

Inleiding

In deze inleiding neem ik je in vogelvlucht mee over jouw eigen ontwikkeling tot medisch specialist en over de ontwikkeling van de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis.

Voor de meeste artsen ligt er gemiddeld zo'n 12 jaar tussen het moment van hun keuze voor de professie en hun volwaardige participatie in de praktijk.

Gedurende deze periode wordt een zeer belangrijk deel van het leven van de arts in spé bepaald en ingericht door de professie. Tijdens het universitaire curriculum zijn dat de opleidingseisen, die maken dat je alle zeilen bij moet zetten om in een relatief korte tijd veel medische kennis te verwerven. Tijdens de coschappen zijn het AIOS en medisch specialisten die bepalen wat je doet en hoe je dat doet. In de vervolgopleiding gaat dat verder en zijn het je opleiders, medisch specialisten, huisartsen of artsen in de publieke gezondheidszorg, die het jou voordoen. Tenslotte, medisch specialist geworden, is daar een groot aantal protocollen die je min of meer voorschrijven hoe te handelen.

De vrijheidsgraden voor eigen keuzes zijn in deze hele periode tamelijk beperkt, in ieder geval aanzienlijk beperkter dan van leeftijdsgenoten in heel veel andere disciplines van professionele dienstverlening. Niet zelden wordt daarbij ook de keuze van je vervolgopleiding, of van de wetenschappelijke verdieping die daaraan voorafgaat dan wel daarop volgt, bepaald door de beschikbare opleidingsplaatsen of door de voorkeur van de opleider. Ik noem dat

‘fenomeen’ een kenniskoker waarin je al gauw meer 12 jaar lang wordt gevormd. En dat in een fase van je leven waarin de identiteit van de volwassen mens tot wasdom komt. Het lijkt me goed om je daar bewust van te zijn. Je treedt in de voetsporen van een professionele traditie die in alle fasen van ontwikkeling een hoge mate van loyaliteit van je vraagt. Niet alleen aan de kennis die je verwerft, maar ook aan de ‘mores’ van de professie die je je haast vanzelfsprekend eigen maakt.

Hoe kwam jij ertoe om dokter te willen worden?

Ja, wat bezielt of bezielde jou om dokter te willen worden? Hoe vaak heb je jezelf deze vraag gesteld? En kon je daar steeds hetzelfde antwoord op geven?

Dit thema, bezieling, zul je in het navolgende nog wel vaker tegenkomen. Want heeft die bezieling je niet op weg gehouden naar een positie als medisch specialist of andere arts? Die weg gaat immers niet over rozen en vraagt veel van degenen die hem gaan.

Als inleiding op wat je gaat tegenkomen in dit boek ligt de vraag naar je bezieling natuurlijk een beetje voor de hand. Maar ook de vraag of je bij de keuze voor de

studie geneeskunde wel een reëel beeld had van de wereld waarin je met die keuze op het punt stond binnen te gaan. Daarmee is het toch ook voor jou begonnen, veronderstel ik, toen je rond je 18^e koos voor de studie geneeskunde. Welk beeld had je van de dokter in het algemeen, en misschien ook wel van de medisch specialist in het bijzonder, in die fase van jouw leven, en bij de keuze voor die studie? Wat wist je toen al van wat dat voor jou zou kunnen gaan betekenen? Het ligt voor de hand te veronderstellen dat die voorstelling van jou een andere was dan die van collega’s. En het ligt evenzeer voor de hand om te veronderstellen dat veel van die voorstellingen van studenten en AIOS op de weg daarnaartoe veranderen, en dus waarschijnlijk ook bij jou wel zal veranderen of al veranderd is. Toch blijven verreweg de meesten van hen die jou voorgingen en van hen die jij bent voor gegaan op die weg. Ze worden of werden coassistent, basisarts, arts-assistent, assistent-in-opleiding-tot-specialist of huisarts en tenslotte medisch specialist of huisarts. Slechts een zeer klein percentage kiest na de studie geneeskunde voor een van de richtingen in de sociale geneeskunde (bedrijfsarts/verzekeringsarts).

Wat gebeurt er op die weg met jou en met al die anderen om je heen dat maakt dat jullie ondanks die veranderende voorstelling en verwachting van het beroepsbeeld toch niet een andere weg in slaan?

Vreemd genoeg blijkt uit verschillende onderzoeken dat de motivatie om geneeskunde te studeren, c.q. om arts te willen worden geen of weinig effect lijkt te hebben op de latere prestaties als coassistent of als arts of medisch specialist. Terwijl er toch genoeg voor te zeggen lijkt te zijn, dat je voor zo'n lange en intensieve studie en opleiding behoorlijk gemotiveerd moet zijn om het vol te kunnen houden. Of zou er in de opleiding iets gebeuren dat maakt dat je je er niet makkelijk meer van los maakt? Mijn dochter beschouwde het in haar eerste studiejaar, dat ze via de weg van de decentrale selectie was ingegaan, als een voorrecht dat zij in de gelegenheid werd gesteld om geneeskunde te studeren. Maar dat was niet omdat ze zo graag arts wilde worden. Ook zij had moeite om een vanzelfsprekend antwoord te vinden op de motivatievraag die in de decentrale selectie aan haar werd voorgelegd. Nee, ze beschouwde het als een voorrecht,

omdat ze wist hoe moeilijk het voor vele zeer gemotiveerde schoolverlaters was om hetzij door loting, hetzij door decentrale selectie, tot de studie geneeskunde te worden toegelaten.

