

KOSTENBEHEERSING IN ZIEKENHUIZEN STELT NIEUWE UITDAGINGEN AAN HET MANAGEMENT

Lidy Okkerman en Ben Dankbaar

MIDDENMANAGEMENT

Ziekenhuizen staan onder druk om met minder financiële middelen veilige en verantwoorde zorg van voldoende kwaliteit te leveren. Het management moet de kosten beheersen, maar heeft te maken met zorgverleners, die autonoom zijn in hun beslissingen die kosten genereren. Dat stelt het management voor bijzondere uitdagingen. Welke kennis en vaardigheden hebben managers nodig om daarmee om te gaan?

In deze bijdrage kijken wij in het bijzonder naar het middenmanagement in ziekenhuizen.¹ Welke gevolgen hebben bezuinigingen voor deze managers? Na een korte beschrijving van de financiering van ziekenhuizen bespreken we de positie van de middenmanager in de organisatie. Vervolgens kijken we naar gangbare bezuinigingsmaatregelen en de uitdagingen en problemen die daaruit voortvloeien voor de middenmanagers. Op deze manier willen we leren begrijpen welke kennis en vaardigheden middenmanagers nodig hebben in tijden van bezuinigingen.

MARKTWERKING EN FINANCIERING VAN HET ZIEKENHUIS

Om de kosten te beheersen is in de zorg *gereguleerde marktwerking* ingevoerd. Zorginstellingen moeten concurreren om de patiënt, en verzekeraars concurreren om de verzekerde en onderhandelen met zorgaanbieders over de prijzen van behandelingen. Patiënten verschillen van elkaar en ook artsen verschillen in hun aanpak. In het verleden kon daarom eigenlijk alleen maar achteraf worden vastgesteld hoeveel een behandeling had gekost. In een markt worden echter producten met een prijskaartje verhandeld. Om een dergelijke situatie ook in de

zorg tot stand te brengen, en om meer transparantie en planning mogelijk te maken, zijn de zogeheten Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) ingevoerd. Aan de hand van deze DBC's zijn de tarieven voor de behandeling van bepaalde ziektebeelden vastgesteld. De feitelijke behandeling kan nog steeds van patiënt tot patiënt verschillen, maar de prijs voor een diagnose met bijbehorende (gemiddelde) behandelingen ligt vast. Doordat ze werden opgesteld vanuit specialismen, ontstonden er grote aantallen DBC's die moeilijk van elkaar te onderscheiden waren. In een tweede aanloop wordt daarom nu gewerkt met een kleiner aantal 'DBC's Op weg naar Transparantie' (DOT's), zorgproducten die de zorg beschrijven onafhankelijk van het specialisme. Het budget voor het ziekenhuis wordt jaarlijks vastgesteld in de productieafspraken (aantallen DOT's) tussen het ziekenhuisbestuur en de zorgverzekeraar. Of de kosten werkelijk binnen het voor een DOT vastgestelde tarief blijven, is echter lang niet altijd helder: dit is afhankelijk van de werkwijze van de behandelend arts en dus van de mate waarin de arts meent binnen het bij de DOT behorende behandelprotocol te kunnen werken.

Het ziekenhuisbestuur vertaalt de productieafspraken in de jaarlijkse kaderbrief voor de instelling. Met

de kaderbrief, die ook is gebaseerd op het meerjarenbeleidsplan van het ziekenhuis, geeft het bestuur richtlijnen voor de begroting van dat jaar. Afdelingsmanagers stellen op basis hiervan een jaarplan op. De toewijzing van middelen wordt echter omwille van de continuïteit in de organisatie nog vaak op basis van de historie vastgesteld en niet op grond van het aantal DOT's, het tarief daarvoor en de activiteiten die de betreffende afdeling binnen die DOT's moet uitvoeren. Als er moet worden bezuinigd, gebeurt dat vaak op basis van de 'kaasschaafmethode': iedereen levert iets in. Er is dan ook lang niet altijd een duidelijke relatie tussen kosten en budget in het jaarplan van een afdeling (De Waal & Naaktgeboren, 2005). Een afdeling heeft bovendien vaak een taak binnen het behandelprofiel van een of meer DOT's. De kosten van een DOT worden dus op verschillende plaatsen in het ziekenhuis gemaakt. In deze omgeving past geen starre functionele ziekenhuisorganisatie. Daarom wordt steeds vaker gewerkt met resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's), gegroepeerd rondom een ziektebeeld (Durlinger, 2011; Christis, 2011). De RVE's zijn organisatorische eenheden met een integrale resultaatverantwoordelijkheid voor patiëntenzorg, mensen en middelen. Helaas vertoont een groeiend aantal patiënten meer dan één ziektebeeld tegelijk ('multimorbiditeit'), waardoor een goede afbakening van RVE's in de praktijk niet eenvoudig is en de patiënt met zijn/haar DOT in een aantal verschillende RVE's belandt.

