



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

Masterthesis

Wat is de rol van de hoofddarts en op welke wijze dient deze ondersteund te worden binnen een organisatiestructuur van de medische directie, in de snel veranderende ziekenhuiswereld?

Charlotte Cleuren

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Johan HELLINGS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be
Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2024
2025



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem- en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

Wat is de rol van de hoofddarts en op welke wijze dient deze ondersteund te worden binnen een organisatiestructuur van de medische directie, in de snel veranderende ziekenhuiswereld?

Charlotte Cleuren

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem- en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Johan HELLINGS

Inhoud

Woord vooraf	2
Wetenschappelijk artikel	3
Abstract.....	3
Inleiding	4
Methode	6
Resultaten	8
1. Interne werking: de hoofdarts binnen de ziekenhuisstructuur	8
2. Externe samenwerking.....	10
3. Persoonlijke beleving: engagement onder druk	11
4. Over het systeem heen: beleidsuitdagingen en verwachtingen	13
Discussie	14
1. Formeel mandaat vs. Informele rol: De hoofdarts tussen formeel mandaat en operationele realiteit.....	15
2. Individuele veerkracht vs. Structurele beperkingen: De nood aan ondersteuning van effectief medisch leiderschap.....	16
3. Interne bruggenbouwer vs. Externe netwerker: De hoofdarts als schakel in externe samenwerkingen	16
4. Visie vs. Realiteit: Beleidsbeperkingen	16
5. Sterktes en beperkingen van het onderzoek.....	17
6. Aanbevelingen.....	18
Conclusie	20
Referentielijst	21
Bijlagen	24

Lijst van tabellen

Tabel 1. Karakteristieken van respondenten	23
--	----

Lijst van figuren

Figuur 1. Overzicht van de drie hoofdthema's	8
Figuur 2. Synthese van bevindingen per thema	13
Figuur 3. Vier spanningsvelden in de hoofdartsenrol.....	14
Figuur 4. Aanbevelingen.....	19

Woord vooraf

Tussen het verschonen van luiers en het schrijven van beleidsnota's ontstond deze masterproef. Balanceren, dat symbolisch aansluit bij het onderwerp zelf. Als beleidsmedewerker van een hoofddarts in een Vlaams ziekenhuis raakte ik gefascineerd door de evenwichtsoefening die zij dagelijks maken: bruggen bouwen tussen artsenkorps, bestuur en directie, zonder duidelijk speelveld of spelregels.

Met een eenjarige dochter thuis, een veeleisende job en een masteropleiding werd "het is wat het is, maar alles komt goed" mijn motto. Net zoals de hoofddartsen in dit onderzoek, navigeerde ik tussen verschillende werelden, op zoek naar werkbare evenwichten.

Mijn eerste dank gaat uit naar de 23 hoofddartsen die hun tijd en vertrouwen schonken aan dit onderzoek. De openhartigheid waarmee ze hun ervaringen, twijfels en inzichten deelden, maakte dit onderzoek tot wat het is. Wat je leest is hun verhaal.

Mijn promotor, prof. dr. Johan Hellings, verdient een dankwoord voor zijn kritische blik en richtinggevend inzicht, ondanks een overvolle agenda. Zijn begrip voor mijn complexe planning en de ruimte om op mijn eigen tempo te werken, waren van grote waarde. Ook dr. Kevin Berben wil ik bedanken voor zijn ondersteuning bij de kwalitatieve uitwerking. Als voormalig kwantitatief onderzoeker ontdekte ik dankzij hem de nuance en rijkdom van kwalitatief onderzoek.

Het Jessa Ziekenhuis, en in het bijzonder dr. Jos Vandekerckhof, dank ik voor de kans, de steun en het vertrouwen om deze uitdaging aan te gaan. Vanaf nu sta ik weer volledig paraat voor jouw inhoudelijke ondersteuning. Aan mijn collega Joke: jouw scherpe feedback en oppeppende woorden op de juiste momenten maakten een wereld van verschil.

Lieve Annet, mijn trouwste supporter: dankjewel voor je heldere blik, je eindeloze beschikbaarheid, en voor je geloof in mij. Onze wandeldates plannen we nu snel weer in!

Mijn ouders: dankjewel voor de talloze momenten waarop jullie Alixe opvingen. Dankzij die kostbare uren van focus is deze thesis afgeraakt (al vermoed ik dat jullie er zelf ook van genoten hebben).

En dan... Dries, partner in alles. Je hebt me door twijfels en vermoeidheid gesleurd, kritische vragen gesteld wanneer nodig, en bovenal blijven geloven in wat ik probeerde te bereiken. De balans tussen werk, studie en gezin vonden we samen, soms struikelend, maar altijd weer rechtstaand. Zonder jou was dit onmogelijk geweest. Bedankt.

Nu dit hoofdstuk afsluit blijft één inzicht overeind: effectief medisch leiderschap vergt niet alleen sterke structuren, maar vooral moedige mensen die bruggen durven bouwen. Een les die ik zowel in mijn onderzoek als in mijn persoonlijke leven heb mogen ervaren.

Wetenschappelijk artikel

Abstract

Ziekenhuizen staan voor complexe uitdagingen door vergrijzing, technologische innovaties, stijgende kosten en veranderende verwachtingen. Een goed bestuur, oftewel *hospital governance*, is cruciaal voor kwaliteitsvolle, efficiënte en toekomstbestendige zorg. Het recente federaal regeerakkoord benoemt *co-governance* als beleidsprioriteit, wat het belang van dit onderwerp onderstreept. Binnen dit bestuur vervult de hoofddarts een sleutelrol als verbindingsfiguur tussen het artsenkorps, management en beleid. Toch blijft deze functie onderbelicht in wetgeving en onderzoek.

Deze masterproef onderzocht hoe hoofddartsen in Vlaamse ziekenhuizen hun rol invullen, welke uitdagingen ze ervaren en welke ondersteuning nodig is. Via semigestructureerde diepte-interviews met 23 hoofddartsen uit verschillende ziekenhuiscontexten werden inzichten verzameld rond interne werking, externe samenwerking en persoonlijke beleving. De Framework Analyse identificeerde vier spanningsvelden die de complexiteit van de hoofddartsenrol beschrijven: mandaat, samenwerking, ondersteuning en beleidscontext.

Hoofddartsen positioneren zich als brugfiguren, maar botsen op een formeel mandaat dat onvoldoende aansluit bij de realiteit. Hun slagkracht is sterk afhankelijk van vertrouwen, persoonlijke inzet en informele samenwerking, terwijl structurele ondersteuning en juridische verankering vaak ontbreken. De specifieke context waarin de hoofddarts actief is kan sterk verschillen, wat ook invloed heeft op de slagkracht van zijn functie. Onderliggende systeemfactoren, zoals onduidelijke wetgeving, juridische lacunes en financiële regelingen kunnen aanleiding geven tot spanningen. De discrepantie tussen enerzijds de verwachtingen en verantwoordelijkheden en anderzijds het mandaat en de ondersteuning onderstreept de nood aan de herziening van de rol van de hoofddartsen binnen het bredere *governance*kader in de ziekenhuizen. De continue transitie van de ziekenhuissector, die naar verwachting verder zal toenemen, versterkt de complexiteit van dit *governance*vraagstuk aanzienlijk.

De aanbevelingen richten zich, in de context van het bredere systeem van het ziekenhuislandschap, op het versterken en expliciteren van het mandaat van de hoofddarts, de structurele verankering van medisch leiderschap, de implementatie van een nieuw *co-governance* kader in het ziekenhuis en gerichte ondersteuning van de hoofddarts in de praktijk.

Inleiding

De gezondheidszorg is voortdurend in beweging, ziekenhuizen moeten daarbij inspelen op maatschappelijke verwachtingen, technologische ontwikkelingen en beleidswijzigingen. Deze dynamiek roept vragen op over de geschiktheid van huidige bestuursmodellen: beantwoorden zij nog aan de principes van 'good governance'? (1,2).

Het concept *governance* verwijst naar de werking, controle en verantwoording van een organisatie, en de relatie met stakeholders. Hoewel deze principes hun oorsprong hebben in de bedrijfswereld, groeit ook in de ziekenhuissector de nood aan aangepaste structuren voor behoorlijk bestuur (3). Dit werd bevestigd in het recent federaal regeerakkoord, waarin (co-)governance binnen het ziekenhuisbestuur expliciet naar voren wordt geschoven als beleidsprioriteit, wat het belang van goed bestuur in de sector onderstreept (4). De recente gezondheidszorghervorming, met toenemende netwerksamenwerking en verschuiving naar transmurale zorg, vergroot bovendien de urgentie voor effectieve *governancemodellen* die zowel interne als externe samenwerkingen kunnen faciliteren.

Vanuit dit perspectief is een conceptuele definiëring van *hospital governance* aangewezen. Het verwijst naar de structuren en processen die de strategische koers van het ziekenhuis bepalen, en de inzet van middelen om die koers te realiseren. In een complexe, kapitaal-, arbeids-, en kennisintensieve sector is dat niet evident en vereist dit een goede afstemming tussen betrokken actoren (5), maar de praktijk toont dat deze afstemming vaak problematisch verloopt, door onduidelijke functieafbakeningen en spanningsvelden.

Mintzberg en Glouberman's model van vier 'werelden' binnen het ziekenhuis (*cure, care, control* en *community*) illustreert hoe elk domein volgens een eigen logica functioneert (6). Afstemming tussen deze werelden is cruciaal voor gedragen besluitvorming en wordt beschouwd als kritische succesfactor voor het ziekenhuis van de toekomst (5).