Dat gevoel van bevoorrecht zijn werd al spoedig na het begin van de studie versterkt door de noodzakelijke aanschaf van een witte jas en een stethoscoop. Ook de vroege ervaring op de snijkamer, ze was eerstejaars en nog geen 19, gaf haar het gevoel dat ze met die studie een heel bijzondere wereld betrad. Het maakte diepe indruk op haar dat ze al zo vroeg geconfronteerd werd met heuse lichaamsdelen of volledige corpus van overleden patiënten, en dat ze daar ook aan mocht 'knutselen'. Ook werd haar uit reacties van studenten van andere studierichtingen, en van zij-instromers die in afwachting van een gunstige loting al een paar jaar biomedische wetenschappen hadden gestudeerd, duidelijk dat studenten van andere studierichtingen toch wel met enig ontzag naar de studenten geneeskunde op keken.

Ik weet dat mijn dochter capabel genoeg is om uit te groeien tot een bekwame medisch specialist, want ze is slim en ze houdt van het oplossen van moeilijke en abstracte opgaven. Maar ik weet ook dat

ze geen voorstelling kan hebben van de dagelijkse werkelijkheid van de medisch specialist in het ziekenhuis, van de 'sores' waarin ze zijn vastgelopen als ze een beroep doen op een coach.

Uit onderzoek naar de motivatie van studenten geneeskunde blijkt dat die in hun antwoorden op de motivatievraag veelal niet verder komen dan globale statements als: mensen beter willen maken, kennis willen hebben van het menselijk lichaam, chirurg of kinderarts willen worden. Dergelijke statements zeggen wellicht iets over het beeld dat ze hebben van de arts: het beeld van een zeer gerespecteerd en gewaardeerd (en beloond) professional.

Medisch specialist in de 21^e eeuw
In deel 3 schets ik een beknopte geschiedenis van de ontwikkeling van de medisch specialist in het ziekenhuis. Hier wil ik even stil staan bij de essentie van het medisch specialist zijn in het ziekenhuis aan het begin van de 21^e eeuw. Dokter zijn is zowel een ambacht als een professie. Een ambacht is een set van kennis en vaardigheden, doorgaans verkregen na opleiding door en onder de hoede van ervaren ambachtslieden. Die ambachtelijke kennis en vaardigheden

stellen iemand in staat om 'mooie en nuttige dingen' te maken. Een professie zit dicht tegen het ambacht aan, maar verwijst wat nadrukkelijker naar kenmerkende aspecten in de grondhouding van de professional, namelijk van dienstbaarheid naar de cliënt en loyaliteit aan de specifieke set van kennis en vaardigheden (Maister 2) Beide termen, zowel van ambacht als van professie, dragen in zich dat het een bekwaamheid van een enkel individu betreft. Maar wat kan de individuele medisch specialist met alleen die professionele bagage en bekwaamheid betekenen voor de patiënt? Zelfs de aller bekwaamste cardiothoracaal chirurg heeft in z'n eentje hoegenaamd geen betekenis voor de patiënt.

In haar proefschrift "Doctors orders" brengt Karin Kruijthoff (Kruijthof 2005) heel gedetailleerd in beeld hoe die professie van medisch specialist er in de praktijk uitziet. Daarin ontstaat het beeld van een medisch specialist die een belangrijk deel van de werktijd in interactie is met anderen om datgene te bewerkstelligen waarvoor de medisch specialist is opgeleid: mensen beter maken. Wat kun jij in je dagelijkse praktijk zonder die anderen voor de patiënt betekenen?

Tijdens je opleiding tot medisch specialist ben je voortdurend in interactie met die anderen, professionals uit uiteenlopende disciplines en maak je gebruik van de faciliteiten van het ziekenhuis, zonder welke je niet de noodzakelijke informatie zou kunnen krijgen voor je diagnostiek. De beschikbaarheid van die faciliteiten en de loyaliteit van die andere professionals beschouw je doorgaans als vanzelfsprekend, totdat daar een kink in de kabel komt en jij onthand raakt. Je hebt er meestal geen notie van wat maakt

dat die kink ontstaat en waar en hoe je daar invloed op kunt uitoefenen. Je bent en wordt immers door je opleiders gedurende je hele opleiding vooral gefocust en 'afgerekend' op je eigen medisch handelen. Terwijl dat handelen sterk verbonden is met de ondersteunende context. Ook die kan invloed hebben op de kwaliteit en het rendement van jouw handelen. Helaas weet ook je opleider maar al te vaak niet waar de schoen precies wringt als de ondersteuning vanuit andere disciplines of afdelingen hapert.