DE MIDDENMANAGER IN HET ZIEKENHUIS

Vijftig jaar geleden waren er nog nauwelijks managers actief in ziekenhuizen; de managementtaken werden door zorgverleners 'erbij' gedaan. Dat veranderde pas in de laatste decennia van de vorige eeuw. Zorginstellingen werden vanaf 1982 wettelijk verantwoordelijk voor kostenoverschrijdingen. Vanaf dat moment werden bestuurders en managers steeds belangrijker in de instellingen. Zij beheerden de financiële kaders en verdeelden de budgetten (Van der Meulen, 2009).

Het onderscheid tussen bestuurders en managers is belangrijk. Bestuurders vervullen uiteraard ook een ma-

nagementfunctie: zij zijn verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van de organisatie als geheel. Maar ze worden meestal geen 'manager' genoemd. Mensen die direct leiding geven in de operationele processen en vaak ook nog een deel van de tijd meewerken, worden evenmin 'manager' genoemd. De managers over wie wij het hier hebben, zijn de zogeheten middenmanagers, die werkzaam zijn in de hiërarchische lagen tussen de bestuurders en de werkvloer. Middenmanagers in het ziekenhuis

zijn hun loopbaan vaak gestart als zorgverlener en werken vaak langer in de organisatie dan de bestuurders in de top van de organisatie. Er wordt wel gesproken van de 'hybrid middle level manager' (Burgess & Currie, 2013), omdat deze is opgeleid in een medische of zorggerelateerde professie maar nu als manager werkt. De middenmanager met een achter-

grond in de zorg functioneert als een intermediair die in staat is te bemiddelen tussen de logica van het management en die van de zorgprofessionals. De middenmanager geeft leiding aan een resultaatverantwoordelijke eenheid of aan een afdeling daarvan. Kenmerkend voor middenmanagers is dat zij minstens één hiërarchische laag zijn verwijderd van de uitvoerende processen. Middenmanagers worden tegenwoordig steeds meer verantwoordelijk gehouden voor het complete reilen en zeilen alsmede het resultaat van het organisatieonderdeel dat zij leiden, maar hun bevoegdheden blijven vaak beperkt. De kaders waarbinnen zij moeten opereren, bieden meestal weinig ruimte voor het kiezen van een eigen koers. Bij reorganisaties worden vaak de middenmanagerfuncties gewijzigd (Elshout, 2006). De breedte van de functies neemt dan meestal toe, maar hun invloed op het beleid van de organisatie blijft gering (Stoker & de Korte, 2001).

In een ziekenhuis zijn vaak meerdere lagen te onderscheiden in het middenmanagement. In een groot academisch ziekenhuis is er de functie van verpleegkundig teamleider, die leiding geeft aan teamcoördinatoren. Soms is de teamleider nog een klein deel van de werktijd actief in de zorgverlening op een afdeling. Tot het middenkader behoren ook de zorgmanager van een afdeling en de medisch manager, die verantwoordelijk is voor een

ER IS VAAK GEEN DUIDELIJKE RELATIE TUSSEN KOSTEN EN BUDGET IN HET JAARPLAN VAN EEN AFDELING

resultaatverantwoordelijke eenheid. Typisch voor het ziekenhuis is verder het duale management. Naast de medisch manager, een arts, die eindverantwoordelijk is voor het medisch beleid, staat een bedrijfsleider, die verantwoordelijk is voor de financiën.

