

Annemiek
Stoopendaal

Maatschappelijk besturen

Een profiel van vrouwelijke zorgdirecteuren

Noordegraaf en Meurs (2002) beschrijven de professionalisering van managers in de zorg. Op basis van de uitkomsten van een grootschalige survey onder directeuren in de zorg trekken zij een aantal conclusies over de achtergrond, de instellingen en het denken en doen van de hedendaagse zorgdirecteur. De survey was gericht op het achterhalen van empirische feiten over zorgdirecteuren: wie zijn zij en wat doen zij? Tien procent van de (onderzochte) zorgdirecteuren is vrouw. De survey biedt ons de mogelijkheid te achterhalen hoe vrouwen zorginstellingen besturen, wie zij zijn en wat zij doen. Door de gegevens te vergelijken kunnen we een aantal overeenkomsten en verschillen traceren in de praktijkuitoefening van mannelijke en vrouwelijke directeuren in de Nederlandse gezondheidszorg.

Waarom er nog maar zo weinig vrouwen zorginstellingen besturen, wordt in dit artikel verklaard aan de hand van een historische terugblik en vanuit de empirie: de voorkeuren en het gedrag van vrouwelijke zorgdirecteuren en de ontwikkeling van hedendaagse zorginstellingen. Deze inzichten worden gebruikt om te reflecteren op de mogelijkheid (en de wenselijkheid) om besturen van zorginstellingen, in ieder geval wat sekse betreft, een afspiegeling van de maatschappij te laten zijn.

Geschiedenis Hoewel er vandaag de dag veel vrouwen in de gezondheidszorg werken, zijn ze aan de top van een zorginstelling in de minderheid. Dat is niet altijd zo geweest. Hoe is het vrouwen in de zorg door de eeuwen heen vergaan?

Het gasthuis in het West-Europa van vóór de elfde eeuw ontleent zijn karakter aan de verpleging. De verpleging ontstaat vanuit de 'diakonein': de dienende leden (mannen en vrouwen) van de vroegchristelijke kerkelijke gemeenschap. Medische verzorging is tot 1200 een ondergeschikte aangelegenheid. Een enkele keer wordt de stadschirurgijn geconsulteerd (Querido, 1974). Na 1200 verliest de kerk haar invloed op de gasthuizen en komt het bestuur in handen van particuliere regenten en regentessen.

Secularisering

De religieuzen verdwijnen uit de gasthuizen en hun taak wordt overgenomen door 'vaders' en 'moeders'. Dezen verdelen hun werk als volgt: de vader draagt de verantwoordelijkheid voor de gebouwen, het werkvolk en het ziekenbezoek, de moeder zorgt voor het vrouwelijk personeel en het werk op de verpleegafdelingen. Als de betekenis van de gasthuisdokters groter wordt en er meer acute zieken in de gasthuizen worden opgenomen, ontbreekt het de verpleging aan kennis over deze patiëntencategorie. Het is tot rond 1800 een 'donkere' tijd in de geschiedenis van de ziekenverpleging (Meurs, 1982:68).

Het reveil in de negentiende eeuw heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de verbetering van het lot van de zieken. Naast liefdevol en liefdadigheid worden nobele principes. Dominee Theodor Fliegener en zijn vrouw zoeken vrouwen uit 'de beschaafde stand' die de oude diaconessentaak weer kunnen opnemen. Deze diaconessen worden streng geselecteerd en goed opgeleid. Verpleegster zijn werd voor de beter gesitueerde vrouwen een mogelijkheid om een zelfstandig beroep uit te oefenen. Vanaf 1840 zijn het de zusters - in de diaconessenhuizen de besturende zusters en elders directrices of moeder-oversten - die de scepter zwaaien¹.