Hoe verrassend de complexiteit van de omgeving van de medisch specialist voor de 'jonge klare' kan zijn, wil ik met twee anekdotes uit mijn beroepspraktijk illustreren.

Zeer treffend was het verhaal van een jonge vrouwelijke longchirurg tijdens een workshop coaching voor de Advies- en Begeleidingscommissie van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Daarin opperde ik de idee dat de leden van de commissie wellicht een coachende rol zouden kunnen vervullen voor jonge klaren in hun eerste jaar. Daarop vroeg een oudere collega in de groep aan de longarts of zij zich nog kon voorstellen wat een oudere collega als sparringpartner in haar eerste jaar als longchirurg en lid van de maatschap voor haar had kunnen betekenen. Ze vertelde hoe

ze nog maar enkele jaren daarvoor was toegetreten tot de maatschap in het ziekenhuis waarin ze als AIOS ook het laatste deel van haar opleiding had doorgebracht. Ze had nog vers op haar netvlies hoe ze zich overrompeld voelde door alle 'bijkomende' zaken waarin ze vanaf het moment van haar aanstelling als volwaardig lid van de maatschap werd betrokken. Daar had ze zich al die tijd dat ze er als assistent in opleiding had gewerkt nauwelijks een voorstelling van kunnen maken. Als AIOS werd ze daar tijdens haar opleiding volledig van weg gehouden.

Dat de jonge klare de kennismaking met de integrale dagelijkse praktijk van de medisch specialist als een verrassing, noem het ook maar een koude douche, kan overvallen, bleek

mij ook tijdens de landelijke studiedagen voor 5e-jaars AIOS van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, die ik een aantal keren mocht begeleiden. Die AIOS stonden aan de vooravond van hun toetreding tot een maatschap of vakgroep in een ziekenhuis. Het thema van deze studiedag was Organisatie en Management. In het ochtendgedeelte werd hen door twee ervaren klinisch gerieters, tevens opleiders, de ins and outs bijgebracht van de bekostiging (op basis van DBC's) van de klinisch geriatrie zorg, en van het reilen en zeilen van een vakgroep of maatschap en van het ziekenhuis. Beide docenten deden dat voortreffelijk en met een passende 'soberheid'. Daar kan ik over oordelen, want ik mag mezelf de geestelijk vader noemen van het DBC-concept waarop de ziekenhuisbekostiging is gebaseerd en werk al ruim twintig jaar aan gedoe van ziekenhuisbesturen en van

vakgroepen en maatschappen van medisch specialisten. Hoewel de deelnemers aan deze laatste studiedag van hun opleiding al gemiddeld zo'n acht jaar in het ziekenhuis werkzaam waren, kwam er ondanks die sobere en compacte presentatie van hun ervaren collega's toch een 'tsunami' van nog niet bekende materie over hen heen. Dat was merkbaar aan hun gretige vragen, aan hun non-verbale respons en aan hun gesprekken aan de lunchtafel. Ik voelde hun verwarring en hun zorg.

Was dat nu echt hun toekomstige wereld? Poeh!!!

In de middag nam ik ze interactief mee naar thema's die ook in dit boek worden behandeld. In diverse groepen hoorde ik reacties van deze gevorderde AIOS in de trant van "Waarom hebben we deze thema's niet eerder in de opleiding gehad?".

Als bedrijfskundig ingenieur, met langjarige wetenschappelijke belangstelling voor en ervaring met de organisatie en bekostiging van ziekenhuizen, heb ik begrip voor de verrassing en de verwarring die je als medisch specialist in je functioneren in die organisatie zullen blijven overkomen. De complexiteit van het ziekenhuis, met een megavolume

aan heel specifiek op de klant gerichte multidisciplinaire 'diensten' en met een veelal existentiële impact voor de 'klant', kent zijn weerga niet in onze moderne samenleving. Het was een belangrijke bron van mijn bedrijfskundige belangstelling voor de ziekenhuisorganisatie en in het bijzonder voor de professionals die daarin werken. Die belangstelling, én

mijn affiniteit met de medisch specialis-
tische beroepsgroep (“ze doen het toch
maar” zeg ik wel eens als mij naar het
waarom wordt gevraagd), hebben mij
geïnspireerd tot het schrijven van dit
boek. Die inspiratie is verder gevoed in
de ervaring die ik gedurende twintig jaar
opdeed in de individuele coaching van
medisch specialisten, in de begeleiding
van ‘heidagen’ van vakgroepen en maat-
schappen, in de mediations die ik deed
in conflicten zowel binnen als tussen
maatschappen en vakgroepen en last
but not least in de begeleiding van fusies
waarin die medisch specialistische teams
terecht kwamen als gevolg van de fusie
van ziekenhuizen.

