bereid bent om te zoeken met elkaar.” Bovendien, zegt respondent 14: “ik denk dat een arts zich makkelijker kan aanpassen aan leken, omdat ie dat in zijn werk moet doen.”

## **Loyaliteit**

Op de vraag naar wie de respondenten zich loyaal voelen, worden verschillende antwoorden gegeven. Na doorvragen blijkt echter dat de verschillen minder groot zijn en dat het hooguit om een verschil in nadruk en verantwoordelijkheid gaat. De specialist ouderengeneeskunde geven duidelijk aan dat de bewoner, of in hun geval vaak: patiënt, degene is aan wie ze zich loyaal voelen. Voor deze personen spannen ze zich dagelijks in en ze zien zichzelf als een behartiger van hun belangen. In de discussie over wat zinnige zorg is, geeft de specialist ouderengeneeskunde aan dat zij “dapper” (R5) durven zijn en “lef” (R3) hebben, maar in de vraag naar wie de specialist ouderengeneeskunde loyaal moet zijn, is er geen twijfel. Zoals respondent tien zegt: “daarvoor ga je hopelijk geneeskunde studeren.”

De loyaliteit van de arts voert verder dan alleen het verpleeghuis. Met name de specialist ouderengeneeskunde die ook in de eerste lijn werken, geven aan dat de kwetsbare ouderen buiten het verpleeghuis, “in de regio”, de aandacht van de specialist ouderengeneeskunde verdienen. In de overwegingen van de specialist ouderengeneeskunde zijn deze ouderen, of mensen met een behoefte aan langdurige zorg, hun primaire zorg en zijn ze loyaal aan hun behoeften.

Dit neemt niet weg dat specialisten ouderengeneeskunde ook aangeven dat de organisatie waarvoor ze werken niet van belang is. Loyaliteit aan de organisatie heeft te maken met kansen die de organisatie voor de arts biedt, maar de loyaliteit wordt vooral uitgesproken omdat artsen het niet zien als het één of het ander. Er is loyaliteit naar de organisatie omdat deze ervoor kan zorgen dat er zorg geleverd kan worden aan de patiënt. Een respondent die aangeeft loyaliteit te voelen naar de organisatie, geeft aan dat ze daarmee ook loyaal is aan de patiënt. De patiënt zit “in de organisatie.” Zoals de al eerder genoemde respondent 10 zegt: “daarvoor [patiënt] ga je hopelijk geneeskunde studeren. Maar goed, ik denk wel in de loop van de tijd dat je, als je, als je wat langer werkt, dat je wat breder gaat kijken.”

Bestuurders geven vaker in eerste instantie aan dat ze zich loyaal voelen naar de organisatie. Na deze meer primaire reactie volgt vaak dat de organisatie ten dienste staat van de bewoner. Een van de bestuurders benoemt ook expliciet dat er een (gezamenlijke) verantwoordelijkheid ligt voor de ouderen in de regio. Hierbij stelt de bestuurder de vraag: “hoe houden we dat nou beschikbaar voor de bewoners, voor de burgers, in ons werkgebied. Dat is wel een diepere motivatie.”

### **Convenant**

Alle respondenten zijn bekend met het convenant rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde, maar ze hebben het niet allemaal gelezen. Geen van de respondenten heeft het convenant actief inzet in het gesprek met de bestuurder. De reden die bij alle drie organisaties werd opgegeven, vaak al voordat daar naar gevraagd werd, is dat het nu goed gaat. Inspraak en zeggenschap is “iets wat hier al gebeurt” (R15).

Er zijn een aantal specialisten ouderengeneeskunde dat aangeeft dat het goed is dat er een convenant is, maar het is dan vooral goed voor andere organisaties. Er zijn volgens respondent veertien wel verpleeghuizen waar geen overleg is tussen de specialisten ouderengeneeskunde en de Raad van Bestuur en voor deze organisaties zou het goed zijn om dan iets te gaan doen. Maar of het helpt om met een convenant iets af te dwingen betwijfelt een bestuurder: “Dus als het convenant nodig is om af te dwingen wat men wil bereiken, die inspraak, dan gaat dat nooit werken, want volgens mij gaat het uiteindelijk niet om die inspraak maar gaat het om een dieper liggend verlangen. Dat gaat over serieus genomen worden, over waardering” (R12).

## **6.4 Samenvattend**

Uit de resultaten zijn drie thema's te destilleren. Allereerst hebben respondenten aangegeven hoe ze de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde zien. Daarvoor beschrijven ze taken, rollen en andere kenmerken die de specialist ouderengeneeskunde heeft. Het middelste deel over de rol die 'medisch' speelt is een soort scharnierpunt. 'Medisch' is deel van de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde, maar met een apart hoofdstuk kan er voldoende aandacht gegeven worden aan medische verantwoordelijkheid, medisch model en medisch leiderschap. In het laatste deel van de resultaten gaat het specifiek over de wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde en de bestuurder samen de specialist ouderengeneeskunde identificeren en welke consequenties die heeft voor het (mee)denken in de organisatie.

## 7 Analyse

In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen uit het empirisch onderzoek verbonden aan de inzichten uit de literatuurstudie. Ik onderzoek de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde door te kijken naar haar taken en de rol die zij speelt en de macht die ze (daarover) heeft. Daarnaast laat ik zien in hoeverre de specialist ouderengeneeskunde autonomie heeft in het werk dat zij doet of geacht wordt te doen. In deze analyse laat ik tot slot zien op welke wijze de arts te duiden is als professional. Hierbij kijk ik naar welke logica's dominant zijn bij de specialist ouderengeneeskunde en bij de bestuurder en welke invloed dit heeft voor de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde als professional.

### 7.1 Wie is de specialist ouderengeneeskunde?

Om te bepalen wat de identiteit is van de arts, moeten een aantal aspecten van identiteit geanalyseerd worden. In deze paragraaf is er aandacht voor 'zelf', 'taak en verantwoordelijkheid' en verschillende soorten identiteit. Om inzicht te krijgen in die identiteit wordt daarnaast ook geanalyseerd hoe de verschillende logica's en professionaliteiten een rol spelen in die identificatie. In deze paragraaf wordt zichtbaar hoe verschillend de specialist ouderengeneeskunde en de bestuurder denken over de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde. De paragraaf wordt afgesloten met een antwoord op de vraag wat dit betekent voor de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde.