Medicalisering

Aan het einde van de negentiende eeuw gaat het charitatieve motief ten aanzien van de oprichting en het beheer van ziekenhuizen, voortkomend uit de reveilbeweging, over in een medisch motief, voortkomend uit de vooruitgang van de medische wetenschap. De doelgroep bestaat nu niet alleen meer uit armen, maar ook uit welgestelden, en de doelstelling verandert van sociale opvang in adequate medische behandeling (Meurs, 1982:89). De artsen krijgen een centrale plaats in het ziekenhuis. Zij worden bijgestaan door de verpleegkundigen. Vrouwen worden niet opgeleid tot geneesheer, maar wel tot verpleegster of zuster.

De nadruk op de ontwikkeling van de medische wetenschap plaatst de artsen op de eerste rang; de leiding van

Inzicht in het zware bestaan van de verpleegkundige aan het begin van de twintigste eeuw wordt geboden door het levensverhaal van zuster Frederike Meyboom (Rijpstra-



Fredérique Meijboom (1871-1971)

Verbeek, 1962). Zij streed voor verbetering van de situatie van patiënt en verpleegkundige, en combineerde als directrice van het Bergweg Ziekenhuis in Rotterdam een humanitaire vorm van verpleegkunde met de zorg voor verbetering van de opleiding en de arbeidsomstandigheden van de verpleegkundigen. Maar ook economisch had zij haar zaken op orde. Bij haar afscheid van het Bergweg Ziekenhuis werd gememoreerd dat de prijs per voedingsdag daar het laagst

was van alle grote ziekenhuizen in Nederland. Als voorzitter van de in 1899 opgerichte Directrice-Bond streed zij onder andere voor de pensioenrechten van directrices.

Ter illustratie een kijkje in het vroegere organisatorische leven in een gezondheidsinstelling. Een interview met een voormalig directrice (1960-1980) van de Johannastichting in Arnhem, een kinderevalidatiecentrum, leert dat zij verantwoordelijk was voor het reilen en zeilen van de huishouding, de keuken en de verpleegdiensten van alle zes paviljoens. Haar collega-directeuren, een medisch directeur en een economisch directeur, waren beiden mannen. Na haar opleiding kinderopvoeding en verpleegkunde met kinderaantekening had zij een managementopleiding gevolgd. Ze reageerde op een advertentie voor een directrice bij de Johannastichting. In haar aanstellingsbrief stond haar functie echter omschreven als adjunct-directrice; deze functieomschrijving heeft zij niet geaccepteerd. Omdat ze niet getrouwd was en geen zorg voor eigen kinderen droeg, spendeerde zij een groot deel van haar tijd aan de instelling; ze at er en was er van vroeg tot laat. Ze hield zich vooral bezig met het aannemen en begeleiden van het (veelal intern verblijvende) personeel; ze kende iedereen. Extern onderhield zij contacten met de (adjunct-)directrices van de andere Nederlandse revalidatiecentra. Door deze samenwerking kwam een specifieke opleiding voor verzorgenden in revalidatiecentra tot stand. Het inhoudelijk curriculum werd door de directrices zelf geschreven; later werd de samenwerking uitgebreid met de (mannelijke) directeuren².

het ziekenhuis komt in handen van de geneesheer-directeur. De directrice, verantwoordelijk voor de verzorging (care) van de patiënten en de dagelijkse gang van zaken, de personeelszaken en de opleiding van de zusters, komt als adjunct op het tweede plan te staan (Meurs, 1982:98).

Economisering

Rond 1930 gaan steeds meer ziekenhuizen over tot het aanstellen van een administrateur. De administrateur of econoom gaat rond 1950 als machtspartij een rol spelen in het bestuur van het ziekenhuis. Na de Tweede Wereldoorlog wordt het recht op gezondheidszorg een sociaal grondrecht en ontstaan sociale verzekeringswetten; de ziekenhuissector groeit door de verbeterde financiering (Ziekenfondsbesluit in 1941) en de ontwikkeling van de medische wetenschap.