Wat mag je verwachten van dit boek?
Beschouw dit boek maar als een gereed-
schapskist. Een gereedschapskist gevuld
met uiteenlopende inzichten en vaardig-
heden. Waar je al naar gelang de situatie
waarin je verkeert uit kunt putten om
het rustig te houden in je hoofd, om de
stress vóór te zijn of de baas te worden.
Om alles wat je aandacht kost maar
niets oplevert, wat alleen maar energie
slurpt, uit je hoofd te houden. Het geeft
je instrumenten om die afleidingen en
verstoringen te voorkomen. Voor zover
ze onvermijdelijk zijn helpen ze je om

er vroegtijdig op te anticiperen of op te
reageren. Een belangrijk deel van het
gereedschap is heel goed bruikbaar om
te werken aan een inspirerende en zin-
gevende samenwerking op de werkvloer.
De kwaliteit en het rendement van jouw
inzet in de patiëntenzorg staat of valt met
de kwaliteit van die samenwerking.
Kortom, een gereedschapskist om bij de
hand te hebben.

In deel 1, dat ik als titel heb gegeven
“Onkruid wieden in je hoofd”, beginnen
we ‘in je hoofd’. Hoe je zoveel mogelijk
zelf de regie houdt over waar je wanneer
en hoe aandacht aan besteedt. Hoe je
zorgt dat de onrust uit je hoofd blijft
zodat je je brein ook onder druk opti-
maal kunt inzetten. Alleen lezen geeft je
daarin niet het maximale resultaat. Het
doorbreken van patronen die je zijn
doorgegeven of die je hebt aangeleerd,
vraagt oefening en training. Oefening
om een ander patroon aan te leren en
training om een nieuw patroon stevig te
verankeren.

In deel 2: “Werken aan sociale effectivi-
teit” reik ik je instrumenten aan waarmee
je jouw interactie met je directe omge-
ving kunt optimaliseren en ‘meer uit
samen’ kunt halen. Dan gaat het over

communiceren, en dan vooral over communiceren op een manier die je in verbinding houdt met anderen. Die maakt dat anderen zich prettig en veilig bij jou gaan voelen en bereid zijn om voor je te gaan. We besteden aandacht aan een effectieve onderhandelingsmethodiek, aan het ontwikkelen van een collectieve ambitie, aan feedback geven en aan conflicthantering.

In deel 3: “Medisch specialist en ziekenhuis: van allergie naar synergie” tenslotte word je wegwijs gemaakt in de complexiteit van dat geweldig mooie bedrijf dat jouw ziekenhuis is of kan zijn. Dat is niet alleen relevant voor jou als ‘jonge klare’, die zich in de opleiding alleen nog maar met de directe patiëntenzorg heeft bezig hoeven houden. Als gevorderde medisch specialist heb je wellicht ooit eerder in je loopbaan afgeleerd om je met de organisatie van het ziekenhuis bezig te houden. Dan heb je waarschijnlijk de dikwijls ingrijpende veranderingen in de organisatiestructuur in de afgelopen decennia langs je heen laten gaan. Maar hoe vaak heb je je er niet aan gestoord dat er dingen gebeurden waar je de reden niet van begreep, maar die wel voortvloeiden uit die veranderingen. En er is wat af

veranderd in de laatste decennia, waar dat in een hele lange periode daarvoor nauwelijks het geval was. Ziekenhuizen zijn ‘gekanteld’, hebben clusters van verpleeg- en behandelafdelingen gevormd, hebben Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE’s) ingevoerd waarbij medisch specialisten managementposities moesten gaan innemen. Misschien is er een medisch leider binnen de vakgroep of maatschap ‘opgestaan’ die daar ook niet voor leek te hebben doorgeleerd. Het gedoe dat voortvloeide uit de veranderingen in management en verantwoordelijkheid die deze reorganisaties met zich meebrachten, en die in de meeste ziekenhuizen geruime tijd met heel veel onrust gepaard gingen en veel kosten aan externe bureaus, bleef je ook bij een afstandelijke houding geenszins bespaard.

Ook voor deze medisch specialisten is dit onderdeel van het boek wellicht een eyeopener, en geeft het ze de inspiratie om er minder over te klagen en zelf op bepaalde gebieden meer de regie te nemen.

Deel 1

Onkruid wieden in je hoofd

“Just as a gardener cultivates his plot, keeping it free from weeds, and growing the flowers and fruits which he requires, so may a man tend the garden of his mind, weeding out all the wrong, useless, and impure thoughts, and cultivating toward perfection the flowers and fruits of right, useful, and pure thoughts.”