DE MIDDENMANAGER EN DE MEDEWERKERS OP DE AFDELING

De middenmanager heeft in zijn of haar werkeenheden in het ziekenhuis te maken met een divers gezelschap aan medewerkers. Om te beginnen zijn daar de verpleegkundig teamleiders en de secretariaatmedewerkers, die hiërarchisch onder deze lijnmanager vallen en direct door hem of haar worden aangestuurd. Maar er werken in dezelfde eenheid meestal ook medewerkers van andere organisatie-eenheden die niet direct/hiërarchisch door de verantwoordelijk lijnmanager worden aangestuurd; denk aan medisch specialisten en paramedici. Deze omgeving wordt steeds complexer:

- Door toenemende specialisatie komen er steeds meer verschillende specialisten bij
- Om kosten te besparen, worden taken en activiteiten uit het werk van de specialisten afgesplitst en overgedragen aan andere kenniswerkers binnen het medische, verpleegkundig en paramedische domein
- De zorgvraag wordt ook complexer door de eerder genoemde multimorbiditeit: er zijn inmiddels ongeveer 1,3 miljoen Nederlanders met meer dan één chronische aandoening (Orde van Medisch Specialisten, 2012).

Als gevolg van al deze ontwikkelingen worden er ten behoeve van één enkele patiënt steeds meer verschillende taken uitgevoerd door allerlei verschillende zorgverleners. Die hebben veelal, als rechtgeaarde 'professionals', weliswaar geen behoefte aan directe aansturing (Wanrooy, 2001; Weggeman, 2008), maar evenmin kunnen zij in deze complexe omgeving de vereiste onderlinge afstemming bieden. Bij onvoldoende coördinatie dreigt de zorg te fragmenteren, wat kan leiden tot onveilige situaties met schade voor de patiënt. Zowel patiënten als zorgverzekeraars komen daartegen in het geweer.

DE MIDDENMANAGER IS EEN INTERMEDIAIR TUSSEN DE LOGICA VAN HET MANAGEMENT EN DIE VAN DE ZORGPROFESSIONALS

Hier ligt een taak voor de middenmanager in de rol van 'zorgmanager'. Zorgmanagers zijn volgens Scholten en Jacques (2007) 'degenen die schakelen tussen organisatiebeleid, primair proces en ondersteunende dienstverlening en (die daarbij) hun activiteiten vakmatig verrichten'. Een zorgmanager is bijvoorbeeld het hoofd van een afdeling, of de bedrijfsleider of manager van een resultaatverantwoordelijke eenheid. Zorgmanagers hebben de opdracht het organisatiebeleid uit te voeren en de professionele waarden en werkwijzen van de organisatie te verenigen met haar bedrijfsmatige mogelijkheden en beperkingen. Zij doen dat bijvoorbeeld door stafmedewerkers de opdracht te geven om samen met de betrokken zorgverleners procesinrichtingen te maken. Ook bekijken zij hoe het proces op de eigen afdeling aansluit

op processen buiten die afdeling. De differentiatie in de zorg gaat namelijk nog steeds door, tot uitdrukking komend in nieuwe specialisaties en specialistische zorgorganisaties.

Samenvattend: de kerntaak van de zorgmanagers is om subsystemen met elkaar te verbinden: de professionals, andere zorgverleners en de medewerkers van de ondersteunende diensten die er allemaal hun eigen werkwijzen en paradigma's op nahouden. Zorgmanagers zijn de 'boundary spanners': zij maken die subsystemen tot een geheel (Scholten & Jacques, 2007).

MAATREGELEN

De middenmanager in het moderne ziekenhuis staat dus voor de uitdaging om in een omgeving van toenemende specialisatie en complexiteit bezuinigingen te realiseren en tegelijkertijd een harmonische samenwerking met en tussen de vele professionals te bevorderen. Zichtbare symptomen van bezuinigingen zijn het samenvoegen van afdelingen en het verminderen van het aantal bedden en het aantal RVE's. Er zijn vacaturestops, of nieuwe vacatures worden niet langer automatisch ingevuld, omdat eerst wordt onderzocht (mede op basis van benchmarkgegevens van andere afdelingen en ziekenhuizen) of de functie in kwestie nog wel nodig is – met alle vertraging van dien. Het een en ander resulteert in het schrappen van functies, personeel dat boventallig wordt verklaard,

en meer productie leveren met dezelfde medewerkers. Men ervaart een hogere werkdruk.