#### 7.1.1 Zelf

De eerste stap om geneeskunde te gaan studeren zou verklaard kunnen worden uit een persoonlijke voorkeur. Dat een bepaalde beroepsgroep, en wellicht ook studentengroep, bestaat uit louter dezelfde soort mensen die niet meer veranderen in de loop van hun carrière is echter een achterhaald idee (Watson, 2008). Mead stelt dat in ieder persoon een 'parliamentary of selves' (1934, geciteerd in: Pratt & Foreman, 2000) bestaat, wat het lastig maakt om te komen tot één essentieel, onveranderlijk aspect dat de keuze om arts te worden verklaart. Hoewel veel respondenten aangeven dat ze geneeskunde zijn gaan studeren vanwege hun interesse in het medische deel van het vak, betekent dat niet dat dit hun enige interesse is. Wanneer het gaat om de taken en verantwoordelijkheden geven de meeste specialisten ouderengeneeskunde aan dat ze ook graag andere dingen doen zoals het opzetten van een eerstelijnszorg, meepraten in het managementteam of zich specialiseren in de Wet Zorg en Dwang. Zelfs de Eerste Geneeskundigen die maar relatief weinig aan patiëntenzorg doen, identificeren zich nog als specialist ouderengeneeskunde. Brown (2022) laat zien dat die schijnbare tegenstelling past bij het 'identity work' dat de specialist ouderengeneeskunde moet doen in deze tijd. Identiteiten zijn niet coherent, maar juist fluïde. In de 'parliamentary of selves' strijdt de arts die patiënten wil zien met de arts die wil meedenken over de toekomst van de zorg in het verpleeghuis.

#### 7.1.2 Taken en bevoegdheden

Artsen ontlenen een deel van hun identiteit aan de taken en bevoegdheden die ze hebben, of toebedeeld hebben gekregen. Dit geeft hen positie, een formele plek in de hiërarchie, in de organisatie (Von Knorring et al., 2016). Hun taken bestaan uit het zien van patiënten, superviseren van basisartsen, collegiale consultatie met verpleegkundig specialisten en het leiden van het multidisciplinair overleg (mdo). Deze taken draaien allemaal om de medisch-inhoudelijk expertise van de arts. Daarbij komt dat de specialist ouderengeneeskunde medisch eindverantwoordelijk is voor de behandeling van patiënten in het verpleeghuis. Deze positie geeft de arts ook instrumentele macht zoals het voorschrijven van medicatie waarvan ze vindt dat het nodig is. Die beslissing mag een arts nemen omdat autonoom beslissen bij haar positie hoort (Von Knorring et al., 2016). Het feit dat een arts zich beroept op die taken en verantwoordelijkheden past in een professionele logica (Noordegraaf, 2017) waarin de arts is

gesocialiseerd. Dit maakt dat een specialist ouderengeneeskunde zich zal identificeren als een klassiek professional met een sterke inhoudelijke expertise. Dit beeld wordt niet alleen gecreëerd in de opleiding, maar ook binnen de organisatie door zowel de bestuurder als de specialist ouderengeneeskunde zelf; de specialist ouderengeneeskunde is ten eerste medicus.

### 7.1.3 Macht en ambigüiteit

Brown (2022) benadrukt daarbij hoe identiteit gevormd wordt in machtsprocessen. Echter, de specialist ouderengeneeskunde is geen weerloos slachtoffer van identificatie door de bestuurder, maar speelt ook zelf een rol hierin. Alvesson en Wilmott (2002, p. 621) schrijven: "We reject any suggestion that management is omnipotent in its definition of employee identity." Identiteitsconstructie is een complex proces met vele facetten waarbij het resultaat van de strijd tussen wat de persoon zelf wil zijn en wat zijn omgeving van hem verwacht tijdelijk van aard is (Ybema et al., 2009). In dit onderzoek komt dit naar voren in de discussie over het medicus zijn. Zowel bestuurder als specialist ouderengeneeskunde erkennen de 'medische identiteit' van de arts, maar de bestuurder verwacht ook van de arts dat zij ook denkt als, en de taal spreekt van de manager. Sommige specialisten ouderengeneeskunde vinden die rol ook prettig, ze geven aan dat een deel van de routinematige zorg saai is. Andere artsen hebben de indruk dat ze bekritiseerd worden wanneer ze benadrukken dat zij er zijn voor het medische deel van de taken in het verpleeghuis.

Het hebben van een bepaalde rol betekent dat daar instrumentele macht bij hoort, maar dat betekent niet dat die macht niet ter discussie kan staan. Bij het bepalen van de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde komt meer kijken dan alleen het aanwijzen van een positie in het organogram. Wanneer we Browns redenering volgen over de wijze waarop machtsprocessen een rol spelen, hebben de bestuurder en de specialist ouderengeneeskunde beiden invloed op de wijze waarop de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde wordt geconstrueerd. Foucault (in: Brown, 2022, p. 1216) analyseert het individu als onstaand uit machtsrelaties "that systematically form the objects of which they speak." Wanneer een respondent aangeeft dat ze niet uitgescholden wil worden voor medisch model (R7) dan laat dat zien hoe haar identiteit op dat moment gevormd wordt.

De macht van de bestuurder uit zich op het moment dat ze aangeeft dat er nog best heel veel behandeling wordt gegeven in de laatste levensfase. Met die opmerking begeeft de bestuurder zich op het medisch inhoudelijk terrein. De macht die de specialist ouderengeneeskunde heeft om voor behandeling te kiezen wordt ter discussie gesteld. Hiermee creëert de bestuurder een dilemma voor de specialist ouderengeneeskunde, namelijk dat ze enerzijds medisch specialist moet zijn, maar dat ze anderzijds niet te veel medisch moet denken en doen. Deze opmerking laat zien dat de arts door de bestuurder niet gezien wordt als louter klassiek professional, maar dat er iets anders of iets meer wordt verwacht. De specialist ouderengeneeskunde ervaart op deze wijze ambigüiteit als het gaat om welke logica voor haar geldt.

De interviews maken duidelijk dat er verschillende actoren en processen spelen waarin specialisten ouderengeneeskunde en de bestuurder samen werken aan de constructie van de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde. Jenkins (1994, p. 199) beschrijft dat een identiteit wordt geconstrueerd in "the meeting of internal and external definition." In het geval van de specialist ouderengeneeskunde betekent het dat de artsen zelf een identiteit voor de eigen groep construeren, intern, en dat de bestuurders ook een identiteit construeren voor de specialisten ouderengeneeskunde, extern. Wanneer deze twee beelden sterk van elkaar verschillen kan dit leiden tot onduidelijkheid over identiteit. Wie heeft

er gelijk, wiens opvatting telt zwaarder. Daarbij kan een deel van die ambiguïteit weggenomen worden door de opvatting over identiteit expliciet te maken of om ze te vergelijken met andere identiteiten. “Identities emerge through the articulation of similarities and differences” schrijven Ybema et al. (2009, p. 306). Een van de eigenschappen van de specialist ouderengeneeskunde die naar voren kwam in de interviews was dat specialisten ouderengeneeskunde zichzelf zagen als dapper. Specialisten ouderengeneeskunde hebben het lef om moeilijke gesprekken te voeren met patiënten en hun familie. Dit beeld lijkt bij de bestuurders niet te leven. Zij redeneren mogelijk dat specialisten ouderengeneeskunde geen lef hebben omdat ze zich nog steeds richten op (veel) behandeling.

