

Hoe dokters beter kunnen worden

Laurens J.C. Baas

Hoe dokters beter kunnen worden

Met meer rust in het hoofd en focus op de patiënt

met een voorwoord van prof. dr. Fedde Scheele

Colofon

Laurens Baas
Hoe dokters beter kunnen worden
Copyright ©2019 Laurens Baas

Vormgeving en omslag:
Bakabaka Design, Utrecht
www.bakabaka.nl
Foto auteur: Hans Lebbe

Illustraties:
Bakabaka Design, Utrecht

Niets uit deze uitgave mag worden
verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie,
microfilm of op welke manier dan ook,
zonder voorafgaande toestemming van
de auteur.

ISBN 978-94-6247-165-8

2^e druk, maart 2020

www.laurensbaas.nl
info@laurensbaas.nl
www.hoedoktersbeterkunnenworden.nl

Aan allen die zich door Hippocrates (hebben) laten leiden

Want onder die witte jas
klopt gewoon een hart

— Coen Verbraak in “Kijken in de ziel van artsen”

Inhoudsopgave

Voorwoord	xi
Verantwoording	xv
Inleiding	1
Hoe kwam jij ertoe om dokter te willen worden?	2
Medisch specialist in de 21 ^e eeuw	4
Wat mag je verwachten van dit boek?	7
Deel 1: Onkruid wieden in je hoofd	11
Inzicht in een belangrijke bron van stress	16
Over persoonlijke effectiviteit: zelf regie houden	20
Het domein van betrokkenheid en het domein van invloed in je werkomgeving	21
Hoe kun je die subjectieve werkdruk verminderen?	22
Onderscheid urgent van niet urgent en belangrijk van niet belangrijk	23
Invloed op de mate van urgentie van je workload	24
Invloed op de mate van belangrijkheid van je workload	25
In verbinding loslaten	27
Nog meer over loslaten	27
De kracht van nietsdoen	30
De kunst van Kaizen	34
Kwetsbaarheid als energiebron	39
Waar komt die kwetsbaarheid vandaan?	39
Rust in je hoofd met ontspanningsoefening	49
Loslaten: hoe doe je dat dan?	50
Sta eens stil bij je ademhaling	50
Meditatie	53
Literatuur deel 1	61

Deel 2: Werken aan sociale effectiviteit	63
Over samenwerking	65
Verbinding met anderen begint bij jezelf en bij jezelf zijn	69
Over communiceren	75
Wat bepaalt de effectiviteit van de communicatie	79
Verschillen in betekenisgeving	79
Beleving van de onderlinge relatie	81
Stemming van zender en ontvanger	82
Verwachting van de ontvanger en zender	83
Context van de communicatie	84
ANNA	85
Over luisteren	89
Hoe doe je dat: goed luisteren?	91
Verbindend communiceren	94
Feedback geven	95
Samen een probleem oplossen in dialoog	97
Verbindend onderhandelen	99
Collectieve ambitie, visie en doelen	104
Hoe ontwikkel je die collectieve ambitie en visie?	106
Waarom een collectieve ambitie en visie	110
De kracht van de 'sense of desire'	110
Sociale effectiviteit: een mooie vakgroep	114
Conflicthantering	117
Wat is een conflict?	118
Wat kun je zelf doen?	121
Wat kun je samen doen?	122
Als je er ook samen niet uitkomt	123
Mediation	125
De rol van de mediator	127
Mediation is een begeleide onderhandeling	128
De mediationovereenkomst	128