Deze complexiteit in organisatie van ziekenhuizen wordt verder versterkt door structurele evoluties, waaronder de schaalvergroting van ziekenhuizen sinds de jaren tachtig. Deze ontwikkeling heeft de complexiteit van ziekenhuisorganisaties aanzienlijk vergroot en de nood aan transparantie, deskundigheid en doelgerichte structuren versterkt om strategische en operationele doelstellingen efficiënt te realiseren (7–9).

Toch blijkt de vertaling van *governance*principes naar de ziekenhuiscontext niet vanzelfsprekend. Hoewel professionaliteit in besluitvorming, actieve artsenbetrokkenheid en maatschappelijke verantwoording algemeen worden erkend als pijlers van goed bestuur, botsen deze verwachtingen vaak met de realiteit (7).

Een centrale actor binnen dit spanningsveld is de hoofddarts, wiens functie wettelijk is verankerd maar in de praktijk op meerdere vlakken ter discussie staat. Volgens de Ziekenhuiswet¹ maakt deze deel uit van het ziekenhuisbestuur, samen met de directeur, beheerder, arts-diensthooft en medische raad. De hoofddarts is verantwoordelijk voor de organisatie en coördinatie van het medisch departement, met opdrachten van kwaliteitsbeheer, beleidsontwikkeling en -coördinatie, en strategische advies, in nauwe samenwerking met de medische raad (10,11).

Ondanks het brede takenpakket blijft het wettelijk kader voor hoofddartsen vaag, wat het moeilijk maakt om hun rol met gezag te vervullen. Het recent ingevoerde instructierecht² geeft formele versterking maar leidt in de praktijk tot spanningen tussen gezag, overleg en professionele autonomie.

¹ Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, B.S. 7 november 2008. <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2008/07/10/2008A24327/justel>

² Wet van 24 november 2023 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. *Belgisch Staatsblad*, 30 november 2023. <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2023/11/24/2023044210/justel>

Literatuur over ziekenhuis*governance* focust vooral op bestuursstructuren en minder op het managementniveau (5,12). Nochtans spelen beide niveaus een cruciale rol in het besluitvormingsproces. Hoewel studies aantonen dat actieve artsenbetrokkenheid positieve effecten heeft op zorgkwaliteit, is er weinig empirisch onderzoek naar de rol van hoofddartsen in Vlaanderen, terwijl zij een sleutelpositie innemen bij het implementeren van *governance*principes (12–15). Dit kennishiaat is problematisch, aangezien hoofddartsen een centrale rol spelen in het vertalen van *governance*principes naar de zorgpraktijk en daarmee cruciaal zijn voor effectieve ziekenhuis*governance*.

Deze studie verkent hoe hoofddartsen in Vlaamse ziekenhuizen hun functie invullen, met bijzondere aandacht voor de ondersteuning die zij nodig achten om hun rol effectief op te nemen in een context van toenemende organisatorische complexiteit, interprofessionele samenwerking en veranderende maatschappelijke verwachtingen.

De centrale onderzoeksvraag luidt: “Hoe geven hoofddartsen in Vlaamse ziekenhuizen vandaag vorm aan hun rol binnen ziekenhuisbestuur en -management, en welke vormen van ondersteuning achten zij noodzakelijk om deze rol adequaat te kunnen opnemen binnen een evoluerend en complex zorglandschap?”.

Ter beantwoording van deze vraag worden drie analytische deelaspecten onderzocht:

1. De positionering van de hoofddarts binnen de interne organisatie en besluitvorming;
2. De rol van de hoofddarts in externe samenwerking, onder meer met andere ziekenhuizen, zorginstellingen en de eerstelijnszorg;
3. De persoonlijke beleving van hoofddartsen, met bijzondere aandacht voor hun ervaren noden en ondersteuningsbehoeften.

Aan de hand van een kwalitatieve onderzoeksopzet, gebaseerd op diepte-interviews met 23 hoofddartsen uit diverse Vlaamse ziekenhuizen, beoogt deze studie praktijkgerichte inzichten en aanbevelingen te formuleren. Het doel is bijdragen aan een toekomstbestendige, gedragen invulling van de hoofddartsenfunctie binnen het bredere kader van *hospital governance*.

Methode

Dit masterproefonderzoek werd gerapporteerd volgens de Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (16), een richtlijn om kwalitatief onderzoek systematisch en transparant te rapporteren.

Onderzoeksopzet

Er werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet, met als doel het verkrijgen van inzichten in de ervaringen en percepties van hoofdartsen in Vlaamse ziekenhuizen. De focus ligt op het begrijpen van hun rol, verantwoordelijkheden, uitdagingen en ondersteuning die zij nodig achten om hun functie optimaal te vervullen. Kwalitatief onderzoek vertrekt vanuit een holistische benadering en beschrijft de werkelijkheid vanuit het perspectief van de betrokkenen (17).

Steekproef

Alle 50 hoofdartsen van Vlaamse ziekenhuizen³ werden via e-mail uitgenodigd om een zo representatief mogelijk beeld te verkrijgen. Na de eerste aanmeldingen werd actief gestuurd op variatie, met aandacht voor criteria zoals geografische spreiding, ziekenhuisgrootte, ervaring en geslacht. Aanvullend werden gerichte uitnodigingen verstuurd om de diversiteit van de deelnemers te versterken. Hoofdartsen werden geïncludeerd op basis van hun bereidheid tot deelname en minimaal één jaar ervaring in de functie. Na 23 interviews was er een theoretische saturatie. Een gedetailleerd anoniem overzicht van respondentkarakteristieken toont diversiteit in specialismen, ervaring en gender (Tabel 1).

Dataverzameling

De gegevens werden verzameld via semigestructureerde diepte-interviews, op basis van een vooraf opgestelde topiclijst met drie thema's, afgestemd door de student-onderzoeker en de promotor: interne werking, externe samenwerking en persoonlijke beleving van de functie (Bijlage 1). De interviews vonden plaats tussen februari en april 2025, fysiek of via Microsoft Teams, en duurden gemiddeld 45 minuten. Ze werden afgenomen door de student-onderzoeker, die enkele deelnemers vooraf kende vanuit een professionele context. Deze relaties werden transparant gecommuniceerd, en er werd gewaakt over een neutrale en vertrouwelijke houding. De studie werd goedgekeurd door het Comité voor Medische Ethiek van UHasselt (CME2025/017). Voorafgaand aan elk interview werd geïnformeerde toestemming verkregen. De gesprekken werden met akkoord opgenomen en vervolgens woordelijk anoniem getranscribeerd.

Data-analyse

Na het verzamelen en transcriberen van de interviews, werd overgegaan tot een systematische data-analyse. Hiervoor werd gebruikgemaakt van *Framework Analysis*, een thematische analysemethode die structuur biedt bij het ordenen van kwalitatieve data rond vooraf gedefinieerde thema's: interne werking, externe samenwerking en persoonlijke beleving (18). Deze analysemethode is geschikt voor praktijkgericht onderzoek binnen de gezondheidszorg, waarbij gewerkt wordt met meerdere deelnemers en vooraf bepaalde thema's. De student-onderzoeker voerde de analyse uit, in overleg met de promotor en een docent.

Het coderingskader werd opgebouwd op basis van de thema's van het interview en tijdens de analyse aangevuld met inductief gegenereerde subcodes. De codeboom werd toegevoegd als Bijlage 2. De gegevens werden gecodeerd en geordend met behulp van *NVivo*-software (19) en vervolgens samengebracht in een framework-matrix. Deze matrix maakte het mogelijk om patronen, verschillen en terugkerende inzichten systematisch te analyseren.

Bij de rapportering wordt gefocust op codes en fragmenten die inhoudelijk het sterkst aansloten bij de onderzoeksvragen. Minder frequent voorkomende opmerkingen of bijdragen van slechts enkele respondenten, zonder duidelijke meerwaarde voor de kerninzichten, werden niet afzonderlijk gerapporteerd. Tijdens de analyse werd gereflecteerd over de rol en positie van de onderzoeker, in

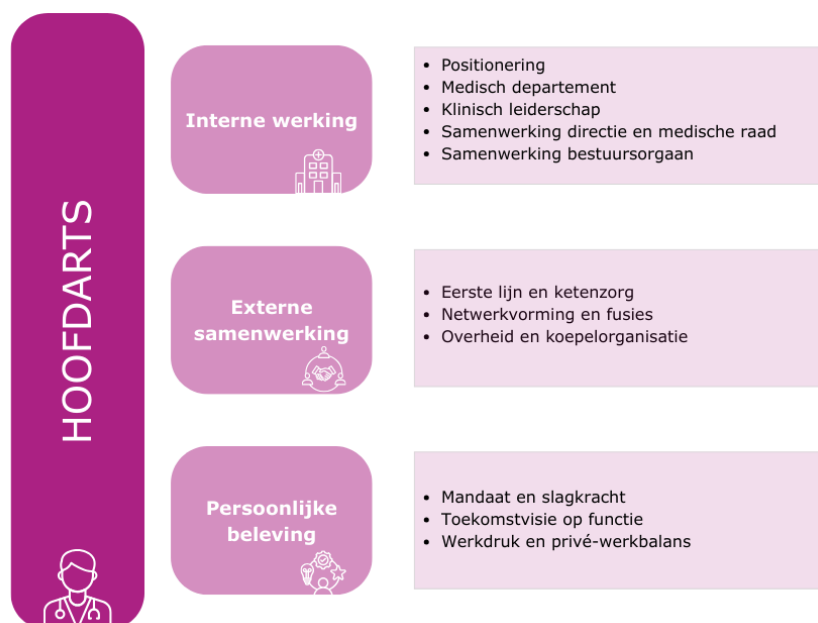
³ Het overzicht van de Vlaamse ziekenhuizen werden geraadpleegd via <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/gezondheidszorginstellingen>

het bijzonder met betrekking tot bestaande relaties, en werd gestreefd naar een zo objectief mogelijke interpretatie van de data. De selectie van inzichten gebeurde op basis van frequentie en relevantie voor het onderzoeksdoel. Deze selectieve rapportering volgt het principe van thematische saturatie: de focus ligt op kernpatronen die representatief zijn voor de onderzoeksvraag, waardoor een analytisch verantwoorde vertaalslag van data naar inzichten wordt gerealiseerd.