De communicatie verloopt meestal via de lijn en via de contacten met ondersteunende afdelingen, zoals de financiële administratie. Informatie is ook te vinden in beleidsnotities en periodieke overzichten. In sommige ziekenhuizen zijn er managementmeetings waarin de Raad van Bestuur informeert en managers ook aan elkaar de *best practices* van bezuinigingsmaatregelen binnen de eigen afdeling presenteren. Deze aanpak geeft de managers steun voor hun verhaal aan de medewerkers, die willen weten wat de Raad van Bestuur precies wil. Schriftelijke communicatie over bezuinigingen door de Raad van Bestuur, in nieuwsbrieven of de personeelskrant, lijkt in dat opzicht weinig effectief te zijn. Er wordt veel overlegd. Soms duurt het erg lang voordat alle overleggen en commissies overeenstemming bereiken over maatregelen. De autonomie van de professionals en de complexiteit van de processen lijken snelle besluitvorming vrijwel onmogelijk te maken.

De maatregelen betreffen bijvoorbeeld het vormen van een flexibele 'schil': personeel dat kan worden ingezet bij pieken in het werk, en personeel inlenen van andere afdelingen in plaats van extern medewerkers in te huren. Er is ook sprake van wijzigingen in de kwalitatieve personeelsformatie. Formatieplaatsen voor verpleegkundigen worden voor een deel gewijzigd in formatieplaatsen voor zorghulpverleners. Het dienstenrooster wordt veranderd met kortere diensten, zodat meer personeel kan worden ingezet op de piekmomenten, en er wordt meer geanticipeerd op seizoensbewegingen bij bepaalde ziektes. De afdelingen lossen het ziekteverzuim binnen de formatie op. Ook wordt er gewerkt aan het efficiënter inrichten van processen. Efficiëntie in de processen is vaak een kwestie van standaardiseren, wat gauw weerstand oproept omdat arts en patiënt 'maatwerk' willen. Soms kan door een andere inzet van bijvoorbeeld paramedici de ligduur worden verkort.

Al dit soort maatregelen hebben soms echter onvoorziene gevolgen. Bij het inlenen van personeel van andere zorgafdelingen, bijvoorbeeld, is het niet handig als de betreffende afdelingen uit bezuinigingsoverwegingen andere werktijden of diensten zijn gaan hanteren. Wanneer sommige zorgafdelingen bedden inleveren, klop-

pen 'vreemde specialismen' aan bij afdelingen die nog wel voldoende bedden hebben. Deze dynamiek vraagt van de verpleegkundigen op een afdeling niet alleen flexibiliteit, maar ook een bredere kennis dan louter die van het eigen specialisme. Door het schuiven met medewerkers tussen afdelingen is bovendien niet meer altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor de betreffende taken. Ook bezuinigingsmaatregelen van ondersteunende of facilitaire afdelingen kunnen onvoorziene effecten

hebben. Bezuinigingen op taxivervoer van materiaal leiden tot vertragingen bij spoedbepalingen in externe laboratoria. En het is niet handig als de IT-ondersteuning bij wijze van bezuiniging in de middagpauze onbereikbaar is. Natuurlijk: de facili-

taire diensten werken voor veel verschillende afdelingen in een ziekenhuisorganisatie, en ze kunnen de gevolgen van hun maatregelen niet altijd overzien. Medewerkers van zorgafdelingen hebben echter vaak ook de indruk dat de ondersteunende en facilitaire diensten te weinig vanuit de patiënt denken. Voor een betere afstemming worden daarom soms accountgesprekken opgezet tussen de ondersteunende diensten en de zorgafdelingen.

Alle instellingen werken met een Planning & Control-systeem, managementinformatie in de vorm van maand- en kwartaalrapportages en een dashboard. Toch hebben middenmanagers moeite om inzicht te krijgen in de uitgaven en is er nauwelijks zicht op de inkomsten (behalve bij de facilitaire diensten als laboratoria, die gewoon per verrichting kunnen afrekenen). De rapportages komen vaak laat, ze zijn onvolledig en te weinig gedetailleerd. Het is dan moeilijk bijsturen. Het gevolg is dat men soms een schaduwadministratie gaat bijhouden. Men maakt eigen overzichten met kengetallen, want die zijn niet uit het systeem te halen. Er is ook veel discussie over interne verrekeningen, die tot bijstelling leiden. De DOT-structuur wordt als ingewikkeld ervaren.