Vanwege de schaalvergroting en de toenemende complexiteit zijn andere bestuursvormen nodig. De meerhoofdige directie doet rond 1960 haar intrede met een medisch directeur, een economisch directeur en een verpleegkundig (adjunct-)directrice. Rond 1970 komt de algemeen directeur op en ontstaat het fenomeen medische staf (Meurs, 1982:104). In deze tijd verandert de aanduiding 'geneesheer-directeur' in 'medisch directeur'. Kenmerkend in de naoorlogse periode is de toename van het staatstoezicht, dat zich vanaf 1970 vooral richt op het in de hand houden van de groei en de kosten van de gezondheidszorg.

Vrouwen kiezen in die tijd niet vaak voor economische studierichtingen. Na 1980 is de leiding van de ziekenhuizen in handen van economisch of algemeen directeuren en medisch directeuren; in overeenstemming met de geschetste ontwikkeling zijn dit meestal mannen.

De conclusie uit het bovenstaande luidt dat de voortgaande medicalisering en economisering van de gezondheidszorg én de achterblijvende mogelijkheden voor vrouwen om geneeskunde en economie te studeren, vrouwen in de zorg uiteindelijk van de troon hebben gestoten.

Hier en nu Enkele feiten over de huidige besturing van de gezondheidszorg.

Er werken in 1995 809.000 personen in de zorg. 77% van deze werknemers is vrouw³ (Van Dijk, 1997). Er komen steeds meer vrouwelijke artsen; momenteel bestaat de studentenpopulatie van geneeskundeopleidingen voor 60% uit vrouwen. Ook binnen studies als verplegings- en gezondheidswetenschappen zijn vrouwelijke studenten oververtegenwoordigd (Hoogervorst, 2001). Onderzoek wijst uit dat er meer vrouwelijke dan mannelijke managers zijn in gezondheidszorginstellingen, maar dat ze niet op topposities te vinden zijn (Vinkenburg, 1997). Een scan van de almanak uit 2002 van de Nederlandse Vereniging voor Zorg Directeuren (NVZD) leert dat 10% van de duizend leden van de NVZD vrouw is⁴. De vrouwelijke directeuren zijn in alle sectoren van de gezondheidszorg te vinden, maar vooral in verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen.

Uit de NVZD-almanak blijkt dat 40% van de zorgdirecteuren zich tegenwoordig lid of voorzitter van de raad van bestuur of bestuurder noemt. Wanneer de aanduiding 'directeur' wordt gebruikt, wordt er onderscheid gemaakt in aandachtsgebieden; bij de bestuurders gebeurt dit niet. Er bevinden zich in het ledenbestand van de NVZD nog maar vijf medisch directeuren, één geneesheer-directeur en één economisch directeur. De

Waar zijn de vrouwelijke directeuren te vinden?

Algemeen ziekenhuis	22
Psychiatrie	11
Verpleeghuis	31
Gehandicaptenzorg	16
Thuiszorg	10

Bron: NVZD-almanak 2002

vrouwelijke zorgdirecteuren hanteren deze aanduidingen in dezelfde verhouding - met als verschil dat zij, wanneer zij 'directeur' genoemd worden, vaker het aandachtsgebied zorg onder hun hoede hebben (12% tegenover 5%). Onder de vrouwelijke directeuren is nog één adjunct-directeur zorg te vinden.

Uit deze gegevens is af te leiden dat de ontwikkeling in de besturing van de zorg is voortgeschreden. Geneesheer-directeuren, medisch directeuren en economisch directeuren maken plaats voor de meer hybride naamgeving van 'bestuurders' en 'directeuren' (Noordegraaf en Meurs, 2002). In de raden van bestuur zijn hun individuele achtergronden en aandachtsgebieden niet meer te herkennen. Vrouwelijke directeuren wijken enigszins af van deze trend: zij zijn in de naamgeving van hun functie iets meer verbonden met de inhoud van de zorg.

Profielen Door middel van een grootschalige enquête onder Nederlandse instellingsdirecteuren is het profiel van de huidige zorgdirecteur onderzocht⁵ (Noordegraaf, Meurs en Stoopendaal, 2002). Het doel van deze survey was te achterhalen wie de directeuren zijn, wat hun opleiding is, hoe hun carrière verlopen is, hoe de organisatie waarin zij werken vorm krijgt, hoe de directeuren denken en wat ze doen.