De specialist ouderengeneeskunde onderscheidt zich bijvoorbeeld van artsen in het ziekenhuis omdat zij zich veel minder richten op (alleen) medische behandeling. Bestuurders hebben mogelijk nog het idee dat specialist ouderengeneeskunde ook werken alsof zij ziekenhuisarts zijn, terwijl het al eerder genoemde mdo juist onderscheidend is in wat de specialist ouderengeneeskunde doet. De “brede blik” (R8, 10, 11, 14) waarmee naar de patiënt gekeken wordt en de samenwerking met (para)medici is wat de specialist ouderengeneeskunde anders maakt. Multidisciplinair overleg is de manifestatie van de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde.

#### 7.1.4 Professional

Wanneer de arts zichzelf identificeert als een professional met een brede blik die bovendien in samenspraak, of ten minste op basis van informatie van anderen, komt tot een inhoudelijke afweging over de keuze voor behandeling dan wijkt dit af van wat omschreven wordt als klassiek professional. Die omschrijving gaat over een arts die gericht is op een specifieke casus waarvoor technische kennis en vaardigheden nodig zijn, waarvoor heldere standaarden zijn en waar training en codes een rol spelen. Edwards noemt dit: “distributed expertise” wat zich kenmerkt door “[p]rofessionals work in and between work settings and engage with other specialist practitioners and with clients to negotiate interpretations of tasks and ways of accomplishing them” (2011, p. 33). Specialisten ouderengeneeskunde hebben te maken met patiënten met een complexe zorgvraag waarbij voor de oplossing verschillende mensen, medisch en niet-medisch, moeten samenwerken. Zoals specialisten ouderengeneeskunde aangaven is het medisch model niet toereikend voor hun patiëntenpopulatie. Het is de taak voor de specialist ouderengeneeskunde om de verschillende expertises te combineren en om zo te komen tot de keuze voor de juiste behandeling, of om te komen tot de beslissing om niet te behandelen. In het uitvoeren van die taak komt bovendien een extra verantwoordelijkheid om de basisartsen te begeleiden zodat zij het in de toekomst kunnen leiden. De omschrijving van deze werkwijze heeft sterke gelijkenissen met wat Noordegraaf beschrijft als de “connective professional” (2020, p. 212).

Er ontstaat nu een ingewikkelde situatie. De bestuurder waardeert de specialist ouderengeneeskunde om haar kennis en expertise, maar verwacht dat de arts minder vanuit die professionele logica gaat kijken. Er moet meer aandacht zijn voor wonen en welzijn dan voor behandeling. De bestuurder kiest deze positie enerzijds omdat de kwaliteit van leven van de cliënt ook bij de bestuurder voorop staat, maar anderzijds is behandeling duur en dat past mogelijk niet in de begroting van de zorgorganisatie. Het denken vanuit deze prestatie logica is legitiem, en wordt ook erkend door de specialisten ouderengeneeskunde in het onderzoek, omdat de zorgorganisatie een sluitende begroting moet hebben. Nu de specialist ouderengeneeskunde erbij betrokken wordt, vraagt dat niet alleen dat ze, als professional, interdisciplinair werken als het gaat om de gezondheid van hun patiënten, maar ook dat ze zich bewust zijn van een interdisciplinaire setting waar cliënten, kosten en mogelijkheden van elkaar afhankelijk zijn (Noordegraaf, 2007, p775).

Wat volgt uit de aandacht voor het prestatiedenken is dat “Professionals must prove their added value” (Noordegraaf, 2007, p. 763). Een specialist ouderengeneeskunde moet een samenleving die de stijgende kosten van de ouderenzorg straks niet kan of wil betalen, of een bestuurder die ook geld moet uitgeven aan zorg, wonen en welzijn voor de bewoner kunnen uitleggen wat zij doen. De toegevoegde waarde ligt in de medische expertise van de specialist ouderengeneeskunde. Wat daaraan toegevoegd wordt is echter een bewustzijn van kosten en mogelijkheden. De bestuurder verwacht van de specialist ouderengeneeskunde dat zij een hybride professional is die zowel professioneel als in termen van prestatie kan denken.

## 7.2 Zinnige zorg

In de interviews met de specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders wordt de term ‘zinnige zorg’ gebruikt. De bestuurder betreedt hiermee het terrein van de arts door zich af te vragen of de zorg zoals deze geleverd wordt door de arts wel zinvol is, wat een medisch inhoudelijk vraag is. Noordegraaf (2020) stelt dat het voor de klassieke professional van belang is dat hun kennis, expertise en autonomie gewaarborgd blijft. Het beschermt hen tegen de druk die vanuit de prestatie logica op hen gelegd wordt. Met vragen over ‘zinnige zorg’ wordt niet alleen een inhoudelijke vraag gesteld, de autonomie van de arts is hiermee ook in het geding. De toename van rol van management en de nadruk op marktwerking en efficiëntie wordt door sommigen gezien als een uitholling van de medische professionaliteit (Waring & Currie, 2009). Boon, Flood en Webb (2005, p. 474) zijn stelliger wanneer ze zich afvragen “[i]f control over knowledge is lost, what happens to power?”

### 7.2.1 Autonomie

Autonomie is een ander kenmerk van de klassieke professional. Noordegraaf (2020) beschrijft dit als de macht om onafhankelijk beslissingen te nemen over een bepaald terrein waarbij er geen interferentie is door anderen. Autonomie wordt vaak gebruikt als een concept om te laten zien hoe vrij de professional is in het plannen en uitvoeren van hun werk (Freidson in: Waring & Currie, 2009). Dit slaat dus enerzijds de sociale organisatie van werk alsook op de technische, in dit geval medische, inhoud van het werk (Waring & Currie, 2009). De klassieke professional kenmerkt zich dus door inhoudelijke expertise met daarbij behorende instrumentele macht om onafhankelijk beslissingen te nemen. Volgens Waring en Currie is er reden om aan te nemen dat de autonomie op basis van de inhoudelijke expertise van de professional nog wel enigszins gewaarborgd blijft, maar voor de autonomie in de organisatie van het werk is dit ten eerste de vraag.