Resultaten

De resultaten zijn opgebouwd rond drie centrale thema's: interne werking, externe samenwerking en persoonlijke beleving (Figuur 1). Elk van deze thema's weerspiegelt een essentiële dimensie van de rol van de hoofdarts binnen het ziekenhuislandschap.

Doorheen alle interviews blijken structurele systeemfactoren als een onderliggende rode draad aanwezig. De thematische bespreking hieronder illustreert deze verwevenheid op een indirecte manier.



Figuur 1. Overzicht van de drie hoofdthema's

1. Interne werking: de hoofdarts binnen de ziekenhuisstructuur

Positionering van de hoofdarts

De hoofdarts vervult formeel een sleutelpositie in het medisch beleid, maar beschikt te weinig over een hiërarchische bevoegdheid ten aanzien van artsen. Daardoor is sturing binnen het artsencorps uitdagend en afhankelijk van vertrouwen, informele samenwerking en persoonlijke overtuigingskracht. Deze beperkte formele positie beïnvloedt ook de organisatie van het medisch departement en de invulling van medisch leiderschap op andere niveaus.

"Ze vergelijken hoofdartsen wel eens met een scheidsrechter zonder fluitje." – HA10

Structuur en werking van het medisch departement

De organisatie van het medisch departement verschilt sterk per ziekenhuis. In grotere ziekenhuizen ondersteunt vaak een medisch middenkader de hoofdarts. In kleinere ziekenhuizen is de samenwerking met diensthoofden directer.

"We hebben een middenkader, maar soms vraag ik me af of het niet meer structuren om de structuren zijn." – HA01

"De lijnen zijn kort. Ik weet snel wat er leeft, en dat werkt goed voor mij." – HA09

Overlegmomenten met medische diensthoofden worden vaak als informatief ervaren. Sommige hoofdartsen proberen deze te heroriënteren naar dynamischere, participatievere vormen van overleg, met betrokkenheid van bijvoorbeeld jonge artsen. De overlegstructuren blijken meestal historisch gegroeid en verankerd in de ziekenhuiscultuur. Verandering is dan ook vaak afhankelijk van draagvlak binnen het artsencorps.

Klinische betrokkenheid als hefboom voor leiderschap

Hoofddartsen zien zichzelf als verbindingsfiguur tussen het (medisch) beleid en het artsenkorps. Een performant ziekenhuis vraagt volgens hen om een goed functionerend en betrokken korps.

"De grootste uitdaging is het korps. Als dat goed draait, draait het ziekenhuis goed. 'The boss has the title, the leader has the people'." – HA01

Een aantal hoofddartsen (26%) blijft deeltijds klinisch actief. Zij zien dit als een manier om verbonden te blijven met de praktijk en geloofwaardigheid te versterken in het artsenkorps. Tegelijk geven anderen aan dat de combinatie niet altijd haalbaar is met bestuurlijke verantwoordelijkheden, gezien de toenemende complexiteit. Sommigen verwijzen naar gevolgde opleidingen in leiderschap of management om hun rol beter te kunnen opnemen.

"Die ene dag per week de battle dress aandoen." – HA07

Samenwerking met medische raad en directie

De samenwerking met de medische raad verschilt sterk per ziekenhuis. In sommige ziekenhuizen wordt ze als constructief ervaren. In andere ziekenhuizen overheersen spanningen of onduidelijkheid over mandaten en rollen.

"Er is een soort wij-zij verhaal dat zich doortrekt van de medische raad naar het artsenkorps." – HA06

Ook de relatie met het directieteam wordt als belangrijk ervaren, maar vooral de band met de CEO blijkt bepalend voor de beleidsmatige slagkracht van hoofddartsen. Wederzijds vertrouwen en open communicatie worden genoemd als voorwaarden voor gedeeld leiderschap.

"Mijn CEO is mijn klankbord, mijn sparringpartner. Zonder dat vertrouwen kan ik mijn rol niet opnemen." – HA11

Tegelijk pleiten sommige hoofddartsen voor een duidelijke begrenzing van de rol van directieleden in zorginhoudelijke beslissingen. Zij benadrukken dat een ziekenhuis in de eerste plaats een zorgorganisatie is, en dat medische expertise leidend moet blijven in beleidsvoering. Deze bekommernis sluit aan bij bredere zorgen over het verlies aan medische autonomie binnen bestuursstructuren door bedrijfsmatige of politieke logica's.

Deze spanningen illustreren hoe samenwerking wordt beïnvloed door persoonlijke relaties én institutionele duidelijkheid over taken en mandaten.

Brugfiguur naar het bestuursorgaan

Hoofddartsen zijn waarnemend lid van de raad van bestuur en bevinden zich regelmatig in een spanningsveld tussen artsenkorps en bestuur.

"Die brugfunctie is vaak zo'n beetje... je wordt een pingpongballetje." – HA01

De ervaringen met de bestuursorganen variëren sterk. Sommige hoofddartsen ervaren reële beleidsimpact, anderen uiten kritiek op het gebrek aan medische expertise, politieke inmenging of ongepaste operationele betrokkenheid. De relatie met de voorzitter blijkt hierin cruciaal: waar vertrouwen en respect aanwezig zijn, ervaren hoofddartsen meer ruimte voor invloed. Tegelijk blijft die samenwerking vaak persoonsgebonden, wat voorspelbaarheid en continuïteit bemoeilijkt. Hoofddartsen pleiten daarom voor professionalisering van bestuursorganen en structurele artsenbetrokkenheid via co-governance. Volgens hoofddartsen biedt dit een hefboom voor een betere wisselwerking en sterker engagement.

"De toegevoegde waarde van de raad van bestuur is dan ook nul." – HA05

Reflectie: Positionering tussen structuur en praktijk

Uit de interviews blijkt dat de slagkracht van de hoofdarts binnen de ziekenhuisstructuur niet uitsluitend bepaald wordt door formele mandaten of organogrammen. Doorslaggevend is de mate waarin hoofdartsen erin slagen vertrouwen op te bouwen en draagvlak te creëren en te navigeren binnen informele machtsverhoudingen.

Naast de formele overlegstructuren spelen onderliggende dynamieken een rol, zoals de betrokkenheid van medische diensthoofden, kwaliteit van interpersoonlijke samenwerkingen en de positie van artsenassociaties. Die laatste worden regelmatig genoemd als actoren met een eigen agenda, vaak financieel gestuurd en deels buiten het directe beleid om opererend. Hoofdartsen bevinden zich hierbij in een intermediaire positie waarin ze de legitieme belangen van artsenassociaties moeten erkennen, terwijl ze tegelijk de afstemming van de strategische koers van het ziekenhuis bewaken. Dit illustreert hoe formele en informele structuren samen de ruimte bepalen waarbinnen hoofdartsen hun rol opnemen.

Effectief medisch leiderschap blijkt dus sterk afhankelijk van context, samenwerking en gedeelde visie, eerder dan van formele autoriteit alleen.

2. Externe samenwerking

Eerste lijn

Alle hoofdartsen benadrukken het belang van samenwerking met de eerstelijnszorg. Relaties variëren van structurele overlegmomenten tot innovatieve transmurale modellen waarin gezamenlijk wordt nagedacht over kwaliteitsverbetering.

Transmurale samenwerking, preventie en populatiegerichte zorg worden breed gedragen als prioriteiten. Sommige hoofdartsen benoemen het ziekenhuis als '*community hospital*', als ingebed in de bredere keten van zorg.

"We moeten echt naar ketenzorg. Dat is de toekomst." – HA07

"Een community hospital dat inzet op transmurale samenwerking en preventie." – HA10

Om die samenwerking te verzetten, zetten enkele ziekenhuizen een liaisonfunctie op tussen ziekenhuis en eerste lijn.

Netwerkvorming en fusies

De betrokkenheid van hoofdartsen bij netwerken en fusietrajecten is groot, maar sterk contextafhankelijk. Hoewel samenwerking als noodzaak wordt erkend, blijven dergelijke processen tijdsintensief en complex.

De regionale uitwerking van ziekenhuisnetwerken verschilt sterk per regio. Sommige hoofdartsen ervaren een constructieve samenwerking, anderen wijzen op trage besluitvorming en stroeve communicatie. Unaniem wordt de toenemende werkdruk benoemd: netwerkoeverleg, beleidsafstemming en samenwerking met partnerziekenhuizen nemen een groeiend deel van de hoofdartsenrol in beslag.

"We zijn veroordeeld op elkaar. We moeten samen." – HA05

"Waar wachten we eigenlijk nog op? We zitten in een zorg schaarste. Sluit tien ziekenhuizen en die mensen die daar werken hebben allemaal direct terug werk in een ander ziekenhuis, men moet er meestal niet veel verder voor rijden dan nu. Gelijk waar in Vlaanderen. En veel van de problemen van zorg schaarste zijn, in de ziekenhuissector althans, opgelost." – HA11

Overheid – koepelorganisaties

De relatie met de overheid wordt door hoofdartsen als ambivalent ervaren. Beleidsinitiatieven zoals netwerkvorming en kwaliteitssturing worden gewaardeerd, maar er heerst frustratie over onduidelijke communicatie en een gebrek aan langetermijnvisie. Meerdere hoofdartsen spreken over hervormingen die eerder onrust zaaien dan richting geven.