De onderzoeksvragen leveren vier deelprofielen op: een biografisch, een organisatie-, een mentaal en een werkprofiel. De enquête geeft een beeld van de gemiddelde zorgdirecteur anno 2000, en van de gemiddelde zorgdirecteur van de specifieke instellingstypen. De enquête was in opzet niet gericht op het achterhalen van genderaspecten. Door middel van statistische analyse is echter nagegaan of er verschillen waarneembaar zijn tussen mannelijke en vrouwelijke directeuren.

De vragenlijst is in 2000 gestuurd naar alle leden van de NVZD, 889 directeuren in totaal, werkzaam in 592 verschillende instellingen. Onder de 410 respondenten waren 45 vrouwen (11%)⁶. Van de non-responscategorie zijn geen nadere gegevens bekend. Hoewel de groep vrouwelijke respondenten klein is, zijn er toch interessante verschillen en overeenkomsten gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke directeuren.

Biografisch profiel

Vrouwelijke directeuren zijn rond de vijftig jaar, gemiddeld drie jaar jonger dan hun mannelijke collega's, en zijn gemiddeld drie jaar korter lid van de NVZD. Hun vooropleiding is gelijk verdeeld over hbo en universiteit, maar het type vooropleidingen verschilt. Vrouwelijke directeuren hebben vooral verpleegkunde en medische of gezondheidswetenschappelijke studies gevolgd (58%) of sociaal-wetenschappelijke studies. Ze hebben geen van allen bedrijfskunde of economie gestudeerd (0%, tegenover 16% van de mannen) en hebben veel minder vaak dan hun mannelijke collega's een juridische vooropleiding.

De vrouwelijke directeuren hebben even vaak managementopleidingen gevolgd als hun mannelijke collega's. Ze hebben minder vaak eerdere directiefuncties gehad (44%, tegenover 64% van de mannen), maar hebben hun carrière opgebouwd in meer vergelijkbare instellingen binnen de gezondheidszorg.

Organisatieprofiel

Zowel mannelijke als vrouwelijke directeuren hebben merendeels zitting in een meerhoofdige raad van bestuur met collegiale verantwoordelijkheid.

Opvallend is dat vrouwelijke directeuren een extern budget beheren dat 17,5 miljoen euro kleiner is dan dat van hun mannelijke collega's; vrouwen geven waarschijnlijk leiding aan gemiddeld kleinere instellingen. Opvallend is dat vrouwen over het algemeen minder organisatieveranderingen doorvoeren, zoals vernieuwing van de topstructuur, verticale fusies, uitbreiding van het zorgaanbod, nieuwbouw en uitgebreide renovatie. Ze zijn ook minder dan de mannelijke directeuren voornemens grote organisatieveranderingen in gang te zetten.

Mentaal profiel

Het mentale profiel van vrouwelijke en mannelijke directeuren verschilt weinig. Ook vrouwen zien zichzelf het liefst als bestuurder, maar werken het meest in de - door het merendeel van de gehele onderzoekspopulatie minder gewaardeerde - rol van manager. Vrouwelijke directeuren vinden de rol van boegbeeld of ambassadeur iets belangrijker dan mannelijke directeuren. Mannen én vrouwen kiezen voor het actief aansturen van professionals. Ook hebben zij een maatschappelijk-managerial referentiekader gemeen, waarbij productiecijfers vooral worden gezien als indicatie voor de kwaliteit van het productieproces en de bedrijfseconomische gezondheid van de instelling, alsook voor de mate waarin de maatschappelijke functie wordt vervuld. Vrouwelijke directeuren zien de productiecijfers meer in het kader van het voldoen aan een politieke opdracht.