Autonomie staat onder druk omdat van specialisten ouderengeneeskunde lijkt te worden verwacht dat zij een meer hybride rol (Noordegraaf, 2007) aannemen en ook denken vanuit prestatie logica (Noordegraaf, 2017). Dit komt tot uiting in de gesprekken die specialisten ouderengeneeskunde hebben met patiënten over de afwegingen bij behandeling. Behandeling kan betekenen dat er een risico is op verminderde kwaliteit van leven voor de patiënt, in feite is dit een discussie over ‘zinnige zorg’. Om een inschatting te maken heeft de arts andere (para)medici geraadpleegd of is de situatie in het mdo ter sprake gekomen. Vervolgens speelt de specialist ouderengeneeskunde de rol van “navigator”, waarbij ze niet louter leunt op professionele expertise, maar juist met de patiënt navigeert door een landschap van risico’s en onzekerheden (Lidskog & Löfmarck, 2015, p. 157). Een arts maakt deze afweging in het belang van de patiënt, die tot op zekere hoogte beslist over behandeling, maar onderzoekt ook, op basis van eigen expertise, of behandeling redelijkerwijs iets ‘oplevert.’ Zorg en behandeling die geld kosten, maar geen, of buitengewoon minimaal effect hebben op de gezondheid en/of het welzijn van de patiënt worden door de arts sterk afgeraden. In deze keuzes combineert de arts de taak om ‘klantgericht’ te zijn, om



efficiënt te werken voor de organisatie én om medisch-inhoudelijk te vertrouwen op eigen expertise. Het frame van de specialist ouderengeneeskunde als klassieke professional past hier niet, deze werkwijze komt meer overeen de eigenschappen van wat Noordegraaf de “connective professional” noemt (2020).

### 7.2.2 Leiderschap

Autonomie gaat over het zelfstandig, onafhankelijk beslissingen mogen nemen, en het gaat ook over ‘agency’; de mate waarin een individu zeggenschap heeft. In veel interviews is gesproken over leiderschap en in het bijzonder medisch leiderschap. Zowel bestuurder als specialist ouderengeneeskunde spreken over het nemen van leiderschap, maar zelden over wat dat precies inhoudt. Leiderschap wordt soms ook gebruikt om de term ‘management’ te vermijden (Alvesson & Spicer, 2012; Berghout et al., 2018; Spurgeon et al., 2015). “On the whole individuals do not feel positive about being “managed”, associating it with bureaucracy and control” Aan de andere kant kan het nemen van medisch leiderschap een manier zijn “to protect medical professionalism from managerial ‘encroachment’” (Berghout et al., 2018, p. 68). Wanneer artsen deel worden van het management team hebben ze mogelijk een rol bij het nemen van besluiten.

Een functie van het stimuleren van leiderschap kan zijn dat artsen voorlopen bij nieuwe beleidsinitiatieven, om op die manier iedereen er verantwoordelijkheid voor te geven en er een gezamenlijk doel van te maken (Berghout et al., 2018). Op deze wijze wordt leiderschap een middel om (publieke) doelen te bereiken die gestoeld zijn op ‘new public management’ (O'Reilly & Reed, 2010) en deze doelen dus meer te beredeneren vanuit de prestatie logica (Noordegraaf, 2017).

Het is nog steeds onduidelijk wat dit ‘medisch leiderschap’ betekent voor de taken van de specialist ouderengeneeskunde. Het eenvoudigweg ‘identificeren’ van een arts als medisch leider, is niet voldoende als niet duidelijk wordt waarover of aan wie iemand leiding geeft. Alvesson en Spicer (2012) schrijven dat leiderschap gepresenteerd wordt als een oplossing voor vrijwel ieder probleem, om het even in welke context. Een van de bestuurders zegt dat de arts verantwoordelijkheid moet nemen voor het medische deel, de rest doet zij. Deze uitspraak klinkt meer als een bevestiging van de rolopvatting van de klassieke professional die zich louter met de zorg voor de patiënt bemoeit, dan een hybride professional (Noordegraaf, 2007) die ook rekening houdt met waarden uit de prestatie logica als betaalbaarheid en efficiëntie (Noordegraaf, 2017).

De term leiderschap is onduidelijk, veelvormig en het is onduidelijk wat het doel is van leiderschap. Spurgeon et al. (2015) beargumenteren dat het wellicht beter is om te kijken naar medische engagement. Zij beschrijven dit als iets dat tussen mensen ontstaat waarbij iemand gemotiveerd is en betrokken bij een veelheid van taken en in diverse settings. In een onderzoek naar medisch engagement in het Verenigd Koninkrijk is bovendien één van drie premissen dat artsen een actieve en positieve bijdrage leveren om de prestaties van de organisatie te behouden of te versterken (Spurgeon & Klaiber (2011) in: Spurgeon et al., 2015). In dit onderzoek naar de rol van medisch engagement komt naar voren dat medisch leiderschap dit kan versterken door te werken aan goede interpersoonlijke relaties, waarbij het helpt als er continuïteit is. Verder draait het om de juiste mensen op die positie, niet per definitie de arts met de meeste senioriteit. Dit vraagt om een subtiele verschuiving in wat men van artsen verwacht, niet langer is alleen een excellente arts zijn het belangrijkste (Bohmer (2012) in: Spurgeon et al., 2015).

Wat van specialisten ouderengeneeskunde verwacht wordt, lijkt te verschillen tussen bestuurder en arts. Over de autonomie van de arts op het medisch-inhoudelijk terrein lijkt men het eens, maar het is niet duidelijk wie er leidend is in het aanpakken van de implicaties die deze autonomie van de artsen tot gevolg

kan hebben. Medische keuzes staan niet op zichzelf, ze hebben gevolgen voor de organisatie en financiën van de zorgorganisatie. Wie dit leiderschap op zich gaat of moet nemen is niet bekend, maar de eigenschappen die deze persoon moet hebben, lijken goed te vangen in de omschrijving van de “connective professional” (Noordegraaf, 2020). Noordegraaf beschrijft deze als een professional die aandacht heeft voor het proces van besluitvorming, zich bewust is van onderlinge afhankelijkheid om gezamenlijk beslissingen te nemen en daarvoor omstandigheden creëert die ondersteunend zijn. Om dat te kunnen doen moet de specialist ouderengeneeskunde wel de ruimte krijgen om te navigeren in risico’s, onzekerheden en dilemma’s en waarbij zij haar professionaliteit kenbaar maakt, en erkend wordt, in relatie met zowel haar patiënten alsook met de bestuurder.

### 7.2.3 Eerste geneeskundige

Berhout et al. (2017) beschrijven dat het voor medische leiders van groot belang is dat ze erkend worden door de (collega-)artsen. Zij krijgen te maken met strijdende logica’s, ambiguïteit in hun rol en een gebrek aan tijd. Toch stellen veel auteurs dat juist die medische leiders de brug kunnen vormen tussen de professionele, medische, logica en de managementlogica (Berghout et al., 2017; Berghout et al., 2018; Noordegraaf et al., 2016; Witman et al., 2011). Van een Eerste Geneeskundige wordt verwacht dat ze zowel formeel als informeel medisch leiderschap tonen. Uit de interviews blijkt dat de medische achtergrond van de Eerste Geneeskundige gewaardeerd wordt en gezien wordt al een meerwaarde. Dit komt overeen met wat Berghout et al. analyseren in hun literatuur review (Berghout et al., 2017).