De vaststellingsovereenkomst	129
Toepassingen van mediation	129
Voordelen van mediation	132
Het mediationproces	132
Conclusie	137
Literatuur deel 2	138
Deel 3: Medisch specialist en ziekenhuis: van allergie naar synergie	141
Een stukje geschiedenis van het ziekenhuis	143
Van individuele praktijk naar onderneming	145
Bekostiging van de medisch specialistische zorg	147
Integratie medisch specialist en ziekenhuis	151
Diagnose-behandeling-combinatie (dbc)	153
Het ziekenhuis in bedrijfskundig perspectief	159
Economische betekenis	160
Verantwoordelijkheden en bevoegdheden	160
Grote volumes, multidisciplinair, maximaal klantgericht	161
Gebrekkige output- of producttypering	162
Regels, regels en nog eens regels	162
Medisch specialist en ziekenhuis: de allergie is wederzijds	164
Op weg naar synergie	167
Hoe buigen we allergie om in synergie?	168
Wat moet je vooral niet doen of waar moet je mee stoppen?	169
Wat moet je koesteren?	170
Wat je verder moet ontwikkelen	170
Naar een ziekenhuis van medisch specialisten	174
Tot slot	180
Literatuur deel 3	181
Woorden van dank	183

Voorwoord

Als vijftiger in de zorg raakt dit boek van Laurens Baas me flink. Mijn loopbaan in de zorg heeft een aantal fasen doorgemaakt waardoor ik bijzonder doordrongen ben van wat dit boek te bieden heeft. De eerste fase in mijn werkzame bestaan is die van de betovering door allerlei elementen van het werk. De emoties met patiëntenzorg, het plezier van beheersing van techniek, het leren stellen van de goede vragen en het succesvol leren uitvoeren van onderzoek. De tweede fase is die van het tevergeefs proberen vast te houden aan de initiële betovering, gevolgd door een speurtocht naar mezelf en naar inspiratiebronnen die bij mezelf passen. Dan het gaan van een eigen weg en het conflict met de routines van de omgeving. De derde fase gaat die zijn van overdracht van werk en posities aan de opvolgers. Dit boek gaat voor mij vooral over de tweede fase. De zoektocht naar mezelf, het maken van belangrijke keuzes, het leven en samenwerken met mijn disciplinerende werkomgeving. Zolang het lukt om inspiratiebronnen te vinden, ben ik niet al te kwetsbaar. Als dat niet lukt, door gebrek aan creativiteit of mogelijkheden of wanneer de omgeving als een keurslijf om me heen zit en me in een onmogelijke routine dwingt, dan voel ik de kwetsbaarheid groeien. Een kwetsbaarheid die ik in veel collega's herken. Een kwetsbaarheid die tot burn-out kan leiden. Een kwetsbaarheid die men nogal eens probeert te bestrijden door werkroosters aan te passen

en reglementen te maken over hoe we samen moeten leven. Oplossingen die niet raken aan de kern: Hoe blijf ik geïnspireerd en betoverd? Hoe zorg ik er voor dat ik fluitend naar mijn werk ga?

Wat heeft dit boek dan te bieden? Deel 1 heeft als titel *Onkruid wieden in je hoofd*. Laurens Baas legt met veel ervaring en kennis van zaken in eenvoudige termen uit hoe je aan zelfzorg kunt doen. Zonder zweverig te worden, legt hij uit hoe je weer regie kunt krijgen over je eigen welbevinden. Hij lardeert die uitleg met sprekende voorbeelden uit de praktijk. Zelfzorg is tot nu toe een vergeten onderwerp in de specialisten opleidingen, en ook in menige praktijk is daar bar weinig aandacht voor. De keuzes die in dit boek gemaakt zijn om aan de lezer voor te leggen, zijn heel goed gemaakt. Dit is de kern. Deze tools wil je ter beschikking hebben om mentaal gezond en krachtig je loopbaan te bewandelen. Met een aantal van deze methodieken was ik bekend, maar bijvoorbeeld de kunst van 'Kaizen' was nieuw voor me en aanleiding om er meer van te lezen. Dit boek brengt heel waardevolle inzichten op eenvoudige wijze dichtbij.