Werkprofiel

Hoewel vrouwelijke directeuren meer in deeltijd werken dan mannen⁷ (18% tegenover 5%), verschilt de manier

waarop beide groepen hun tijd invullen niet. Ze brengen dezelfde percentages van hun werktijd op kantoor of op de weg door en delen hun tijd op eenzelfde manier in: de helft van de tijd vergaderen ze, 10% van de tijd besteden ze aan ongeplande ontmoetingen, 20% aan bureauwerk, 10% aan telefoontjes en 5% aan rondlopen door de instelling. De meeste contacten (60%) worden onderhouden met ondergeschikte managers en collega-directeuren, en zijn qua inhoud gericht op interne, beheersmatige, verwachte zaken. De contacten zijn vooral managementgeoriënteerd.

Uit de empirische gegevens blijkt dat sekse geen grote invloed heeft op managementgedrag: vrouwelijke en mannelijke directeuren vullen hun dag op eenzelfde manier in. Toch zijn er verschillen: anno 2000 hebben de vrouwelijke directeuren allemaal een zorgopleiding en een zorgachtergrond, en hun managementcarrière vormt zich ook binnen de gezondheidszorg. Zij zijn zowel geschoold als gevormd in de gezondheidszorg en kennen de zorg van binnenuit.

Het is interessant dat, hoewel vrouwelijke directeuren van binnenuit in hun functie groeien, zij in hun functieopvatting meer dan hun mannelijke collega's gericht zijn op de wereld die hun instelling omringt. Zij zijn zich er ook sterker van bewust dat ze aan een politieke opdracht werken en zien zichzelf meer als boegbeeld en ambassadeur van de instelling ten opzichte van de buitenwereld. Hoewel zij, net als mannen, kiezen voor actief sturend management en ook een maatschappelijk-managerial referentiekader hebben, voeren ze minder radicale organisatieveranderingen door. Vrouwelijke directeuren lijken voorzichtiger te managen dan mannen.

Deze bevindingen uit de survey passen bij de uitkomsten van het onderzoek van Vinkenburg (1997) naar verschillen in gedrag en effectiviteit van mannelijke en vrouwelijke managers. In dit onderzoek - onder 139 managers in drie verschillende organisaties - zijn weinig op sekse gebaseerde verschillen in managementgedrag en managementeffectiviteit gevonden⁸; de bevindingen wijzen er vooral op dat het managementgedrag van vrouwen voorzichtiger, minder direct en meer participatief is.

Discussie Dat vrouwelijke directeuren voorzichtiger en minder veranderingsbelust managen, kan ermee te maken hebben dat ze vaak kleinere instellingen aansturen dan mannelijke collega's. Uit de survey blijkt dat er in het algemeen in kleinere organisaties minder radicale veranderingen doorgevoerd worden: grootschaligheid en veranderingen (fusies, kanteling, uitbreiding zorgaanbod, nieuwbouw) gaan samen. Oorzaak en gevolg van de verbondenheid van vrouwelijke directeuren met kleinere instellingen zijn niet duidelijk. Worden vrouwen alleen in de directie van kleinere instellingen toegelaten, zijn kleine instellingen aantrekkelijker voor vrouwen of houden vrouwen de instellingen die zij leiden

klein? Gesteld kan worden dat de schaalvergroting van de zorginstellingen ertoe heeft bijgedragen dat er steeds minder vrouwelijke directeuren in de steeds grotere zorginstellingen te vinden zijn. Groei was in de afgelopen twintig jaar de trend in management en in de zorg, maar er lijkt een kritische tegenbeweging op gang te zijn gekomen. De minister van VWS, Els Borst, raadde het aan het einde van haar ambtstermijn in het tweede kabinet-Kok zorginstellingen af te fuseren; haar opvolger Bomhoff kondigde zelfs een voorlopige fusiestop af.