"We krijgen warm en koud tegelijk van de overheid. Er worden ballonnen opgelaten, maar welke richting gaan ze uit?" – HA07

Daarnaast leeft de behoefte aan een helder wettelijk kader dat de bevoegdheden van de hoofdarts explicieter omschrijft en beter afbakt. De huidige taakomschrijving wordt als te vaag ervaren en sluit volgens de hoofdartsen onvoldoende aan bij de operationele realiteit. Toch is er de verwachting dat het mandaat op korte termijn versterkt zal worden. Enkele hoofdartsen pleiten expliciet voor een hertekening van de bevoegdheidsverdeling binnen de gezondheidszorg en het financieringssysteem, al lopen de meningen uiteen over hoe dat precies moet gebeuren.

Tot slot wordt de rol van koepelorganisaties wisselend beoordeeld. De informatie van Zorgnet-Icuro vzw, de koepelorganisatie van de Vlaamse algemene ziekenhuizen, wordt gewaardeerd, maar richt zich volgens velen vooral op CEO's (20). De Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen, die de belangen van hoofdartsen behartigt, wordt gezien als een waardevol netwerk (21), maar mist nog de structuur en slagkracht om hoofdartsen effectief te ondersteunen.

Reflectie: positionering van de hoofdarts

De rol van de hoofdarts is cruciaal in externe samenwerking, maar de structurele verankering en ondersteuning blijven vandaag beperkt. Of het nu gaat om de eerstelijnszorg, ziekenhuisnetwerken of contacten met de overheid en koepels, hun effectiviteit hangt vooral af van persoonlijk engagement, informele relaties en de regionale context. Ook in externe samenwerking is het verduidelijken en ondersteunen van de hoofdartsenrol essentieel om die rol effectief op te nemen.

3. Persoonlijke beleving: engagement onder druk

Mandaat en slagkracht

Hoofdartsen ervaren hun rol als essentieel, maar botsen op spanningen tussen verantwoordelijkheid en beperkte bevoegdheden. Vertrouwen van artsen, directie en bestuur is essentieel om impact te hebben.

Meerdere hoofdartsen beschrijven hun positie als een bruggenbouwer tussen artsenkorps, directie en bestuur. Tegelijkertijd voelen ze zich vaak machteloos. De metafoor van de hoofdarts als 'scheidsrechter zonder fluitje' komt herhaaldelijk terug: iemand die neutraal moet blijven en tegelijk een spel moet leiden, zonder de bevoegdheid om in te grijpen. Dit benadrukt het spanningsveld tussen formele verantwoordelijkheid en feitelijke slagkracht.

Ook blijkt die effectieve slagkracht van hoofdartsen sterk afhankelijk van hun positionering binnen het ziekenhuis. Wie intern doorgroeide of eerder mandaten opnam in de medische raad, ervaart een groter draagvlak binnen het artsenkorps. Dat vertrouwen is waardevol, maar brengt ook hoge verwachtingen met zich mee, vaak vanuit meerdere richtingen.

"We dragen verantwoordelijkheid, maar zonder formele middelen." – HA10

"Ik krijg vertrouwen, maar er zijn ook hoge verwachtingen langs alle kanten." – HA18

Hoewel er veel gemeenschappelijke patronen zijn, blijkt de beleving van de hoofdartsrol sterk te variëren naargelang de ziekenhuiscontext, persoonlijke achtergrond en eerdere ervaringen in bestuursorganen. Ondanks deze verschillen uiten hoofdartsen gelijkaardige verwachtingen over de toekomst van hun rol en het kader waarbinnen ze die willen opnemen.

Toekomstvisie op de functie

Er is een breed gedeeld verlangen naar een duidelijker mandaat, versterkte juridische en beleidsmatige verankering en meer structurele ondersteuning. Voorstellen omvatten opleidingstrajecten, managementtraining en hervorming van het statuut.

Hoofddartsen signaleren dat hun functie steeds complexer wordt, onder meer door netwerkvorming, fusies en toenemende verantwoordingsvereisten. Tegelijk voelen velen zich onvoldoende erkend in hun centrale rol. Verschillende respondenten benadrukken dat zonder hervorming de functie minder aantrekkelijk zal worden voor toekomstige kandidaten.

"Als het mandaat niet versterkt wordt, haken mensen af" – HA22

"We zijn eigenlijk een beetje een paria, met heel veel verplichtingen, weinig macht en helemaal geen rechten." - HA08

Werkdruk en werk-privébalans

De functie van hoofddarts gaat gepaard met een hoge werkdruk en een duidelijke impact op het privéleven. Hoofddartsen beschrijven een bijna permanente beschikbaarheid, waarbij zowel medische als beleidsmatige verantwoordelijkheden voortdurend op hen rusten. De werk-privébalans wordt door velen als onbestaande ervaren.

"De work-life balance? Die bestaat eigenlijk niet in deze functie. Je blijft altijd aan staan." – HA11

"Dus die work-life balance is niet, laten we zeggen, zeer life georiënteerd, maar meer work." – HA12

De mate van ondersteuning verschilt sterk per ziekenhuis. Waar sommige hoofddartsen kunnen rekenen op een beleidsmedewerker en/of secretariaat, staan anderen er grotendeels alleen voor. Deze verschillen beïnvloeden niet alleen de haalbaarheid van de functie, maar ook het welzijn van de hoofddarts zelf. Enkele hoofddartsen schakelen een externe coach in of vinden steun bij de CEO of het directieteam.

"Ik heb een beleidsmedewerker, dat is bijna zoals een kabinetschef." – HA01

Ondanks deze uitdagingen blijft de intrinsieke motivatie groot. Hoofddartsen benoemen hun functie vaak als betekenisvol en strategisch belangrijk, maar geven aan dat hun beleving sterk wordt beïnvloed door de bredere *governance*context waarin ze functioneren. Vertrouwen, mandaat en ondersteuning vormen daarin sleutelvoorwaarden.

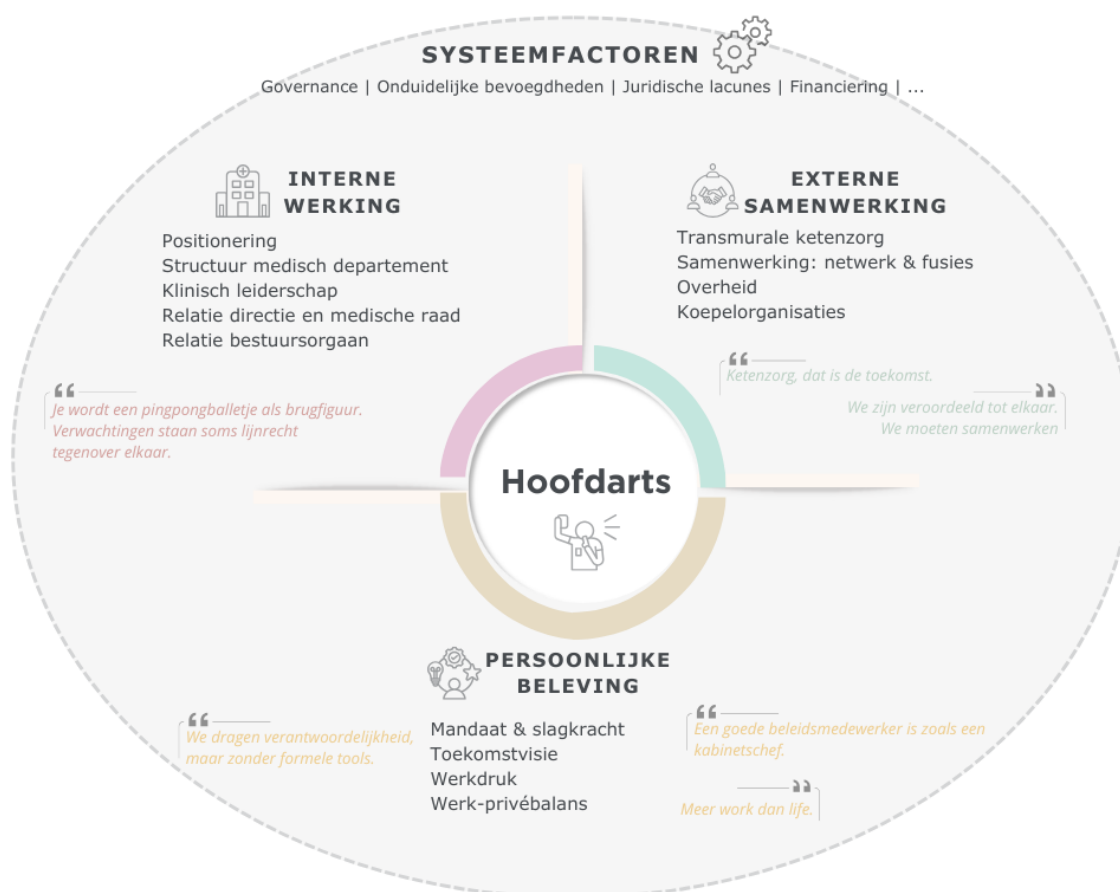
"Ik vind het echt een geweldige job. Je zit aan het stuur en je zit met je voeten op de gaspedaal en de rem. Dat is toch veel plezanter dan op de achterbank te zitten." – HA05

4. Over het systeem heen: beleidsuitdagingen en verwachtingen

Hoewel de rol van de hoofdarts concreet vorm krijgt binnen de interne werking, externe samenwerking en persoonlijke beleving, wijzen de interviews op bredere systeemfactoren die deze thematische luiken overstijgen. Governancevraagstukken, onduidelijke bevoegdheden, juridische lacunes en een complex financieringsmodel vormen onder meer een onderliggende structuur die de slagkracht van hoofdartsen beperkt, vaak zonder expliciet benoemd te worden.