Deel 2 gaat over sociale effectiviteit. Toen ik in mijn maatschap kwam werd me door menigeen duidelijk gemaakt dat ik hier een werkhuwelijk sloot. Al doende zag ik voorbeelden van sociaal heel effectieve collega's en hoe voorspoedig zij zich door hun werkomgeving bewogen. Minder sociaal effectieve collega's zag ik pijn lijden. Ik was steeds erg geïnteresseerd in de vraag hoe je sociale effectiviteit kunt laten groeien en las er literatuur over en hield workshops over het bewerkstelligen van gewenste veranderingen en over onderhandelen. Opnieuw wist Laurens me te verrassen met een uitstekende keuze van visies en methoden rond sociale effectiviteit. Niets te veel en precies dat wat de kern is van wat je moet weten over dit onderwerp om jezelf binnen je groep naar een effectiever functioneren te brengen.

Deel 3 gaat over de ziekenhuisorganisatie. Hoe je van allergie voor allerlei externe systemen tot synergie met de organisatie komt. Menige criticaster zal lachend zeggen dat synergie met zijn organisatie onmogelijk is. Ik ben in mijn workshops veel van deze cynisch geworden collegae tegen gekomen. Toch waren die wel te

vangen voor een verfrissende visie of aanpak om er iets beters van te maken. Ook deze collega's zou ik op het hart willen drukken: of je het gelooft of niet, met dit boek in de hand is er veel meer mogelijk dan je ooit gedroomd had!

Fedde Scheele

Verantwoording

“Wat verbeeldt die Baas zich wel, dat hij denkt te weten hoe dokters beter kunnen worden! Hij is zelf geen dokter en heeft ook geen medische opleiding genoten. Kom op, zeg!”

Ik hoor het je bijna denken, als je in dit boek begint. Eigenlijk niet eens zo'n vreemde reactie. Als medisch specialist ben je immers meer dan twaalf jaar in opleiding geweest. En dan zou een bedrijfskundig ingenieur, weliswaar gepokt en gemazeld in de medisch specialistische sector, jou kunnen vertellen hoe je beter kunt worden?

Dat lijkt toch tamelijk pretentius.

Dat lijkt het inderdaad, maar is het niet. Dat zal ik je graag uitleggen. Het is tegelijk de verantwoording voor mijn inzet om dit boek voor je te schrijven.

Al die tijd dat jij in opleiding tot medisch specialist bent of bent geweest, word je opgeleid in een heel hoogwaardig en maatschappelijk zeer gewaardeerd ambacht. Immers, als medisch specialist maak je mensen beter, om het maar even heel kort door de bocht te stellen. Dat heeft voor die mensen en voor de directe naasten van die mensen, maar ook voor de organisatie waarin ze misschien nog werken, een onschatbare waarde, zowel emotioneel als sociaal en economisch. Dat is misschien ook wel wat de medische opleiding bij menig jongvolwassene zo populair maakt. Het is een ambitie die hen aanspreekt: mensen beter kunnen maken. En ook spreekt het hen aan dat het beroep van

arts je een bijzondere maatschappelijke status geeft en je ook nog eens een bijzonder inkomen garandeert.

Voor de student geneeskunde, de co-assistent en zelfs de arts-assistent-in-opleiding-tot-specialist (AIOS), is dat lange tijd het wenkend perspectief. Een perspectief dat heel veel energie geeft en een bijzonder incasserings- en uithoudingsvermogen. Dat vermogen helpt je door te gaan, ook wanneer je in je opleiding lange werkweken moet draaien en daarin situaties meemaakt waar je helemaal van slag van raakt.

Dat wenkend perspectief van een baan of vak met zoveel betekenis, helpt je ook je ogen te sluiten wanneer je beseft dat de studie en de opleiding een veel groter beslag leggen op je leven dan de studie van leeftijdgenoten die een andere opleiding volgen.