— James Allen in “As a man thinketh” (1903)

1

De eed en het geld

Als landelijk projectleider in de ontwikkeling van het DBC-systeem, dat tien jaar later de basis werd voor de marktwerking in de ziekenhuiszorg, mocht ik van 1996 tot in 1999 aan tafel zitten met de beroepsbelangencommissies van de wetenschappelijke verenigingen van ongeveer alle poortspecialismen. Mij was gezegd dat de leden van die commissies de diehards waren binnen hun specialisme. Ze stonden voor de vooral materiële, lees financiële belangen van hun collega's. Ze maakten zich zorgen over de mogelijke consequenties van datgene waar ik mee bezig was voor hun honorarium. Het ging immers om een systeem voor de producttypering en bekostiging van hun werk. En hun zorg was terecht. De uitkomst van het gekozen concept van producttypering van de medisch specialistische ziekenhuiszorg zou wel degelijk effect hebben op hun honorarium.

De chirurgen realiseerden zich als een van de eersten dat het de bijl zou kunnen zetten aan de wortel van de zeer grote inkomensverschillen die tot dan tussen de verschillende specialismen bestond. Nog maar kort daarvoor was uit een landelijke inventarisatie van de honoraria van vrijgevestigd medisch specialismen gebleken dat die inkomens varieerden van gemiddeld f100.000 tot meer dan een miljoen

gulden per fulltime medisch specialist per jaar. Die zorgen om het honorarium werden in de gesprekken die ik met de beroepsbelangencommissies voerde doorgaans niet in directe termen uitgedrukt, maar 'via de band' van alle sores waar diezelfde medisch specialisten doorgaans in het ziekenhuis tegenaan liepen. Hun weerstand tegen het gekozen concept was ook weerstand tegen wat ze zagen als de zoveelste 'aanslag' op de positie van de vrijgevestigd medisch specialist. En die weerstand begreep ik, na lezing van "De eed en het geld" van Henk Nicolai over de ontwikkeling van de positie van de medisch specialist en diens honorarium tussen 1972 en 2002. Vanaf 1979 heb ik die ontwikkeling in beleidsfuncties binnen de ziekenhuissector van zeer nabij kunnen volgen. Ik zag hoe het honorarium van de vrijgevestigd medisch specialist steeds verder opklom in de hiërarchie van de aandacht van hun koepelorganisatie. Het was een logisch gevolg van de door Nicolai in zijn boek beschreven voortdurende pogingen van opeenvolgende regeringen om het inkomen van de vrijgevestigd medisch specialist aan banden te leggen. Misschien ligt in de titel van het boek van Nicolai wel besloten dat de patiënt in de aandacht van de medisch specialist steeds meer concurrentie ondervond van diens portemonnee. En daar zijn dokters niet beter van geworden.

Het is vooral in de weerbarstige gesprekken die ik als geestelijk vader van het DBC-systeem tussen 1995 en 1999 voerde met de belangenbehartigers van de wetenschappelijke verenigingen, dat mijn belangstelling ontstond voor de mindset van de medisch specialist. In navolging van cultuurspecialist Geert Hofstede noem ik die mindset ook wel de mentale programmering van de medisch specialist. Die mentale programmering wordt gevormd gedurende de opleiding van student geneeskunde tot medisch specialist. Een periode van ruim twaalf jaar. Die opleiding beslaat de levensfase waarin de persoonlijkheid van de mens in die dokter in spé zich vormt. Wat, zo vroeg ik me af, doet die opleiding met de ontwikkeling van de mentale programmering van die jonge mens tot volwaardig medisch specialist? Hoe komt het dat medisch specialisten dikwijls bijna allergisch reageren op alles wat des organisatie is? Terwijl ze die organisatie nodig hebben om hun betekenis voor de patiënt te kunnen hebben? Hoe meer je die organisatorische context als 'gedoe' beleeft, gedoe waar je je aan stoort en regelmatig over opwindt, des te groter zal het beslag zijn dat het legt op je cognitieve potentieel. Dat trekt dan

dus ook een wissel op je beschikbare energie. En die energie is hard nodig voor gefocuste patiëntenzorg, voor opleiding of voor onderzoek.

Iets is niet uitsluitend in absolute zin gedoe. Het wordt dat misschien nog wel meer door de wijze waarop jij er mee omgaat. Met andere woorden: het is vooral jouw perceptie en beleving van wat er om je heen gebeurt die bepaalt of je zo'n gebeurtenis als 'gedoe', en dus als belastend ervaart. Gedoe waar je natuurlijk ook iets van gaat vinden en bij gaat voelen. En dat kost aandacht en energie, die je nodig hebt om datgene te doen waarvoor je dokter bent geworden. Misschien zie je hierin ook de relatie met stress die je wellicht in je werk ervaart. Ook stress heeft heel veel te maken met je perceptie en beleving van de situatie waarvan je denkt dat die de stress veroorzaakt. Je kunt echter leren om zo'n zelfde gebeurtenis of situatie zodanig waar te nemen en te beleven dat het geen onnodige aandacht en energie van je vraagt. Dat is niet alleen een vaardigheid, maar ook een keuze. Beide zijn onderdeel van jouw regie over de manier waarop je dokter wilt zijn. Dat is persoonlijk leiderschap.