PROBLEMEN EN TEKORTKOMINGEN

Uit het bovenstaande komt een aantal problemen, tekortkomingen en kennislacunes naar voren. Ten eerste blijken middenmanagers in de ziekenhuizen nog vaak sterk naar binnen gericht, op hun eigen afdeling. Dat is begrijpelijk, omdat ze vaak vanuit het specialisme van

MIDDENMANAGERS ZIJN STEEDS VAKER VERANDERMANAGERS

die afdeling manager zijn geworden. De oriëntatie op de eigen afdeling wordt versterkt doordat bezuinigingsmaatregelen in ziekenhuizen ook meestal worden geformuleerd op het niveau van de afdelingen. De maatregelen worden door de afdelingsmanagers voorgesteld in overleg met de medewerkers die de maatregel moeten uitvoeren. Er is echter nauwelijks oog voor de effecten van deze voorstellen op andere afdelingen. Hier komt men pas later achter, als de maatregel eenmaal is ingevoerd, waardoor er dan moet worden bijgesteld. De gedachte dat RVE's min of meer autonoom kunnen functioneren, blijkt een misvatting. Kennis van de structuur van de processen op de afdeling en tussen afdelingen is noodzakelijk om de effecten van maatregelen goed te kunnen inschatten. Ook de ondersteunende diensten lijken intern gericht te zijn. Bij bezuinigingen komt de relatie met de zorgafdelingen onder druk te staan. Er is nog weinig overleg. Dat komt pas op gang als een maatregel ongewenste gevolgen heeft.

Ten tweede is de managementinformatie voor de middenmanager nog lang niet adequaat. De informatie is te laat beschikbaar en te weinig gedetailleerd om tijdig te kunnen sturen. Meer informatie en prognoses over uitgaven en inkomsten zouden meer speelruimte scheppen om tijdig bij te sturen. Die informatie is ook nodig om de communicatie binnen de organisatie te kunnen verbeteren. De middenmanager moet de aanleiding tot een bezuinigingsmaatregel goed kunnen uitleggen om de medewerkers mee te krijgen. Dat lukt niet als hij/zij niet over voldoende informatie beschikt.

Ten derde is veelvuldig sprake van verhoogde werkdruk, al dan niet in combinatie met de vraag naar verhoogde flexibiliteit. Als er sprake is van weerstand tegen bezuinigingsmaatregelen, dan gaat het vaak over deze aspecten; ze beïnvloeden niet alleen de kwaliteit van het werk van de medewerkers, maar uiteindelijk ook de kwaliteit van de zorg. De samenhang tussen werkdruk en de kwaliteit van de geleverde zorg is echter niet gemakkelijk zichtbaar te maken.

DE AUTONOMIE VAN DE PROFESSIONALS EN DE COMPLEXITEIT VAN DE PROCESSEN LIJKEN SNELLE BESLUITVORMING VRIJWEL ONMOGELIJK TE MAKEN

KENNIS EN VAARDIGHEDEN

Middenmanagers moeten zowel over harde als over zachte vaardigheden beschikken (Anderson & Pulich, 2002; Viitanen & Konu, 2009). Ze moeten de processen kennen, vooruit kunnen kijken en gevolgen kunnen overzien; ze moeten data kunnen verzamelen en interpreteren, een 'businesscase' kunnen maken, maar ook goed kunnen samenwerken en communiceren. Middenmanagers mogen niet alleen maar aan hun eigen afdeling denken. Er moet

met andere afdelingen worden onderhandeld over een gezamenlijke oplossing; dat vereist creativiteit, innovatief vermogen en overtuigingskracht. Bovendien hebben middenmanagers ook gewoon meer kennis nodig over de organisatie als geheel en de samenhang tussen de verschillende afdelingen. Als de middenmanager zelf geen helicopterview heeft, kan hij niet van de medewerkers verwachten dat zij de bezuinigingen nog kunnen volgen. In hun eigen afdeling moeten middenmanagers in staat zijn om weerstanden te analyse-

ren en te begrijpen: wanneer komt weerstand voort uit een poging om achterhaalde privileges te behouden, en wanneer gaat het om echte problemen omtrent de kwaliteit van de arbeid en de zorg? Maatregelen goed uitleggen, een rechte rug houden bij weerstand, maar ook meebuigen als de weerstand gerechtvaardigd is: allemaal vaardigheden en kwaliteiten die onder het kopje 'verandermanagement' in toenemende mate bij middenmanagers worden gezocht. Steeds vaker betekent dat ook dat zij kennis moeten hebben van de ontwikkelingen in de omgeving van het ziekenhuis, want ziekenhuizen doen ook steeds meer zaken met externe dienstverleners.