Als in een kenniskoker word je in een periode van dikwijls meer dan twaalf jaar tot het ambacht gevormd en opgeleid. Ik noem dat een koker, omdat je al die tijd heel intensief belast wordt met het verwerven van kennis van het menselijk lichaam, van diagnostiek en van mogelijke therapieën. Ook omdat je al heel

vroeg in je opleiding gaat beseffen dat je deel uitmaakt van een bijzondere 'tribe'. Een gesloten gemeenschap waarvan de leden zich met elkaar verbonden voelen in een gemeenschappelijke taal, in kennis van het menselijk lichaam en in voor die gemeenschap kenmerkende normen, waarden en gedragspatronen. Deel worden van die gemeenschap legt zo'n intensief beslag op je leven, dat je voor het ontwikkelen van andere vaardigheden nauwelijks tijd over hebt.

En op die medisch inhoudelijke kennis en vaardigheden van het ambacht word je al die tijd 'afgerekend'. In de universitaire opleiding door toetsen en tentamens. Als co-assistent door de AIOS op je afdeling en niet zelden ook door de verpleegkundigen. Als AIOS door je opleiders, die je je 'bazen' noemt. Dus dat is waar je al die tijd voor gaat, om waardering te oogsten voor je medisch inhoudelijke kennis en vaardigheden, om te voorkomen dat je een negatieve aantekening in je opleidingsdossier krijgt.

Maar dan ben je medisch specialist. Ben je van de ene dag op de andere volwaardig lid van een vakgroep of maatschap.

Word je geacht volwaardig mee te denken, te praten en te beslissen over gedoe in de maatschap of vakgroep, over weekenddiensten of over werklust en inkomen. Over gedoe met medewerkers binnen de vakgroep of afdeling, met collega's in andere disciplines, over gedoe met managers die in jouw ogen alleen maar naar de kosten kijken en niet naar de behoeften van de patiënt.

Kortom, van de ene dag op de andere wordt een volwaardige collegiale bijdrage van je verwacht, in de ontwikkeling van medisch beleid, van de vakgroep of maatschap, in discussies over zaken die het (financiële) belang van de discipline of beroepsgroep raken.

Maar wat weet je daar van? Wat heb je daarover geleerd gedurende je jarenlange opleiding?

Dokter zijn betekent ook dat je ongeveer de hele dag moet communiceren (zie *Doctors' Orders* van K. Kruithof). Met je patiënten, met collega's en met verpleegkundigen en met andere medische en paramedische zorgverleners die je nodig hebt om überhaupt iets voor die patiënten te kunnen betekenen. Altijd heb je hen nodig, maar je hebt geen hiërarchische bevoegdheden om hun

medewerking af te dwingen. Dat moet je doen door hun bereidheid om met jou samen te werken, hun loyaliteit aan jouw behandelbeleid te verwerven. Niet zelden moet je daarvoor met hen onderhandelen, ook hun belangen en inzichten onderkennen en afwegen. Wat heb je daarover geleerd tijdens je opleiding?

Al deze competenties, waar je dus niet in opgeleid bent, zijn dus in meer of mindere mate noodzakelijk om als medisch specialist betekenis te hebben voor je patiënt. Ze zullen in je dagelijks functioneren een belangrijk deel van je aandacht in beslag nemen. Vreemd toch, dat je daar tijdens je academische opleiding geen bagage voor meekrijgt en evenzo vreemd is het dat je daar tijdens je opleiding in het ziekenhuis ook voor wordt 'beschermd', dat wil zeggen ervan weg gehouden.

Vreemd, omdat hoe beter die competenties in je systeem zijn verankerd, des te minder beslag zullen ze leggen op je brein en des te meer jij je aandacht kunt richten op je medisch inhoudelijke vaardigheden en dus meer aandacht kunt besteden aan je patiënt. En op de aandacht voor de hulp die andere collega's van je vragen in de behandeling

van hun patiënt. Hoe minder goed je die competenties beheerst, des te meer ga je die niet-medische aspecten van je werk ervaren als ‘gedoe’. Dan neemt het beslag dat ze leggen op je brein en dus op je aandacht substantieel toe. Dat zul je als stress ervaren en die stress maakt je niet tot een betere dokter, toch?