Dit eerste deel gaat daar in het bijzonder over. Over persoonlijk leiderschap, over het management van je eigen aandacht, van je eigen energie. Wanneer je daar niet zelf de regie in neemt, ben je kwetsbaar voor stress of nog erger: burnout, zo heeft onderzoek door Erik Drenth (Drenth 2016) onder jonge artsen in Nederland aangetoond. Voor dat management van je eigen energie en aandacht, nodig om je mentale effectiviteit en weerbaarheid te vergroten, worden je in dit deel van het boek vanuit verschillende kennisdomeinen ‘gereedschappen’ aangereikt. Ze zijn deels praktisch van aard en ontleend aan eigen ervaring, deels ook worden ze ondersteund door theoretische en op onderzoek gebaseerde kennis. Het zijn de gereedschappen voor je persoonlijk leiderschap. Je wiedz er het onkruid in je hoofd mee, wat de metafoer is voor wat ik de reductie van gedoe en dus van stress noem.

Die gereedschappen zijn de volgende:

- » inzicht in de werkelijke bron van je stress,
- » persoonlijke effectiviteit, die je helpt om selectiever me je aandacht om te gaan en de drukte de baas te blijven,

- » de kunst van het nietsdoen, die je helpt om verstandig om te gaan met wat op je weg komt,
- » de kunst van Kaizen, die je helpt om de dingen te doen waar je tegenop ziet,
- » inzicht in je eigen kwetsbaarheid, zodat die een krachtige energiebron kan zijn,
- » ontspanningsoefeningen, die je weerbaarheid tegen stress vergroten.

Je zult in het navolgende ook enkele columns tegenkomen over concrete coaching trajecten uit mijn dagelijkse praktijk waarin ik die gereedschappen aan coachees heb aangereikt. Uiteraard zijn daarin de persoonsgegevens van de coachee om privacy-redenen gefingeerd, maar de inhoud van de cases is in alle gevallen authentiek.

2

Inzicht in een belangrijke bron van stress

Stress is in. Het is een hype om er onder gebukt te gaan, maar tegelijk ook iets waar we ons een beetje voor schamen. De publicaties over stress bij artsen in opleiding zijn niet bij te houden.

Die moeten een signaal zijn voor de arbeidsomstandigheden waarin de medisch specialist wordt opgeleid. Maar zijn ze niet meer een signaal dat iets zegt over de mentale weerbaarheid van de jonge arts?

Zou de beleving van stress niet meer zeggen over je eigen mentale weerbaarheid dan over je werkomgeving of -belasting? Moet die vraag niet gesteld worden als we weten dat de een er onder gebukt of zelfs onderdoor gaat en de ander niet?

Hier wil ik die vraag bevestigend beantwoorden.

Als je stress beleeft, dan zegt dat in de meeste gevallen meer over jou dan over je werkomgeving. Om dat in het bestek van dit boek te bespreken wil ik het woord stress daarom vervangen door het woord 'gedoe'. Gedoe definieer ik als:

alles dat in je hoofd en in je omgeving gebeurt dat je afleidt van datgene waar je eigenlijk mee bezig wilt zijn. Het gevoel van stress is veel meer een gevolg van de wijze waarop je met dat gedoe omgaat.

Dat geldt vooral voor negatieve stress. Dat is stress die aandacht en dus energie van je vraagt die niet bijdraagt aan waar je mee bezig wilt zijn. Positieve stress daarentegen is een beleving van je werkomgeving die je aanspoort om extra energie in je systeem





figuur 1: Door gedoe komt de kerntaak in het gedrang.

aan te boren. Dat systeem levert die energie door de productie van adrenaline, die maakt dat je meer aankunt.

Maar als datgene waarmee je bezig wilt zijn al veel van je aandacht vraagt, dan is de kans groot dat gedoe, bovenop datgene waarmee je bezig wilt zijn, meer van je vraagt dan je fysiek en mentaal kunt leveren. Je raakt vermoeid, gaat minder presteren, je raakt ook daardoor geïrriteerd (nog meer energieverlies, nog minder presteren), je krijgt lichamelijke klachten (die vragen ook weer energie). Kortom, je raakt in een neerwaartse spiraal wat betreft je mentale en fysieke belastbaarheid als dergelijke situaties langer aanhouden. Dikwijls heb je dat

pas in de gaten als je al aardig laag in de spiraal zit, en misschien al een tijdje slecht slaapt. We hebben immers geen metertje waarop we kunnen aflezen hoe we ons systeem belasten en hoe ver we daarin kunnen gaan. We moeten het doen met onze 'lichaamstaal'. Ons lichaam spreekt in een heel breed scala van fysieke signalen, waarvoor we in onze taal lang niet altijd de juiste woorden, en dus dikwijls ook geen begrip hebben. "Luister naar je lichaam" is dus makkelijker gezegd dan gedaan. Want om naar je lichaam te luisteren, moet je aandacht besteden aan je lichaam. Als die aandacht door waar je mee bezig wilt zijn én door het gedoe dat je ervaart al helemaal wordt opgeslokt,