Hoofdartsen signaleren dat de huidige wetgeving onvoldoende aansluit bij de realiteit van de ziekenhuiswerking. Dat leidt tot onzekerheid, spanningen en het gevoel van structureel achter te lopen. Bijkomend uiten velen een duidelijke visie op de toekomst, met nood aan richting, bestuurlijke vereenvoudiging en een hertekening van het gezondheidszorgsysteem én de bevoegdheden.

Deze structurele factoren bepalen niet alleen de organisatiecontext, maar kleuren ook de persoonlijke beleving van hoofdartsen. Ze onderstrepen de nood aan beleidsreflectie én een toekomstgerichte herpositionering van het hoofdartsenmandaat. Figuur 2 vat de bevindingen samen en illustreert hoe de hoofdarts centraal staat binnen deze verschillende domeinen, steeds beïnvloed door de onderliggende systeemfactoren.



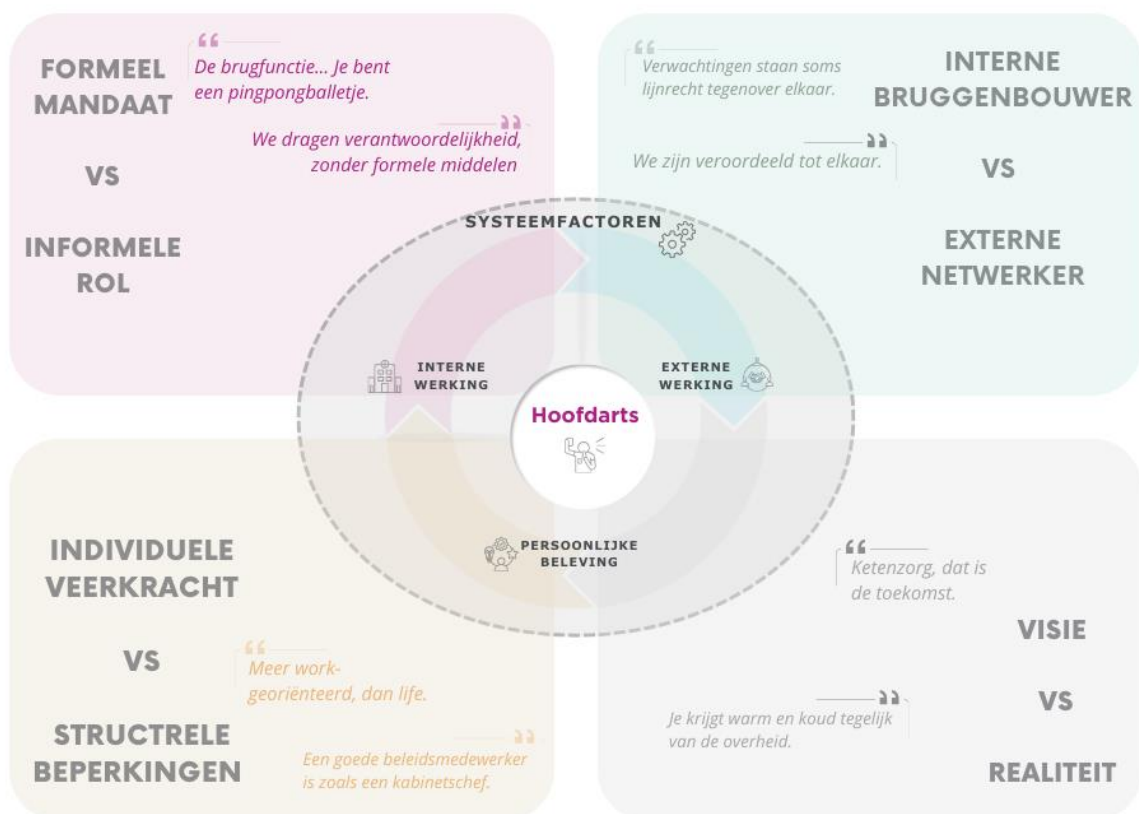
Figuur 2. Synthese van bevindingen per thema

Discussie

Deze studie bracht de rol van hoofddartsen binnen Vlaamse ziekenhuizen in kaart binnen de interne werking, externe samenwerking en persoonlijke beleving. Doorheen deze thema's kwamen vier terugkerende spanningsvelden naar voren. Ze bieden een kader om de complexiteit van de hoofddartsenrol te begrijpen en tonen hoe sterk hun positie verweven is met bredere systeemfactoren.

Vier terugkerende spanningsvelden vatten deze dynamiek samen (Figuur 3):

- Formeel mandaat versus informele rol: Hoofddartsen dragen verantwoordelijkheid voor het medisch beleid, maar hun slagkracht berust vaak op vertrouwen en informele samenwerking en minder op formele bevoegdheden.
- Individuele veerkracht versus structurele beperkingen: De rol vraagt veel persoonlijk engagement en opoffering in de werk-privébalans, terwijl de ondersteuning varieert en niet altijd volstaat.
- Interne bruggenbouwer versus externe netwerker: Hoofddartsen verbinden artsen, bestuur en directie, terwijl ze tegelijkertijd extern het ziekenhuis vertegenwoordigen in steeds complexere samenwerkingsverbanden.
- Visie versus realiteit: Hoofddartsen hebben een duidelijke toekomstvisie, maar botsen op wetgeving, *governance* en financieringsmodellen die deze evolutie onvoldoende ondersteunen.



Figuur 3. Vier spanningsvelden in de hoofddartsenrol

1. Formeel mandaat vs. Informele rol: De hoofdarts tussen formeel mandaat en operationele realiteit

Een kernbevinding is de discrepantie tussen het formele mandaat van hoofdartsen en de operationele realiteit. Hoofdartsen beschrijven zichzelf herhaaldelijk als brugfiguur tussen artsenkorps, directie en bestuur, wat aansluit bij Fulop en Jones (22) die het concept van klinisch leiderschap omschrijven als het 'vertaalwerk' van beleids- en managementlogica naar klinische context, en omgekeerd. De metafoor van de 'scheidsrechter zonder fluitje', vaak gebruikt in de interviews, illustreert de verantwoordelijkheid voor het medisch beleid, zonder bijhorende sturingsmacht.

Deze realiteit sluit aan bij eerder Vlaams onderzoek van Eeckloo et al. (23), die aantoonde dat wetswijzigingen (zoals de invoering van de gerichte *medical* audit) trachten om het mandaat van de hoofdarts te versterken, maar dat structurele onduidelijkheden blijven bestaan. Ook internationaal wordt dit spanningsveld erkend. Advisory Board (24) spreekt over medische leiders in een '*murky middle ground*', waar ze formele verantwoordelijkheden hebben, zonder duidelijke tools om te sturen.

Daarnaast spelen informele machtsstructuren een belangrijke rol. De effectiviteit van hoofdartsen blijft sterk afhankelijk van vertrouwen, relationele vaardigheden en het vermogen om draagvlak op te bouwen binnen het artsenkorps. Dit pleit voor een *governance*-benadering die zowel formele als informele dynamieken erkent (24,25).

Deze spanning sluit aan bij eerder onderzoek naar *hospital governance* in Vlaanderen, waarin het belang van evenwichtige samenwerking tussen actoren centraal staat, met de hoofdarts als cruciale verbindende schakel (5). *Co-governance*, met structurele artsenbetrokkenheid bij strategisch beleid, wordt naar voren geschoven als toekomstmodel. De klinische expertise van artsen biedt een belangrijke meerwaarde voor het ziekenhuisbeleid (10,11,26). Hoofdartsen pleiten ook voor verdere professionalisering van bestuursorganen, wat aansluit bij onderzoek naar de positieve impact van artsen in het bestuur (14,26). Toch blijft de concrete implementatie vaag en in de praktijk vaak persoonsgebonden en contextafhankelijk.

De recente invoering van het instructierecht duidt op een beleidspoging tot versterking van het formele mandaat. Tegelijk illustreert het de grenzen van formele bevoegdheden in een context waarin de praktische toepassing ervan niet evident is omwille van de professionele autonomie van artsen en het belang van vertrouwen van en in het artsenkorps.

Dit bevestigt dat het huidige mandaat onvoldoende aansluit bij de complexe realiteit. Zonder structurele aanpak, blijft de impact van medisch leiderschap afhankelijk van persoonlijke inzet en informele relaties. Dit vormt een kwetsbare basis voor duurzaam beleid, terwijl net dat medisch beleid de kritische succesfactor is voor het ziekenhuis.

Opvallend is ten slotte dat hoofdartsen in de interviews beperkt verwezen naar patiëntenzorg. Dit suggereert dat ze zichzelf vooral positioneren als verbindingsfiguur in de *governance* en stelt in vraag in welke mate ze zichzelf zien als vertegenwoordiger van patiëntbelangen in ziekenhuisbeleid. Dit sluit aan bij Mintzberg en Glouberman's (6) werelden waarin spanningen bestaan tussen de werelden '*care-community*' en '*cure-control*', waarbij de hoofdarts voornamelijk actief is in het beleid, wat kan leiden tot een zekere afstand van de praktijk.

2. Individuele veerkracht vs. Structurele beperkingen: De nood aan ondersteuning van effectief medisch leiderschap

Een tweede kernthema is de behoefte aan ondersteuning. Hoofddartsen benadrukken het belang van zowel inhoudelijke als praktische ondersteuning in hun rol. Dit sluit aan bij het rapport van Advisory Board (24) over het belang van '*diversified support positions*' voor medische leiders. Ook andere studies tonen aan dat medische leiders beter functioneren wanneer ze ondersteund worden door teams met complementaire expertise (27).