Hoewel de vrouwelijke directeuren zichzelf als echte veranderaars zien (Hoogervorst, 2001), zijn ze toch minder bij radicale, vaak structurele veranderingen in de zorginstututen betrokken. Veranderingen zoals de kanteling van de organisatie (van een functionele naar een patiëntgerichte structuur) worden vaak topdown ingezet, en het is aanvechtbaar of deze grootse en energievretende veranderingen tot het gewenste resultaat, verbetering van de patiëntgerichtheid, leiden (Hendriks e.a., 2003). Het minder gericht zijn op het doorvoeren van radicale veranderingen kan voor de medewerkers in de zorg weleens als een verademing komen.

Vrouwelijke directeuren klimmen in de zorginstelling van binnenuit gestaag en stapsgewijs naar de positie aan de top (Hoogervorst, 2001; Noordegraaf, Meurs en Stoopendaal, 2002). Ze ontwikkelen tijdens deze stapsgewijze carrière in de zorg oog voor de uitdaging om de primaire processen in de zorg én de maatschappelijke ontwikkelingen tot een samenhangend geheel te maken. Zij sluiten daarbij aan bij de dubbele opdracht die Meurs (1997) voor zorgbestuurders formuleert: bestuurders in de zorg zijn verantwoordelijk voor een efficiënte besturing van de uit vele professionals bestaande organisaties én voor de oplossing van een aantal maatschappelijke vraagstukken.

Nieuwe fase? De medicalisering en economisering zijn voorbij; er breekt een nieuwe tijd aan. Een tijd van vermaatschappelijking van de zorginstututen en een tijd van reconstructie van de grootschalige organisaties. Hierbij zijn bestuurders nodig die oog hebben voor de



Sara Catherina de
Bronovo, van 1865 tot
1887 directrice van het
Haagse Diaconessenhuis

maatschappelijke taak van de gezondheidszorg: maatschappelijk bestuurders. Maatschappelijk bestuurders die de krachten velden binnen en buiten de organisatie kennen en veranderingen behoedzaam, stap voor stap, weten vorm te geven. De huidige vrouwelijke zorgdirecteuren passen, met hun kennis van de primaire processen in de zorg én hun aandacht voor de politieke opdracht, in het plaatje van de gewenste toekomstige ontwikkeling van het bestuur van zorginstellingen. Deze bevinding vormt een extra argument om, voor het belang van de zorginstelling en de zorgsector, te zoeken naar een evenwichtiger representatie van vrouwen aan de top van zorginstellingen.

Dit argument vindt aansluiting bij het recentelijk verschenen rapport van de projectgroep 'Vrouwen naar de top in de zorg' van het Health Management Forum (2003). De belangrijkste argumenten voor de noodzaak van een evenwichtiger representatie uit dit rapport zijn gebaseerd op twee aannamen. De eerste aanname is dat de verbinding tussen beleid en praktijk (top en basis) wordt versterkt doordat de stemmen van de merendeels vrouwelijke medewerkers beter zullen worden gehoord. De tweede aanname is dat meer differentiatie aan de top leidt tot een betere voeling met de markt en een beter inspelen op maatschappelijke veranderingen.

De projectgroep formuleert twintig aanbevelingen om meer vrouwen aan de top van de zorg te krijgen. In het licht van hiervoor beschreven analyse lijken drie van deze twintig aanbevelingen van essentieel belang. Ten eerste het bieden van een ereplaats aan vrouwelijke zorgbestuurders uit het verleden, bijvoorbeeld door het instellen van de Frederike Meyboom-prijs/beurs door de NVZD (aanbeveling 5). Ten tweede het voeren van een actief *intern* doorstroombeleid (aanbeveling 11). Ten derde het expliciet opnemen van doelstellingen over de gewenste hoeveelheid vrouwen op strategische posities bij schaalvergroting (aanbeveling 9). In deze nieuwe fase van vermaatschappelijking bieden ook de reconstructies van de grootschalige zorgorganisaties kansen op een maatschappelijk representatiever bestuur.