Wat medisch leiderschap precies is, blijft onduidelijk. Ook de systematische literatuur review van Berghout et al. (2017) geeft geen uitsluitsel. Wat het wel doet is het beschrijven van een aantal vaardigheden die iemand met medisch leiderschap zou moeten hebben. In 21 van de 34 artikelen wordt gesproken over vaardigheden. In die artikelen gaat het over een combinatie van de volgende vaardigheden: “colaborative”, “empowering”, “communication”, “networking”, “listening”, “resolving conflict”, “bridge management and medicine” en “lead change”. In de interviews met de specialisten ouderengeneeskunde komen deze vaardigheden ook naar voren als het gaat om het invullen van hun eigen rol en die van de Eerste Geneeskundige in het bijzonder.

Wanneer de vaardigheden die Berghout et al. (2017) beschrijven naast de eigenschappen de connective professional worden gelegd, is te zien dat er veel overeenkomsten zijn. De connective professional werkt verbindend, maakt in gezamenlijke afhankelijkheid beslissingen, creëert daarvoor de juiste ondersteunende omstandigheden en navigeert zodoende langs risico’s en onzekerheden (Noordegraaf, 2020).

## 7.3 Samenvattend

Uit de interviews met respondenten blijkt dat er geen eenduidig beeld is van hoe de specialist ouderengeneeskunde geïdentificeerd wordt. Er zijn verschillen tussen de artsen in de mate waarin ze zich richten op het medische aspect van hun werk, welke (inhoudelijke) interessegebieden ze hebben en hoe ze hun rol zien in de organisatie. De bijzondere positie van de Eerste Geneeskundige laat ook zien hoe positie invloed heeft op identiteit. Het identity work perspective (Brown, 2022) helpt om dit analytisch te beschouwen in plaats van normatief. Volgens Brown is het identiteit iets dat fluïde is, zelden coherent en geconstrueerd wordt in machtsrelaties.

Daarnaast laten de resultaten zien hoe de professionaliteiten een kader bieden om te kijken naar de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde. Zowel bestuurders als specialisten ouderengeneeskunde verwachten meer dingen van de specialist ouderengeneeskunde dan in de omschrijving van de klassieke, protective, professional is beschreven (Noordegraaf, 2007; Noordegraaf, 2020). Zowel het 'medisch model' als 'medisch leiderschap' zorgen voor ambiguïteit en daardoor ook verschillen van inzicht tussen de respondenten.

## 8 Conclusie

Dit onderzoek probeert antwoord te geven op de vraag hoe bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde samen de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde construeren. Daarnaast laat het zien wat die identiteit betekent voor het werk van de specialist ouderengeneeskunde. Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat er verschillende opvattingen bestaan over wat de identiteit is van de specialist ouderengeneeskunde. Aan de hand van de professionele logica's en de verschillende ideeën over professionaliteit heb ik laten zien welke implicaties dit heeft voor de positie van de specialist ouderengeneeskunde in de zorgorganisatie.

### 8.1 Moderne arts

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat er verschillende beelden leven van wie de specialist ouderengeneeskunde is. Bestuurders schilderen de arts soms af als klassieke professional die denkt in medische termen en vooral wil behandelen. Haar medische expertise wordt niet in twijfel getrokken, haar denken in medische termen wel. Tegelijkertijd vraagt de bestuurder de specialist ouderengeneeskunde om zich op te stellen als een hybride professional die meedenkt in de organisatie, zich bewust is van de betaalbaarheid van de zorg en de kosten van behandeling.

De specialist ouderengeneeskunde beroept zich op haar medische kennis als legitimering van haar positie in de organisatie. Ze herkent zich niet in het 'medisch model', sterker nog, een van de respondenten (R7) beschouwt het als een scheldwoord. Het medisch denken is maar een klein deel van het werk dat de specialist ouderengeneeskunde doet. Ze heeft juist een bredere blik op de multimorbiditeit van de patiënten in het verpleeghuis en dat komt tot uiting in de multidisciplinair benadering waar de specialist ouderengeneeskunde de regie over voert.

De specialist ouderengeneeskunde is een voorbeeld van een verbindende professional met een klassieke scholing die zich bewust is van de (financiële) opgave die eraan zit te komen. Dat betekent echter niet dat de oplossing al gevonden is. Bestuurders en Eerste Geneeskundigen lijken de krapte en financiële zorgen al meer te voelen.

### 8.2 Medisch leiderschap

Bestuurders verwachten dat specialisten ouderengeneeskunde (medisch) leiderschap nemen. Dat lijkt te gaan over meedenken over 'het medische' enerzijds, maar soms ook over de organisatie van het werk anderzijds. In het eerste geval past het nemen van leiderschap in het plaatje van de 'klassieke professional', in het tweede geval is het onderdeel van wat een hybride professional doet. Bestuurders, specialisten ouderengeneeskunde maar ook VerenSo bieden weinig helderheid.

Het is daarnaast ook niet helder of dat een formele rol voor bijvoorbeeld de Eerste Geneeskundige is, of dat het een "intrinsic component of physician's daily work" is (Noordegraaf et al., 2016). Het antwoord op die vraag is afhankelijk van de vraag aan wie en waarover de specialist ouderengeneeskunde leiding geeft.

### 8.3 Autonomie en autoriteit

Een belangrijke vraag in de wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde en de bestuurder werken gaat over de autonomie en de autoriteit die de specialist ouderengeneeskunde heeft. Er is een maatschappelijke discussie gaande over de rol die de verzekeraar heeft bij het bepalen van welke zorg een patiënt krijgt, maar binnen het verpleeghuis is het de bestuurder die hierin stuurt. Medisch

inhoudelijk heeft de arts het voor het zeggen, maar als het gaat om de verdeling van de middelen dan is het onduidelijk hoeveel inspraak de arts heeft. Uit de interviews blijkt niet dat specialisten ouderengeneeskunde al weten welke rol daarin voor hen is weggelegd. Ook VerenSo geeft in het beleidsdocument 'Specialist ouderengeneeskunde 2030' (2021) aan dat meepraten moet gaan over medisch beleid, maar waar dit begint en ophoudt zou voorwerp van discussie moeten zijn.