Vrijwel alle hoofddartsen verwijzen naar het belang van de tandemrelatie met de algemeen directeur. Deze bevinding wordt bevestigd door Berghout et al. (28), die de waarde van duaal leiderschap onderschrijven. Ook Zorgnet-Icuro wijst in haar recentste conceptnota over co-governance op het belang van dit model.

Medisch leiderschap vraagt een gepast systeem waarin de hoofddarts professioneel, inhoudelijk en emotioneel wordt ondersteund, met ruimte voor leiderschapsontwikkeling, verankerd in een duidelijke strategische koers. De werk-privébalans komt naar voren als een uitdaging. De aanzienlijk hoge werkdruk, eigen aan de rol als continue tussenschakel, weegt ook op het persoonlijke leven. Shanafelt et al. (29) bevestigen dat medische leiders wereldwijd kampen met tijdsdruk en het balanceren uiteenlopende verantwoordelijkheden. Hoewel dit onderzoek overwegend mannelijke respondenten bevat, roept de impact van de rol op werk-privébalans vragen op over mogelijke drempels voor vrouwelijke artsen, een thema dat verdere verkenning verdient.

Deze bevindingen tonen hoe de persoonlijke inzet structurele tekorten compenseert, met gevolgen voor de werk-privébalans.

3. Interne bruggenbouwer vs. Externe netwerker: De hoofddarts als schakel in externe samenwerkingen

Ondanks de reeds benoemde spanningsvelden, zijn hoofddartsen actief betrokken bij de strategische toekomst van hun ziekenhuis, zowel formeel als informeel. Recente literatuur bevestigt dat medisch leiderschap evolueert richting beleidsvorming, netwerkopbouw en interprofessionele samenwerking (30,31).

De beweging naar geïntegreerde zorg wordt door hoofddartsen erkend, maar reikt verder dan hun mandaat. Verantwoordelijkheden rond netwerkvorming, fusietrajecten en samenwerking met de eerste lijn komen bovenop het bestaande takenpakket. Toch wijst onderzoek op het belang van structurele verankering van klinisch leiderschap als hefboom voor kwaliteitsvolle, geïntegreerde zorg (32,33).

De relatie met overheden en koepelorganisaties wordt door de hoofddartsen als eerder moeizaam ervaren. Onduidelijke communicatie, wisselende beleidsboodschappen, een gebrek aan betrokkenheid leiden tot frustratie en onzekerheid. Een duidelijke positionering van de hoofddarts als strategische partner binnen een evoluerend zorglandschap is aangewezen.

Het spanningsveld tussen interne en externe rol manifesteert zich hier: toenemende verwachtingen rond netwerkvorming en transmurale samenwerking verbreden het takenpakket, zonder evenredige aanpassing van mandaat of ondersteuning.

4. Visie vs. Realiteit: Beleidsbeperkingen

Het vierde spanningsveld beschrijft hoe hoofddartsen balanceren tussen hun visie op geïntegreerde en kwaliteitsvolle zorg en de huidige systemische beperkingen. Gefragmenteerde bevoegdheden, inconsistent beleid en financieringsmodellen die kwaliteit niet altijd ondersteunen, vergroten deze kloof. Hoewel het recente federaal regeerakkoord co-governance als prioriteit benoemt, blijft de praktische uitwerking voorlopig onduidelijk (4). Deze discrepantie tussen beleidsambities en realiteit wordt ook internationaal erkend (32,33). Een structurele herpositionering van de hoofddarts binnen het *governance*kader is noodzakelijk. Zonder heldere mandaten, in een goede balans met de medische raad en met voldoende ondersteuning blijft hun visie kwetsbaar.

5. Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Sterktes

De inhoudelijke kennis van de student-onderzoeker over het ziekenhuislandschap droeg bij tot een vertrouwensrelatie met respondenten, wat leidde tot diepgaande gesprekken waarin ook gevoelige thema's aan bod kwamen. De hoge responsgraad maakte het mogelijk om een breed perspectief te verzamelen, met representatie uit verschillende ziekenhuiscontexten. Tijdens de analyse werd thematische saturatie bereikt, wat bevestigt dat de steekproefomvang toereikend was om terugkerende inzichten te identificeren.

De topiclijst was doordacht opgebouwd rond drie relevante thema's. De daaropvolgende Framework Analyse zorgde voor een systematische analyse van de rijke dataset, zonder de openheid van kwalitatief onderzoek te beperken. De kritische reflectie op de niet-benoemde elementen, zoals het patiëntperspectief en het gebruik van citaten, versterken de geloofwaardigheid van de bevindingen.

Zwaktes

Dit onderzoek kent ook enkele methodologische beperkingen. De dataverzameling en -analyse werden uitgevoerd door één student-onderzoeker met een professionele achtergrond als beleidsmedewerker medische directie. Ondanks overleg en triangulatie, kan een interpretatiebias niet volledig worden uitgesloten. In enkele gevallen kende de onderzoeker de respondent vooraf, wat de openheid positief of negatief beïnvloed kan hebben.

De selectie van respondenten werd deels bepaald door de beschikbaarheid en bereidheid tot deelname. Hoewel de interviews diepgang en consistentie mogelijk maakten, kan de thematische focus geleid hebben tot minder aandacht voor andere relevante aspecten.

De geografische spreiding was goed, maar de provincie Oost-Vlaanderen was ondervertegenwoordigd waardoor mogelijk bepaalde regionale perspectieven missen. Ook werd niet systematisch onderzocht hoe kenmerken zoals geslacht, leeftijd of anciënniteit samenhangen met verschillen in rolbeleving.

Toekomstig onderzoek

Gezien het hoge aantal hoofdartsen met een managementopleiding (87%), waarvan 30% een geavanceerde opleiding volgde, kan toekomstig onderzoek nagaan in hoeverre deze opleidingen effectief inspelen op de praktische uitdagingen van de functie. Dit kan bijdragen tot het optimaliseren van vormingstrajecten rond medisch leiderschap.

Daarnaast kan een vergelijkend onderzoek met internationale *governancemodellen* waardevol zijn om na te gaan hoe het spanningsveld rond het mandaat van de hoofdarts wordt ingevuld. Ook het perspectief van andere actoren binnen het ziekenhuisbestuur (zoals CEO, medische raad, bestuur) biedt relevante invalshoeken om wederzijdse verwachtingen en samenwerkingsdynamieken te verkennen.

Tot slot bieden de snelle evoluties in regionale zorgsamenwerkingen tussen ziekenhuizen een relevant kader voor vervolgonderzoek. De impact hiervan op de rol en tijdsbesteding van hoofdartsen is momenteel onderbelicht en verdient verdere verkenning.

6. Aanbevelingen

De volgende aanbevelingen (Figuur 4) zijn gericht op het versterken van de hoofddartsenrol in Vlaamse ziekenhuizen. Ze zijn gebaseerd op de geïdentificeerde spanningsvelden en bieden aanknopingspunten op systeem-, organisatie- als individueel niveau.

Beleidsmakers	▪ Versterk het juridisch kader door het mandaat van de hoofddarts expliciet te verankeren, in goede balans met de medische raad, met duidelijke bevoegdheden rond medisch strategisch beleid, kwaliteit, transmurale en interhospitaal samenwerkingen. Voorzie een periodieke evaluatie van de implementatie, met formele inspraak van hoofddartsen. ▪ Creëer een structureel communicatieplatform waar beleidsintenties inzake medische strategie en hervormingen transparant én tijdig worden gedeeld met hoofddartsen, met aandacht voor tweerichtingscommunicatie en dialoog. ▪ Actualiseer het governancekader van ziekenhuizen met expliciete inbedding van co-governanceprincipes. Leg formeel vast hoe medische inbreng wordt geïntegreerd in strategische besluitvorming op instellings- en netwerkniveau. ▪ Investeer in leiderschapsontwikkeling in medische opleidingen door aandacht te besteden aan governance, samenwerking en management in het bestaande curriculum van artsen. Zo worden jonge artsen vroeg in hun loopbaan hiermee vertrouwd worden.
Ziekenhuisbestuur	▪ Implementeer co-governance in de praktijk door structurele participatie van artsen in strategische besluitvorming, inclusief mechanismen voor wederzijdse verantwoording tussen medische staf en bestuur. ▪ Professionaliseer bestuursorganen via gerichte vorming in ziekenhuiswerking en -governance. Overweeg integratie van externe experts met vernieuwende inzichten in meer geïntegreerde zorg en zorgstrategie in het evoluerende zorglandschap. ▪ Voorzie structurele ondersteuning van hoofddartsen, inclusief inhoudelijke, administratieve en organisatorische back-up, en ruimte voor persoonlijke coaching en leiderschapsontwikkeling. ▪ Integreer het patiëntperspectief in het medisch beleid, o.a. via systematische feedbackmechanismen, kwaliteitsindicatoren en directe interactie met patiëntvertegenwoordiging.