Auteur

Drs. Annemiek Stoopendaal is organisatie-antropoloog en werkt als onderzoeker bij het Instituut voor Beleid en Management van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Zij dankt Cok Ouwerkerk, statisticus, voor zijn ondersteuning en prof. dr. Pauline L. Meurs en dr. Mirko Noordegraaf voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.
E-mail: stoopendaal@bmg.eur.nl

Noten

1 Bijvoorbeeld oprichtster en directrice mevr. S.K. de Bronovo in Den Haag, en oprichtster en besturend zuster mevr. H. Swellengrebel in Utrecht.

2 Met dank aan mevr. N. Zeijdner, voormalig directrice van de Johannastichting te Arnhem.

3 Het percentage vrouwen in de gehele beroepsbevolking is gemiddeld 37%.

4 In de rapportage van de projectgroep 'Vrouwen naar de top in de zorg' van het Health Management Forum (2003-30) wordt aangegeven dat 13% van de NVZD-leden vrouw is.

5 Het onderzoek Zorg voor Management (ZVM) is een onderzoeksproject dat met steun van de Nederlandse Vereniging van Zorgdirecteuren (NVZD) wordt uitgevoerd.

6 De NVZD had in 2000 11% vrouwelijke en 89% mannelijke eindverantwoordelijke instellingsdirecteuren in het ledenbestand (Hoogervorst, 2001)

7 Van alle respondenten die in deeltijd werken, geven vier respondenten aan dat zij naast hun functie als directeur zorg dragen voor hun kinderen. De andere respondenten hebben naast hun functie als directeur andere werkzaamheden, bijvoorbeeld als arts, adviseur, docent, interim-manager, project-leider of ondernemer.

8 De verschillen die in dit onderzoek wél zijn gevonden:

- Vrouwelijke managers hebben vaker dan mannelijke managers géén traditioneel gezinsleven; ze hebben vaker geen partner en geen kinderen.
- Vrouwelijke managers kiezen vaker dan mannelijke managers voor het thema kwaliteit als motivatie voor managementgedrag.
- Vrouwelijke managers werken vaker parttime.
- Vrouwelijke managers hebben een iets lager opleidingsniveau.

Literatuur

- Almanak NVZD, 2002.
- **Hoogervorst E.**, Womanagers in Healthcare. Een onderzoek naar de factoren die de loopbanen van vrouwelijke instellingsdirecteuren bepalen, Doctoraalscriptie iBMG, 2001, Rotterdam.
- **Hendriks M.D., Durlinger L.J.M., Offringa J.W.L., Bijker H.G., Schuring R.W.**, Kantelen of kapseizen? Patiënt merkt vaak niets van kanteling. In: ZM Magazine, jaargang 19, mei 2003, p. 10-14.
- **Huizenga J.**, Memorabele mensen en momenten uit de geschiedenis van de intramurale gezondheidszorg, 1991, De Tijdstroom, Lochem.
- **Meurs, P.L.**, Nobele wilden. Over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.
- **Meurs, P.L.**, Zeggenschap in het ziekenhuis, 1982, Leiden.
- **Noordegraaf M., Meurs P.M.**, Verwarde managers. Professionalisering van managers in de zorg. In: M&O, nr. 3, mei/juni 2002, p. 22-39.
- **Noordegraaf M., Meurs P.M., Stoopendaal A.**, 'Harde' feiten uit een 'zachte' sector. Het profiel van de instellingsdirecteur in de gezondheidszorg, Zorg voor management deel II, 2002, iBMG/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- **Querido A.**, Godshuizen en gasthuizen. Een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa, 1974, De Tijdstroom, Lochem.
- **Rijpstra-Verbeek M.**, Dienend in het wit. Het levensverhaal van zuster Meyboom, 1962, Meulenhoff, Amsterdam.
- **Vinkenburg C.J.**, Managerial Behavior and Effectiveness. Determinants, Measurement issues and Gender Differences, 1997, Thesis Publishers, Amsterdam.
- **Vulto M., Van der Horst A., Vliegenthart M.**, Van vrouwenkwesies naar bedrijfsbelang. Aanbevelingen en bevindingen van de HMF- projectgroep 'Vrouwen naar de top in de zorg', 2003, Health Management Forum, Leiden.