## 9 Discussie

Dit onderzoek is opgezet om het te hebben over een recent gesloten convenant over professionele inspraak. In de eerste interviews bleek al snel dat inspraak geen onderwerp van gesprek was bij specialisten ouderengeneeskunde en bestuurders in de zorgorganisaties. Er zijn hier een aantal redenen voor. De eerste, meest voor de hand liggende reden, is dat inspraak goed geregeld is of dat er geen behoefte is aan (meer) inspraak. De tweede reden kan zijn dat de personen waar ik mee gesproken heb zich op andere momenten ook (durven) uitspreken en dat zij dus geen afspiegeling zijn van de gehele populatie specialisten ouderengeneeskunde. De verkregen resultaten weerspiegelen immers slechts de opvattingen van een selecte groep specialisten ouderengeneeskunde en de bestuurders van drie organisaties. Uit informele gesprekken met andere specialisten ouderengeneeskunde heb ik begrepen dat er ook een groep artsen is die een terughoudende positie innemen als het gaat om het nemen van (medisch) leiderschap of die nog niet zo ver zijn in het kritisch kijken naar de hoeveelheid behandeling.

De resultaten van dit onderzoek zeggen iets over de personen die ik gesproken heb en over de organisaties waar zij werken. De beelden die zij schetsen laten een groep professionals zien die zich bewust is van de veranderingen die er nodig zijn. Ze laten zien dat er bereidheid is om met elkaar na te denken over de beste, goede of optimale zorg voor een groep kwetsbare ouderen. Hoewel de primaire zorg van de bestuurder gaat over de eigen organisatie, net zoals de specialist ouderengeneeskunde zich eerst richt op de eigen patiënt, is de blik ook gericht naar buiten de organisatie. De bestuurder kijkt naar hoe de 'eigen' specialisten ouderengeneeskunde ingezet kunnen worden in de eerstelijnszorg en de specialist ouderengeneeskunde zoekt naar hoe zij die rol moet invullen. Het verschil tussen bestuurder en specialist ouderengeneeskunde is misschien dat de laatste de zorgorganisatie niet nodig heeft om van betekenis te zijn.

De specialisten ouderengeneeskunde passen niet in de ideaaltypes die Noordegraaf (2007; 2020) in zijn theorie beschrijft, maar dat hoeft ook niet. De professionaliteiten dienen als kader om naar de werkelijkheid te kijken. Het is duidelijk dat de specialist ouderengeneeskunde kenmerken heeft van de klassieke professional die expertise heeft, autonomie nodig heeft en autoriteit uitstraalt. Bovendien is het beroep van arts nog steeds beschermd, worden er eisen gesteld aan de manier van werken en is er het eigen tuchtrecht als het niet goed gaat. Maar de specialist ouderengeneeskunde werkt ook in een organisatie en voelt loyaliteit om het werk zo goed mogelijk te doen binnen de (financiële) kaders die er zijn. Nadenken over zinnige zorg is ook nadenken over wat betaalbaar is en wat kwaliteit oplevert voor de patiënt.

Tot slot werkt de specialist ouderengeneeskunde al jaren in een team met collega-artsen, paramedici en verpleegkundigen. In multidisciplinaire overleggen worden gezamenlijke beslissingen genomen en is de blik niet alleen gericht op medicatie en behandeling. De specialist ouderengeneeskunde heeft kenmerken van alle drie professionaliteiten en is daarmee een moderne professional.



## 10 Aanbevelingen

In lijn met het Convenant, waar mijn eerste interesse in dit onderzoek begon, zou ik de specialisten ouderengeneeskunde en de bestuurders aanbevelen om met elkaar in gesprek te blijven. Uit de antwoorden van de respondenten wordt duidelijk dat er regelmatig overleg is, maar dit onderzoek biedt wellicht enkele gespreksthema's.

Het eerste thema dat ik wil aanreiken is het begrip 'medisch'. Er lijkt onduidelijkheid te zijn tussen bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde wat verstaan wordt onder medisch. Specialisten ouderengeneeskunde hebben de indruk dat de specialisten ouderengeneeskunde zich bezighouden met veel meer dan medisch. Bij bestuurders lijkt het beeld te leven dat zij nog steeds heel veel 'medisch' doen. Is alles wat een arts doet automatisch 'medisch'? Maakt de specialist ouderengeneeskunde onvoldoende duidelijk hoe zij ook aandacht besteedt aan wonen en welzijn?

In het verlengde van 'medisch' gaat het tweede thema dat ik wil aanreiken over 'medisch leiderschap'. Hier zijn twee begrippen die verduidelijking vragen. Over 'medisch' heb ik zojuist geschreven. Ik zou er enkel aan willen toevoegen dat het in dit gesprek belangrijk is om niet alleen te zoeken naar de grens van wanneer iets zo genoemd kan worden, maar om ook aandacht te hebben voor hoe andere zaken het 'medische' beïnvloeden. Het tweede begrip, leiderschap, is een "Humpty-Dumpty" woord (Carroll, 2019) uit Alice in Wonderland:

*'When I use a word', Humpty Dumpty said, in rather a scornful tone, 'it means just what I choose it to mean - neither more nor less.'*

*'The question is whether you can make words mean so many different things.'*

*'The question is', said Humpty Dumpty, 'which is to be master - that's all.'*

Mijn aanbeveling hier is om met elkaar in gesprek te gaan wat leiderschap is. Wie is 'master' van de betekenis van het woord? Wie of wat wordt er geleid? Waarover gaat leiderschap? Op welke manier beïnvloedt dit 'medisch leiderschap' het werken binnen de organisatie?

## Literatuur

### References

- Alvehus, J., Avnoon, N., & Oliver, A. L. (2021). 'It's complicated': Professional opacity, duality, and ambiguity—A response to Noordegraaf (2020). *Journal of Professions and Organization*, 8(2), 200-213.
- Alvesson, M., & Spicer, A. (2012). Critical leadership studies: The case for critical performativity. *Human Relations*, 65(3), 367-390.
- Alvesson, M., & Sveningsson, S. (2008). *Changing organizational culture: Cultural change work in progress*. Routledge.
- Alvesson, M., & Willmott, H. (2002). Identity regulation as organizational control: Producing the appropriate individual. *Journal of Management Studies*, 39(5), 619-644.
- Angenent, F., & Bisschops, L. (2017). *Het verpleeghuis is het einde!*. Het verpleeghuis is het einde!
- Berghout, M. A., Oldenhof, L., Fabbricotti, I. N., & Hilders, C. G. J. M. (2018). Discursively framing physicians as leaders: Institutional work to reconfigure medical professionalism. *Social Science & Medicine*, 212, 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.013>
- Berghout, M. A., Fabbricotti, I. N., Buljac-Samardžić, M., & Hilders, C. G. (2017). Medical leaders or masters?—A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PloS One*, 12(9), 1-24.
- Biddle, B. J. (1986). Recent developments in role theory. *Annual Review of Sociology*, 12(1), 67-92.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (3rd ed.). Boom uitgevers.
- Boon, A., Flood, J., & Webb, J. (2005). Postmodern professions? The fragmentation of legal education and the legal profession. *Journal of Law and Society*, 32(3), 473-492.