SPANNINGEN MET DE PROFESSIONALS?

Hoewel men dat misschien zou verwachten, zijn er in de praktijk meestal geen grote conflicten tussen middenmanagers en de zorgprofessionals. De duale managementstructuur speelt hierbij een belangrijke rol. Bezuinigingen nemen vaak de vorm aan van strakke protocollen en routinisering, die echter voor een belangrijk deel via de lijn van de zelfregelende professie worden ontwikkeld en doorgevoerd. De middenmanager krijgt daar dus niet de 'schuld' van. Dat neemt niet weg dat middenmanagers een cruciale rol spelen in tijden van

bezuiniging. Zij communiceren naar boven en beneden in de lijn, zij initiëren organisatorische en personele veranderingen, zij moeten de relaties met andere afdelingen in de gaten houden en de beschikbaarheid van infrastructuur bewaken. Meer dan vroeger moeten zij over de grenzen van de eigen afdeling heen kijken. De daarvoor benodigde kennis en vaardigheden zijn vaak nog onvoldoende aanwezig.

Noot

1. Dit artikel is onder meer gebaseerd op interviews met middenmanagers in diverse typen ziekenhuizen verspreid over Nederland, die door de eerste auteur in het kader van een promotieonderzoek op locatie zijn uitgevoerd.

Literatuur

- Anderson, P. & M. Pulich (2002). Managerial competencies necessary in today's dynamic health care environment. *The health care manager*, 21(2), pp.1-11.
- Burgess, N. & G. Currie (2013). The knowledge brokering role of the hybrid middle level manager: the case of healthcare. *British Journal of Management*, 24 (S1), S132-S142.
- Christis, J.H.P. (2011). Het ziekenhuis als ontwerpvoorbeeld. Marktgerichte structuren als voorwaarde voor interdisciplinaire, 'team-based' zorg. *M&O Tijdschrift voor Management & Organisatie*, 65(6), pp. 112-126.
- Durlinger, B. (2011). *Naar een ideale zorgorganisatie, patiëntgericht en procesgestuurd*. Amsterdam: Mediawerf.
- Elshout, P. (2006). *Middenmanagement: Functie in ontwikkeling*. Proefschrift 30 mei 2006. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Meulen, M. van der (2009). *Achter de schermen. Vakontwikkeling en professionalisering van publieke managers in de zorg en bij de politie*. Proefschrift 3 juni 2009. Utrecht: Universiteit van Utrecht.
- Orde van Medisch Specialisten (2012). *Visiedocument de Medisch Specialist 2015*. Utrecht: Orde van Medisch specialisten.
- Scholten, G. & D. Jacques (2007). Onzichtbaar zorgmanagement. *M&O Tijdschrift voor Management & Organisatie* 61(2), pp. 160-170.
- Stoker, J.I. & A.W. de Korte (2001). *Het onmisbare middenkader*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Viitanen, E., & A. Konu (2009). Leadership style profiles of middle-level managers in social and health care. *Leadership in Health Services*, 22 (2), pp. 108-120.
- Wanrooy, M.J. (2001). *Leidinggeven tussen professionals*. Schiedam: Scriptum.
- Waal, A. A., de & Naaktgeboren, J.A. (2005). *Van budgetteren naar sturen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Weggeman, M. (2008). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!* Schiedam: Scriptum.

Over de auteurs

Drs. A.J.M. Okkerman is lid van de Onderzoeksgroep Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening en coördinator van de master Bedrijfskunde Zorg en Dienstverlening, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Prof. dr. B. Dankbaar is emeritus hoogleraar bedrijfskunde, RadboudUniversiteit Nijmegen