Hoofddartsen	▪ Investeer in professionele ontwikkeling via gerichte leiderschapsprogramma's met focus op verandermanagement, onderhandeling, strategie en financieel inzicht in zorg. ▪ Stimuleer collegiale uitwisseling door organisatie en deelname aan intervisie en overleg met collega-hoofddartsen over actuele thema's zoals netwerkvorming, digitale transformatie, waardegedreven zorg. ▪ Stimuleer leiderschapsontwikkeling bij jonge artsen door binnen het ziekenhuis actief inzicht te bieden in beleidsstructuren en hen actief hierin te betrekken. Investeer daarnaast in mentorschap (i.s.m. kennisinstellingen) en rolmodellering om de stap naar medisch leiderschap aantrekkelijk te maken. ▪ Ontwikkel persoonlijke strategieën voor duurzaam leiderschap, met aandacht voor zelfzorg en work-lifebalans. Overweeg functiedifferentiatie om bepaalde taken gedeeld of gedelegeerd op te nemen. ▪ Versterk de klinische verbinding door structurele initiatieven zoals werkvloerrondes of momenten gericht op het vertalen van strategisch beleid naar de praktijk.
Overkoepelende implementatie strategie	▪ Versterk het platform van de Vlaamse Vereniging van Hoofddartsen (VVvH) als kennis- en intervisienetwerk, gericht op best practices, beleidsadvisering en professionele ondersteuning. ▪ Voorzie een periodieke evaluatie van de implementatie en impact van bovenstaande aanbevelingen op de effectiviteit van medisch leiderschap in Vlaamse ziekenhuizen. ▪ Vertaal aanbevelingen naar concrete implementatierichtlijnen, bij voorkeur in overleg met beleidsinstanties, ziekenhuisbesturen en beroepsverenigingen, zodat ze kunnen worden afgestemd op diverse ziekenhuiscontexten en daadwerkelijk richting kunnen geven aan toekomstgericht medisch leiderschap.

Figuur 4. Aanbevelingen

Conclusie

Dit masterproefonderzoek onderzocht hoe hoofdartsen in Vlaamse ziekenhuizen hun rol invullen in een complex en veranderend zorglandschap. Drie centrale thema's werden uitgelicht: interne werking, externe samenwerking en de persoonlijke beleving. De resultaten tonen dat hoofdartsen zich positioneren als brugfiguren tussen artsenkorps, directie en beleid. Toch blijkt het formele mandaat onvoldoende afgestemd op de realiteit. Er is een sterke individuele inzet en een groot engagement, maar de slagkracht van hoofdartsen is eerder beperkt, onder meer door het gebrek aan duidelijke bevoegdheden en structurele ondersteuning.

Hun toenemende rol bij externe samenwerkingen onderstreept hun strategische positie, binnen én buiten het ziekenhuis, maar dit kan ten koste gaan van de noodzakelijke focus op kwalitatieve en meer geïntegreerde zorg. Het is en blijft een moeilijke evenwichtsoefening. Hun mandaat, opdracht en sturend vermogen zijn vaak vaag omschreven, terwijl verwachtingen inzake kwaliteitsvolle zorg voor patiënten steeds explicieter worden. Een aangepaste roldefiniëring en gerichte ondersteuning zijn daarbij aangewezen. De bevindingen wijzen ook op bredere systeemspanningen: versnippering van bevoegdheden, gebrek aan consistente beleidskaders en politieke inmenging in bestuursstructuren vragen een toekomstgericht *hospital governance*kader.

Hoofdartsen staan vandaag voor complexe uitdagingen die voortvloeien uit de veranderende opdracht van ziekenhuizen in een evoluerend zorglandschap. De rol vereist leiderschap, visie en het vermogen om gedragen beslissingen te kunnen maken, binnen en buiten het ziekenhuis, in goede samenwerking met het artsenkorps. Om de rol duurzaam op te nemen, is het noodzakelijk om te investeren in expliciete kaders, maar ook in vertrouwen en ondersteuning. Medisch leiderschap is vandaag meer dan ooit een sleutel voor toekomstgerichte ziekenhuiszorg.

Referentielijst

1. Bennington L. Review of the corporate and healthcare governance literature. *J Manag Organ.* 2010;16(2):314–33.
2. Erwin CO, Landry AY, Livingston AC, Dias A. Effective Governance and Hospital Boards Revisited: Reflections on 25 Years of Research. *Medical Care Research and Review.* 2019;76(2):131–66.
3. Hellings J. Hospital Governance Aanbevelingen 2012 [Internet]. Brussel: ICURO vzw; 2012 [cited 2025 Jan 25]. Available from: https://www.guberna.be/sites/default/files/public/2020-03/hospital_governance_aanbevelingen_2012.pdf
4. De Wever B. FEDERAAL REGEERAKKOORD 2025 - 2029 [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 23]. Available from: https://www.belgium.be/nl/publicaties/regeerakkoord_van_de_federale_regering_bart_de_wever
5. Eeckloo K, Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels A. From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy.* 2004;68(1):1–15.
6. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Differentiation. *Health Care Management Review.* 2001;26:56–69.
7. Eeckloo K, Delesie L, Vleugels A. Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health.* 2007;127(2):78–86.
8. Van Herck G, Van Hulle C, Eeckloo K, Vleugels A. Governance bij Belgische ziekenhuizen: een a(a)rtsmoeilijk probleem! *Business in zicht.* 2004;2–3.
9. Gerkens S, Merkur S. Health Systems in Transition - Belgium Health System Review [Internet]. 2020. Available from: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/HiT-22-5-2020-eng.pdf>
10. Clay-Williams R, Ludlow K, Testa L, Li Z, Braithwaite J. Medical leadership, a systematic narrative review: Do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? *BMJ Open.* 2017;7(9):e0144474. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014474.
11. Jalilvand MA, Raeisi AR, Shaarbafchizadeh N. Hospital governance accountability structure: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):24–47. doi: 10.1186/s12913-023-10135-0
12. De Regge M, Eeckloo K. Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research. *Soc Sci Med.* 2020;262:113252.
13. Eeckloo K. Hospital governance in Vlaanderen [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2008.
14. Veronesi G, Kirkpatrick I, Vallascas F. Clinicians on the board: What difference does it make? *Soc Sci Med.* 2013;77(1):147–55.
15. Rotar AM, Botje D, Klazinga NS, Lombarts KM, Groene O, Sunol R, et al. The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: A quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(2):99–109. doi: 10.1186/s12913-016-1396-4
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 2007;19(6):349–57.
17. Holloway I, Galvin K. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare.* 5th ed. John Wiley & Sons Ltd; 2024.

18. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13(1):117-125.
19. Lumivero. NVivo Qualitative data analysis software [Internet]. Burlington, MA: Lumivero; 2024 [cited 2025 May 3]. Available from: <https://lumivero.com/products/nvivo/>
20. Zorgnet-Icuro vzw. Zorgnet-Icuro vzw - Over ons [Internet]. [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://www.zorgneticuro.be/over-ons>
21. Vlaamse Vereniging Hoofddartsen. Vlaamse Vereniging van Hoofddartsen [Internet]. Brussel: Belgisch Staatsblad: oktober 2021 [cited 2025 Feb 20]. Available from: https://www.ejustice.just.fgov.be/tsv_pdf/2021/10/21/21125921.pdf
22. Jones L, Fulop N. The role of professional elites in healthcare governance: Exploring the work of the medical director. *Soc Sci Med*. 2021;277:113882.
23. Eeckloo K, Ceuterick G, Vleugels A, Vandewoude K. De hoofdgeneesheer niet langer scheidsrechter zonder fluit?: een eerste evaluatie van de wijzigingen in de wettelijke regeling van de organisatie van de medische activiteit in ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2016;72(5):293-304.
24. Advisory Board. Strengthening Your Physician Leadership Development Program: Five must-answer questions for chief medical officers Physician Executive Council Chief medical officers. Washington, DC; 2019.
25. Daly J, Jackson D, Mannix J, Davidson PM, Hutchinson M. The importance of clinical leadership in the hospital setting. *J Healthc Leadersh*. 2014;6:75-83.
26. Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? *Soc Sci Med*. 2011;73(4):535-9.
27. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. *J Health Organ Manag*. 2015;29(3):353-66.
28. Berghout MA, Oldenhof L, van der Scheer WK, Hilders CGJM. From context to contexting: professional identity un/doing in a medical leadership development programme. *Sociol Health Illn*. 2020;42(2):359-78.
29. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Wang H, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2020. *Mayo Clin Proc*. 2022;97(3):491-506.
30. Stave GM, Burton WN, Heron RJL, Hudson TW, Pawlecki JB, Roomes D, et al. Role and Value of the Corporate Medical Director. *J Occup Environ Med*. 2023;65(12):e797-807.
31. Al-Alawy K, Moonesar IA. Review: Medical directors – Is there a need for reform? *SAGE Open Medicine*. 2024;12(1):1-7.
32. Goodwin N. Inner fire: Building competence and resilience to enable the effective management of integrated care systems. *International Journal of Integrated Care*. 2020;20:1-2.
33. Mitterlechner M. Leadership in integrated care networks: A literature review and opportunities for future research. *International Journal of Integrated Care*. 2020;20:1-14.

Tabellen

Tabel 1. Karakteristieken van respondenten

Karakteristiek	N	%
Geslacht		
Man	19	83%
Vrouw	4	17%
Ervaring als hoofddarts		
<5jaar	14	61%
5 – 10 jaar	6	26%
>10 jaar	3	13%
Ziekenhuisgrootte		
<300 bedden	8	35%
300 – 700 bedden	9	39%
>700 bedden	6	26%
Specialisme		
Heelkunde	8	35%
Inwendige geneeskunde	8	35%
Medisch-technische diensten	7	30%
Managementopleiding		
Geen	3	13%
Basis	13	57%
Geavanceerd *	7	30%
Professionele achtergrond		
Medisch diensthoofd	13	57%
Ervaring medische raad	5	22%
Nog steeds klinisch actief	6	26%
Voorheen arts in hetzelfde ziekenhuis	16	70%
Provincie		
Antwerpen	6	26%
Limburg	6	26%
Vlaams-Brabant	5	22%
West-Vlaanderen	6	26%
Oost-Vlaanderen	0	0%
Totaal	23	100%

* MBA, master, postgraduaat, ...