- Borst, H. (2017). *Ach, moedertje*. Overamstel Uitgevers.
- Bos, T. (2015). *Stil in mijn hoofd*
- Brown, A. D. (2015). Identities and identity work in organizations. *International Journal of Management Reviews*, 17(1), 20-40.
- Brown, A. D. (2022). Identities in and around organizations: Towards an identity work perspective. *Human Relations*, 75(7), 1205-1237.
- Burman, E. (2004). Boundary objects and group analysis: Between psychoanalysis and social theory. *Group Analysis*, 37(3), 361-379.
- Capaciteitsorgaan. (2023). *Infographic Specialist Ouderengeneeskunde*. Utrecht: Capaciteits Orgaan.  
[https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/20221128\\_so\\_infogr\\_DEF.pdf](https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/20221128_so_infogr_DEF.pdf)
- Carroll, L. (2019). *Alice in wonderland*. Flame Tree Publishing.
- CBS. (z.d., z.d.). *Ouderen*. CBS. Retrieved 05-02-2024, from <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen#:~:text=Op%201%20januari%202023%20telt,van%20de%20inwoners%2065%2Dplus.&text=Er%20zijn%20%20728%20550,en%20872%20617%2080%2Dplussers>.
- Conroy, S. A., & O'Leary-Kelly, A. M. (2014). Letting go and moving on: Work-related identity loss and recovery. *Academy of Management Review*, 39(1), 67-87.
- Cooley, C. H. (1902). Looking-glass self. *The Production of Reality: Essays and Readings on Social Interaction*, 6, 126-128.
- Currie, G., & Spyridonidis, D. (2016). Interpretation of multiple institutional logics on the ground: Actors' position, their agency and situational constraints in professionalized contexts. *Organization Studies*, 37(1), 77-97.

- Davis, F. (1991). Identity ambivalence in clothing: The dialectic of the erotic and the chaste. *Social Organization and Social Process: Essays in Honor of Anselm Strauss*, 105-116.
- Dutton, J. E., Dukerich, J. M., & Harquail, C. V. (1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*, 239-263.
- Edwards, A. (2011). Building common knowledge at the boundaries between professional practices: Relational agency and relational expertise in systems of distributed expertise. *International Journal of Educational Research*, 50(1), 33-39.
- Jenkins, R. (1994). Rethinking ethnicity: identity, categorization and power. *Ethnic and Racial Studies*, 17(2), 197-223.
- Jenkins, R. (2014). *Social identity*. Routledge.
- Karreman, D., & Alvesson, M. (2001). Making newsmakers: Conversational identity at work. *Organization Studies*, 22(1), 59-89.
- Lidskog, R., & Löfmarck, E. (2015). Managing uncertainty: Forest professionals' claim and epistemic authority in the face of societal and climate change. *Risk Management*, 17, 145-164.
- Maxwell, J. (2012). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Sage.
- McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager–professionals' identity work: the maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, 93(2), 412-432.
- Noordegraaf, M. (2007). From “pure” to “hybrid” professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society*, 39(6), 761-785.
- Noordegraaf, M. (2011). Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations. *Current Sociology*, 59(4), 465-488.

- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond:(New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2(2), 187-206.
- Noordegraaf, M. (2017). *Public management: Performance, professionalism and politics*. Bloomsbury Publishing.
- Noordegraaf, M. (2020). Protective or connective professionalism? How connected professionals can (still) act as autonomous and authoritative experts. *Journal of Professions and Organization*, 7(2), 205-223.
- Noordegraaf, M., Geuijen, K., & Meijer, A. (2011). *Handboek publiek management*. Boom Lemma Uitgevers.
- Noordegraaf, M., & Schinkel, W. (2011). Professional capital contested: A Bourdieusian analysis of conflicts between professionals and managers. *Comparative Sociology*, 10(1), 97-125.
- Noordegraaf, M., Schneider, M., Van Rensen, E., & Boselie, J. (2016). Cultural complementarity: reshaping professional and organizational logics in developing frontline medical leadership. *Public Management Review*, 18(8), 1111-1137.
- Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: a review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 626-644. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01393.x>
- O'Reilly, D., & Reed, M. (2010). 'Leaderism': An evolution of managerialism in UK public service reform. *Public Administration*, 88(4), 960-978.
- Pratt, M. G., & Foreman, P. O. (2000). Classifying managerial responses to multiple organizational identities. *Academy of Management Review*, 25(1), 18-42.

- Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies*, 30(6), 629-652.
- Risjord, M. (2014). *Philosophy of social science; a contemporary introduction*. Routledge.
- Sartirana, M., Currie, G., & Noordegraaf, M. (2019). Interactive identity work of professionals in management: a hospital case study. *Public Management Review*, 21(8), 1191-1212.
- Simpson, B., & Carroll, B. (2008). Re-viewing role in processes of identity construction. *Organization*, 15(1), 29-50.
- Snow, D. A., & Anderson, L. (1987). Identity work among the homeless: The verbal construction and avowal of personal identities. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1336-1371.
- Spurgeon, P., Long, P., Clark, J., & Daly, F. (2015). Do we need medical leadership or medical engagement? *Leadership in Health Services*, 28(3), 173-184.
- Stuurgroep kwaliteitskader verpleeghuiszorg. (2021). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg- samen leren & ontwikkelen*. Zorginstituut Nederland.
- <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/verpleeghuiszorg-kwaliteitskader>
- Sveningsson, S., & Alvesson, M. (2003). Managing managerial identities: Organizational fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations*, 56(10), 1163-1193.
- Toebes, T. (2021). *VerpleegThuis; Wat ik leer van mijn huisgenoten met dementie*. de Arbeiderspers.
- UKON. (2020). *Lessons learned Corona in verpleeghuis 2020*. (). Nijmegen: UKON.
- <https://www.ukonnetwerk.nl/publicaties/lessons-learned-corona-in-verpleeghuis-2020/>
- Van Atteveld, V. (2022). *De vertegenwoordiging van de specialist ouderengeneeskunde in relatie tot de raad van bestuur*. Verenso.