dan heb je dus geen aandacht meer over om naar je lichaam te luisteren. Dat verklaart waarom dokters, die vrijwel zonder uitzondering gepassioneerd bezig zijn met hun werk, een verhoogd risico lopen om in een burn-out of andere fysieke mankementen terecht te komen. Vooral omdat ze in hun patiëntenzorg dikwijls afhankelijk zijn van heel veel andere mensen en van beschikbare faciliteiten, waarover ze maar beperkt zeggenschap hebben. Dat geldt in het bijzonder voor de aankomend en jonge medisch specialisten, die in een organisatie werken waarvan ze geen notie hebben hoe de hazen er lopen. Die veelal überhaupt geen ervaring hebben met werken in organisaties en die in hun opleiding ook nauwelijks vaardigheden aangereikt krijgen om zich in die 'arena' te handhaven.

Het goede nieuws is: je kunt grip krijgen op gedoe, zodat het geen stress hoeft te worden.

In mijn definitie van gedoe zitten enkele interessante aanknopingspunten om er grip op te krijgen. Die wil ik even met je onder de loep nemen.

1 In de eerste en zeker niet de minste plaats is daar het aspect dat gedoe (ook) in je hoofd gebeurt.

Je brein associeert min of meer ongecontroleerd, dat wil zeggen onbewust, op alles wat je bewust en onbewust waarneemt (Dijksterhuis 2007). Die associaties roepen te pas en te onpas gedachten op in je hoofd waar je niet bewust voor kiest. Maar die gedachten kunnen je wel in beslag nemen en daarmee afleiden van waar je mee bezig wilt zijn. Volgens Dijksterhuis hebben wij hoegenaamd geen grip op die associaties in het onbewuste deel van ons brein en dus ook niet op de gedachten die zij in het bewuste deel van ons brein oproepen. Waar je echter wel grip op hebt, is op de manier waarop je vervolgens met die gedachten omgaat. Je kunt er namelijk voor kiezen om er wel of geen aandacht aan te besteden. Als je er geen aandacht aan besteedt, zullen ze vanzelf weer verdwijnen. Ze geven dan geen gedoe. Als je er wel aandacht aan besteedt, zullen ze je afleiden van waar je mee bezig wilt zijn. Dan geven ze dus gedoe.

Verderop in dit hoofdstuk reik ik je vaardigheden aan om de regie te houden in je hoofd. Die regie helpt je om de baas te blijven over je gedachten, in plaats van dat die gedachten de baas over jou worden. Dat helpt het gedoe dat die gedachten veroorzaken aanzienlijk te beperken.

2 Het tweede aspect in mijn definitie van gedoe is dat het in je directe omgeving gebeurt. En dan gaat het vooral om alles en iedereen die invloed hebben op de kwaliteit van jouw werk. In het werk van de medisch specialist is dat een heel breed scala van zaken die allemaal je aandacht kunnen afleiden van wat je eigenlijk wilt doen. Een begrijpelijke en veel voorkomende reactie is om te trachten die omgevingsfactoren onder controle te houden. Je hoopt dan dat ze minder gedoe zullen geven. Dat die hoop een ijdele is, zal de dagelijkse praktijk je inmiddels wel duidelijk gemaakt hebben. Alleen al het onder controle willen houden van die veelheid van factoren slurpt je energie op. Mensen die om welke reden dan ook meer dan gemiddeld de behoefte hebben om hun omgeving onder controle te houden, niet zelden het resultaat van bijzondere gebeurtenissen in hun leven, lopen daarom een sterk verhoogd risico op een burn-out of andere klachten van mentale of fysieke uitputting. Stel jezelf maar eens de vraag of je überhaupt invloed kunt hebben op datgene wat er in je omgeving gebeurt. Van veel van die gebeurtenissen of factoren zul

je moeten erkennen dat die invloed nul komma nul is, wat je ook maar zou kunnen doen. Wat kan het je dan opleveren als je er aandacht aan besteedt? Niets dus, wat betreft die gebeurtenissen of factoren. Wel wat betreft je energie die het je kost, want die ben je kwijt en kun je niet besteden aan waar je mee bezig wilt zijn. Verderop in dit deel zal ik je vaardigheden aanreiken om ook hierin verstandig met je aandacht en energie om te gaan.

Het derde en belangrijkste aspect, verweven met de beide voorgaande, is dat gedoe je afleidt van wat je zou willen doen. En afleiding is de belangrijkste oorzaak van slecht presteren. In de topsport krijg je dat met de paplepel ingegoten. Je moet je focussen. Dat wil zeggen dat je minimaal al je aandacht richt op de prestatie die je wilt leveren en de hulpbronnen in jezelf die je daarbij nodig hebt. Topsport, en zo zie ik medisch specialistische zorg toch wel, stelt daarmee hoge eisen aan je eigen regie over je aandacht. Die regie moet je in staat stellen jezelf ontoegankelijk te maken voor elke afleiding. Daar ga ik je in het navolgende gereedschap voor aanreiken.