Bijlagen

Bijlage 1. Richtvragen interviews

Richtvragen interviews

Interne werking

- Hoe is het medisch departement in uw ziekenhuis georganiseerd? Welke ondersteuning heeft u ter beschikking? Wie helpt u? Welk structureel overleg is er met wie?
- Hoe is het overleg met de medische diensthoofden georganiseerd?
- Hoe zou u de samenwerking met de medische diensthoofden nog kunnen verbeteren?
- Hoe is het overleg met de medische raad georganiseerd?
- Hoe evalueert u uw impact op directiewerking?
- Hoe is de samenwerking met andere directieleden? Welke verbeteringen zijn er mogelijk?
- Hoe is de samenwerking met het departement zorg? Welke verbeteringen zijn er mogelijk?
- Hoe is de samenwerking met de CEO? Is de samenwerking wenselijk of hoe kan de samenwerking verbeterd worden?
- Hoe evalueert u uw impact op de bestuurlijke werking?
- Hoe evalueert u globaal de governance in uw ziekenhuis? Wat gaat er goed? Wat kan er beter?
- Hoe kijkt u naar de samenwerking tussen bestuurders, directie en medische raad?
- Ervaart u fricties in de governance die tot spanningen kunnen leiden? Zo ja, hebben de fricties invloed op uw rol als hoofdarts? Kan u dit illustreren met een voorbeeld?
-

Externe samenwerking

- Hoe stimuleer je de samenwerking met de eerste lijn?
- Bent u als hoofdarts bezig met strategie en het voorbereiden van de toekomst?
- Wat beschouw jij als de grootste uitdaging als hoofdarts?
- Hoe ziet u de rol van de hoofdarts evolueren in de toekomst?
- Bent u op de hoogte van de conceptnota van Zorgnet Icuuro inzake het governance-model voor (Vlaamse) Ziekenhuizen?

Persoonlijke beleving

- Hoe ervaart u de balans tussen werk en privé?
- Hoeveel tijd bent u nog klinisch actief?
- Kan u bij iemand terecht als u het moeilijk heeft in uw opdracht als hoofdarts?

Algemeen

- Wat zijn de belangrijkste punten die u wil meegeven aan een beleidsmaker m.b.t. de functie van een hoofdarts in een ziekenhuis? En welke hospital governance aanbeveling zou u daarbij formuleren?
- Zijn er onderwerpen die volgens u niet besproken werden in dit interview?

Bijlage 2. Codeboom analyse interviews

Codeboom

Thema	Code	Beschrijving
Interne werking	Belemmerende factoren	Interne factoren die het functioneren van de hoofdarts belemmeren of bemoeilijken.
	Faciliterende factoren	Interne elementen die de rol van de hoofdarts ondersteunen of versterken.
	Governance	De manier waarop de formele en informele machtsverhoudingen, mandaten, ... in het ziekenhuis vorm hebben.
	Organisatie medisch departement	Structuur van de interne werking van het medisch departement in het ziekenhuis (het departement van de hoofdarts).
	Aansturingsmodel	Het aansturingsmodel van het medisch departement (dual, enkelvoudig, ...).
	Medisch leidinggevend middenkader	Middenkader leidinggevend vanuit het artsenkorps (een tussenniveau van artsen die leiding geven op dienst- of clusterniveau). Verschillende benamingen worden hiervoor gehanteerd in verschillende ziekenhuizen (divisies, clusters, afdelingen, ...).
	Ondersteunende diensten	Afdelingen die onder de hoofdarts vallen, zoals MZG, kwaliteit, ...
	Persoonlijke rolopvatting	Verwijzing naar de rolopvatting van de hoofdarts in het eigen ziekenhuis.
	Brugfunctie	De rol van de hoofdarts als verbindingsfiguur tussen medisch korps en directie of bestuur.
	Klinische betrokkenheid	Mate waarin hoofdartsen al dan niet klinisch actief blijven en hoe dat hun gezag beïnvloed.
	Positionering	Perceptie van de eigen plaats binnen de organisatie, inclusief hiërarchische of informele positionering.
	Strategische betrokkenheid	Mate van deelname aan langetermijnbeleid en strategische besluitvorming.
	Verbindend leiderschap	Leiderschapsstijl die gericht is op samenwerking, dialoog en integratie van perspectieven in het medisch korps, maar ook in samenwerking met directie.
	Samenwerkingen	Samenwerkingen vanuit de rol van de hoofdarts.
	Artsenkorps	Samenwerking met het artsenkorps; Verwijzing naar mate waarin (al dan niet) artsen participeren aan beleid, overleg en besluitvorming.
	Directie	Samenwerking met de directie (CEO, directeur zorg, andere actoren).
	Medisch leidinggevend middenkader	Verwijzing naar het medisch leidinggevend middenkader (zie ook Organisatie medisch departement).
	Medische diensthoofden	Samenwerking met de medische diensthoofden; Verwijzing naar mate waarin medische diensthoofden (al dan niet) participeren aan beleid, overleg en besluitvorming; Suggesties of noden tot aanpassing binnen de organisatie of functie-invulling van medische diensthoofden en de samenwerking met de medische directie.
	Medische raad	Samenwerking met de medische raad; Verwijzing naar de mate van betrokkenheid als hoofdarts bij de medische raad.
	Bestuursorgaan	Samenwerking met de raad van bestuur; Verwijzing naar de (al dan niet) betrokkenheid van de raad van bestuur in de governance van het ziekenhuis.

Thema	Code	Beschrijving
Externe werking	Overheid	Verwijzing naar overheid, minister van Volksgezondheid.
	Samenwerking eerste lijn	Samenwerking met huisartsen, eerstelijnszones, andere zorgactoren uit het eerstelijnszorglandschap.
	Samenwerking fusie	Fusie of intentie tot fusie.
	Samenwerking ziekenhuisnetwerk	Samenwerking binnen het ziekenhuisnetwerk.
	Vlaamse Vereniging voor Hoofddartsen	Verwijzing naar de VVvH.
	Zorgnet-Icuro	Verwijzing naar de koepelorganisatie ZNI.
Persoonlijke beleving	Balans werk-privé	Uitspraken over de impact van functie op het persoonlijke leven van de hoofddarts.
	Brugfunctie	De rol van de hoofddarts als verbindingsfiguur tussen het medische korps, directie, bestuur, ...
	Ondersteuning	Vormen van hulp of samenwerking die het functioneren van de hoofddarts beïnvloeden.
	Inhoudelijk	Verwijzing naar inhoudelijke ondersteuning van de hoofddarts in zijn functie door een beleidsmedewerker, stafmedewerker, ...
	Praktisch – organisatorisch	Verwijzing naar praktische ondersteuning van de hoofddarts door een secretariaat.
	Emotioneel	Verwijzing naar emotionele factoren van invloed op het functioneren van de hoofddarts (gelinkt aan zijn rol).
	Positie – mandaat – identiteit hoofddarts	Reflecties op hoe de hoofddarts zichzelf positioneert, welk mandaat hij/zij heeft en hoe die rol wordt beleefd.
	Toekomstvisie rol hoofddarts	Ideeën en aanbevelingen over hoe de hoofddartsrol zou moeten of kunnen evolueren.
	Werkdruk	Beleving van de belasting, tijdsdruk of onhaalbare verwachtingen.
	Perceptie van uitdagingen	Ervaringen en inschattingen van de moeilijkheden die bij het hoofddartsmandaat horen.
	Bevoegdheden	Formele of informele rechten van de hoofddarts om te sturen, beslissen of optreden.
	Financiering	Financiële structuur of knelpunten die het functioneren van de hoofddarts beïnvloeden.
	Governance	Manier waarop de formele en informele machtsverhoudingen, mandaten en rapporteringslijnen zijn georganiseerd.
	Juridische onduidelijkheden	Gebrek aan wettelijk kader of inconsistenties in regelgeving.
	Leiderschap	Uitspraken over stijl, positie en werking van leiderschap binnen het ziekenhuis.
	Mandaat	(Gebrek aan) Officiële of impliciete draagwijdte van het mandaat van de hoofddarts.
	Onduidelijkheden voor toekomst	Onzekerheden over toekomstige positionering, rol of verwachtingen.
	Rolverwachtingen	Beleving van expliciete of impliciete verwachtingen ten aanzien van de hoofddarts.
Contextuele factoren	Type ziekenhuis	Onderscheid universitaire ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen.
	Fusiecontext	Gesprekken m.b.t. fusievorming, verdergaande samenwerkingen, ...
	Regio/licging	Afgelegen of centrale liggen; populatie; hoog versus laag seizoen.
	Ziekenhuisgrootte	Reflecties over de impact van schaalgrootte van het ziekenhuis op de rol en positie van de hoofddarts.
	Ziekenhuisnetwerk	Samenwerking in het ziekenhuisnetwerk.

Thema	Code	Beschrijving
Meta-dimensies = Overkoepelende reflecties die overstijgend zijn	Toekomstvisie – strategie	Verwijzing naar de toekomstvisie en strategisch (medisch) beleid; verwijzing naar rol van de hoofdarts in de strategie van het ziekenhuis.
	Kwaliteit van zorg	Verwijzingen naar hoe hoofdartsen bijdragen aan of reflecteren op het kwaliteitsbeleid.
	Verwijzing naar patiëntenzorg	Verwijzing naar patiëntenzorg door de hoofdarts (afstand-nabijheid tot praktijk).
Nieuwe inzichten	Behoeftte aan (systeem)hervorming	Uitspraken over noden aan structurele veranderingen in governance of mandaat.
	Thema buiten hoofdclusters	Opmerkelijke uitspraken die niet direct passen binnen de centrale thema's.
	Verrassende uitspraken	Opvallende of atypische stellingname door respondent.
	Beleidsmatig relevant	Inhoudelijke elementen die rechtstreeks input leveren voor beleidsontwikkeling.
	Contrast met literatuur	Uitspraken die afwijken van bestaande literatuur of theorie.
	Tegen-intuïtief	Stellingen die ingaan tegen gangbare verwachtingen of assumpties.