- Verenso. (2021). *Specialist oudergeneeskunde 2030; handelingsperspectieven en positionering*. Utrecht: Verenso. [https://www.verenso.nl/asset/public/Praktijkvoering\\_handreikingen/2110\\_VER-specialist-ouderengeneeskunde-2030\\_2023.pdf](https://www.verenso.nl/asset/public/Praktijkvoering_handreikingen/2110_VER-specialist-ouderengeneeskunde-2030_2023.pdf)
- Verenso, Actiz, & Zorgthuisnl. (2023). *Convenant 'Rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde'*. Utrecht: Verenso. <https://www.verenso.nl/asset/public/Nieuws/Convenant-Rol-en-inspraak-specialist-ouderengeneeskunde.pdf>
- Von Knorring, M., Alexanderson, K., & Eliasson, M. A. (2016). Healthcare managers' construction of the manager role in relation to the medical profession. *Journal of Health Organization and Management*, 30(3), 421-440.
- Von Knorring, M., de Rijk, A., & Alexanderson, K. (2010). Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: a qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1-12.
- Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing expert knowledge: organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*, 30(7), 755-778.
- Watson, T. J. (2008). Managing identity: Identity work, personal predicaments and structural circumstances. *Organization*, 15(1), 121-143.
- Weggeman, M. C. D. P. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!: Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie*. Scriptum Management.
- Weick, K. E. (2017). Perspective construction in organizational behavior. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 1-17.
- Witman, Y., Smid, G. A. C., Meurs, P. L., & Willems, D. L. (2011). Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization*, 18(4), 477-495. <https://doi.org/10.1177/1350508410380762>



Ybema, S., Keenoy, T., Oswick, C., Beverungen, A., Ellis, N., & Sabelis, I. (2009). Articulating identities.

*Human Relations*, 62(3), 299-322.

## Bijlagen

### Bijlage A: Informatieblad en informed consentformulier

#### Informatieblad over het onderzoek

*Mijn naam is Koos Romkes. In het kader van mijn master 'organisatie, cultuur en management' doe ik onderzoek naar de relatie tussen specialisten ouderengeneeskunde en managers. Ik raakte hier in geïnteresseerd naar aanleiding van het convenant 'Rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde'.*

De beleidskeuzes die de manager maakt zijn van invloed op het werk dat de specialist ouderengeneeskunde doet. Tegelijkertijd heeft de wijze waarop de specialist ouderengeneeskunde acteert, invloed op de ruimte die de manager ervaart. In welke mate is de specialist ouderengeneeskunde zich bewust van de context waarin keuzes gemaakt worden? Op welke wijze heeft de specialist ouderengeneeskunde inspraak en is deze bereid mee (of: constructief tegen) te denken? Welke rol ziet de manager/bestuurder weggelegd voor de specialist ouderengeneeskunde? Welke ruimte en verantwoordelijkheid krijgt de specialist ouderengeneeskunde?

#### Vraagstelling

Voorgaande leidt tot de volgende hoofdvraag: ***'hoe en waarmee geven managers en specialisten ouderengeneeskunde elkaars identiteit vorm en op welke wijze beïnvloedt dit hun samenwerking tegen het licht van de veranderingen in de professionele inspraak van specialisten ouderengeneeskunde?'***

#### Opzet

Het betreft een kwalitatief onderzoek waarbij ik spreek met één of meerdere bestuurders en een aantal specialisten ouderengeneeskunde die, in verschillende mate, betrokken zijn bij beleid en organisatie in het verpleeghuis. Deze interviews zijn gepland in september en oktober 2023 en de verwachting is dat deze ongeveer 45 minuten duren.

De interviews en gesprekken worden vertrouwelijk behandeld en alleen gedeeld met mijn begeleider, Marianne Dortants, van de Universiteit Utrecht. Na het transcriberen van de interviews worden ze voorgelegd aan de geïnterviewde om het op inhoudelijke fouten te controleren. De geïnterviewde mag op ieder moment, ook na het gesprek, besluiten om de bijdrage terug te trekken.

#### Opbrengst

De toegevoegde waarde van dit onderzoek zit in het feit dat ik beide partijen niet tegenover elkaar zet, maar juist naast elkaar, om te komen tot een werkbare situatie voor de toekomst. Dit onderzoek levert inzichten op over de wijze waarop beide partijen elkaar zien en hoe dit de samenwerking beïnvloedt. Op basis hiervan kunnen lessen getrokken worden om gezamenlijk tot de optimale zorg voor ouderen te komen.

#### Achtergrond

Onlangs is er een 'Convenant Rol en inspraak specialist ouderengeneeskunde' gesloten tussen Verenso, ActiZ, Zorgthuisnl, LAD en FBZ waarin afgesproken is op welke wijze de specialist ouderengeneeskunde inspraak krijgt in de verpleeghuisorganisatie ten aanzien van beleidsvraagstukken. Door wijzigingen in financiering van langdurige zorg voor ouderen en door de schaarste aan specialisten ouderengeneeskunde staan verpleeghuisorganisaties voor een aardige opgave om zorg te organiseren voor een steeds groter wordende groep Nederlanders.

De gezamenlijke doelstelling om goede (geneeskundige) zorg te verlenen aan ouderen staat voorop, maar er is wellicht nog iets nodig om ervoor te zorgen dat de specialisten ouderengeneeskunde en de managers elkaar (goed) vinden in het bereiken van dat doel. Veel verpleeghuisorganisaties zijn zo ver dat er overleg is tussen de beide groepen. In dit onderzoek ben ik benieuwd naar de wijze waarop de managers en specialisten ouderengeneeskunde elkaar zien, hoe ze elkaars identiteit vormgeven en wat dit betekent voor het overleg tussen beide partijen.

## **Informed consent**

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en methode van het onderzoek, zoals uiteengezet op het informatieblad over het onderzoek naar de identiteit van de specialist ouderengeneeskunde en manager/bestuurder in het verpleeghuis. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik ben op de hoogte van het feit dat het interview wordt opgenomen. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken, zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven. Ik besef dat ik op elk moment mag stoppen met het interview en dat mijn data gewist worden. Als mijn onderzoeksresultaten gebruikt worden in wetenschappelijke publicaties, of op een andere manier openbaar worden gemaakt, dan zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens worden niet door derden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming.

Als ik meer informatie over het onderzoek wil, nu of in de toekomst, dan kan ik me wenden tot de scriptiebegeleider Marianne Dortants (m.dortants@uu.nl) verbonden aan het Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap van de Universiteit Utrecht.

Aldus in tweevoud getekend:

Naam en handtekening respondent:

Plaats:

Datum:

## Bijlage B:    Topiclijst

Taken, rollen en verantwoordelijkheden van zelf

Beeld van taken, rollen en verantwoordelijkheden van ander

Beeld van zelf (bestuurder / specialist ouderengeneeskunde)

Beeld van ander (bestuurder / specialist ouderengeneeskunde)

Motivatie voor het werk van bestuurder of specialist ouderengeneeskunde

Eigenschappen / kenmerken voor bestuurder of specialist ouderengeneeskunde

Kenmerken of symbolen die identiteit zichtbaar maken

Verwachtingen van het convenant

Doel van het convenant

Noodzaak convenant

Gevolgen convenant

Onderlinge verhoudingen door het convenant

Verbondenheid / verdeeldheid

Allianties / coalities

Rol in samenwerking conform convenant

Wat faciliteert en wat hindert de samenwerking?

Toekomstige samenwerking

## Bijlage C: Codeboom stroomschema onderzoek identiteit