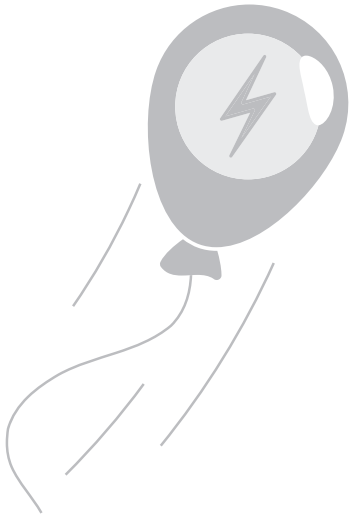
3

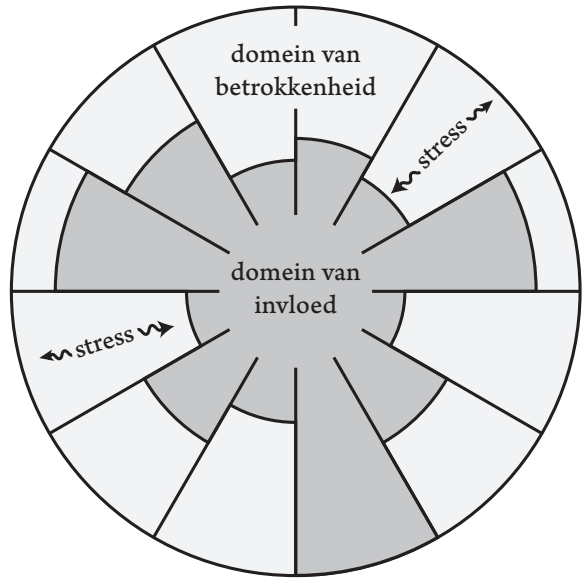
3

Over persoonlijke effectiviteit: zelf regie houden

In het voorgaande heb ik aandacht besteed aan hoe om te gaan met wat er in je eigen brein gedoe geeft, het onkruid in je hoofd, en dat dikwijls ongemerkt veel energie kost. Ik duid dat ook wel als de baas blijven van je gedachten, om te voorkomen dat die gedachten jou de baas worden. Daarmee kun je rust en ruimte in je hoofd creëren, en kun je ten volle aandacht besteden aan waar jij die aan wilt besteden. Verderop in dit deel zal ik je daar nog meer over aanreiken.

Vanuit die rust en ruimte in je hoofd ben je ook beter in staat om meer rust en ruimte in je omgeving te creëren. Veel van wat er vanuit je omgeving in het ziekenhuis op je afkomt, heb je niet zelf geïnitieerd. Het komt ongevraagd op je af en je wordt geacht – althans dat denk je dikwijls – er naar te handelen. Het is een belangrijk element van je werkdruk, en die druk voelt zwaarder naarmate je minder regie hebt over wat er op je afkomt. De inhoud van een substantieel deel van je werktijd wordt door anderen bepaald en dat komt je niet altijd zelf ook goed uit. Zelf regie hebben over de inhoud van je werk reduceert aanmerkelijk de kans dat je eronder ‘gebukt’ gaat. Zelf de regie hebben over wat je doet en over hoe je op je omgeving reageert, wordt ook wel persoonlijk leiderschap of persoonlijke effectiviteit genoemd. Een autoriteit op dat gebied was Stephen Covey, die met zijn wereldwijde bestseller “The 7 Habits of Highly Effective People” (Covey 1989) een bijna





figuur 2: domein van invloed en domein van betrokkenheid

goeroeachtige status heeft verworven. Het is een belangrijke inspiratiebron geweest voor veel andere schrijvers op het gebied van persoonlijke effectiviteit en voor een veelvoud daarvan van coaches. Aan zijn gedachtegoed ontleen ik twee inzichten die je kunnen helpen de drukte de baas te blijven. Het eerste betreft het onderscheiden van een domein van betrokkenheid en een domein van invloed in de werkomgeving waarin je verkeert. Het tweede inzicht betreft het onderscheid wat daarin urgent en niet urgent is en wat belangrijk en niet belangrijk.

Het domein van betrokkenheid en het domein van invloed in je werkomgeving

Je werkomgeving kun je opvatten als een domein van betrokkenheid. Het zijn al die zaken, denk aan mensen, middelen, regels, opdrachten en verwachtingen, waarop jij je betrokken voelt en die je dus iets doen. Dikwijls is die betrokkenheid gebaseerd op het feit dat die zaken invloed hebben of kunnen hebben op jouw werk en op jouw welbevinden. Binnen dat domein van betrokkenheid kun je ook een domein van invloed onderscheiden. Dat is doorgaans kleiner dan het domein van betrokkenheid. In dat domein van invloed vallen alle zaken