Wat denk je zelf? Zou je een betere dokter worden als je erin zou slagen om de aandacht die het worstelen met al dat gedoe van je vergt aan directe patiëntenzorg zou besteden?

Dat is wat ik met dit boek beoog. Om je kennis aan te reiken in de betekenis die Matthieu Weggeman er aan geeft (Weggeman 2000). Hij definieert kennis als het geheel van informatie, ervaring, vaardigheden en attitude in een bepaald domein van de werkelijkheid. In dit boek gaat het dan in het bijzonder om die kennis die je beter in staat stelt om adequaat om te gaan met de onvermijdelijke niet medisch inhoudelijke aspecten van je werk als medisch specialist. Om het beslag dat ze leggen op je aandacht zover mogelijk terug te brengen en je zo te vrijwaren van onnodige stress. Je wordt er een betere dokter van en daar worden heel veel mensen, in ieder geval je

patiënten maar ook je collega’s beter van. En daar ligt mijn passie in het werken met medisch specialisten.

Daarbij heb ik mij van meet af aan voorgenomen om als niet-medicus niet te treden in het domein van de arts-patiënt relatie. In dat domein krijg ik overigens doorgaans wel de meest spontane reacties als ik – op de vraag wat ik doe – zeg dat ik dokters beter maak. Vrijwel altijd komt er dan een persoonlijke anekdote over de bejegening door, of communicatie van hun eigen dokter.

Hoewel ik dus buiten de arts-patiënt relatie blijf, komen er vooral in het eerste deel van dit boek toch aspecten van jouw functioneren als medisch specialist aan de orde, die wel degelijk zijn doorwerking hebben in je relatie met de patiënt. Maar dat is niet het vertrekpunt van waaruit die aspecten hier worden behandeld.

Tenslotte nog een prikkelend perspectief dat ik je graag wil voorhouden, en dat wellicht motiveert om ook echt te investeren in een vitale en stress-arme beroepsuitoefening waarbij dit boek je zal helpen. Na je middelbare school ben je geneeskunde gaan studeren. Zo’n 14 jaar later, dat is dus rond je 32^e, zul je medisch

specialist zijn geworden. Na 18 jaar als medisch specialist gewerkt te hebben in dezelfde discipline, vrijwel zeker ook in dezelfde vakgroep en meestal ook in hetzelfde ziekenhuis, zul je rond de 50 zijn. Bedenk dat je dan nog eens 18 jaar te gaan hebt als medisch specialist, in dezelfde discipline, zij het misschien in een subspecialisatie daarbinnen, en waarschijnlijk nog steeds in dezelfde vakgroep en in hetzelfde ziekenhuis. Het begin is geweldig. Eindelijk word ook jij voor vol aangezien en ben je gelijke onder de gelijken. Hoe denk je dat het na 18 jaar is? Nog steeds geweldig? En na nog eens 18 jaar? Kijk je dan terug op een boeiende loopbaan? Wat heb je dan gedaan om het al die tijd boeiend te houden? Ga er maar van uit dat het niet vanzelf zo geweldig blijft.

Hopelijk voel je je uitgedaagd door al die prikkelende vragen over je (verdere) toekomst als medisch specialist. Wat is dat dan precies wat je nog kunt leren waardoor je beter wordt? En als je nog aan het begin staat: waar lopen medisch specialisten dan zo al tegen aan, of erger nog: waar lopen ze in vast? Wat kun je doen om dat te voorkomen, om je collega's te helpen dat te voorkomen en om het geweldig te blijven vinden?

In mijn schrijven voel ik me nauw verbonden met de medisch specialist op de werkvloer. Dat komt het meest tot uiting in mijn stijl als ik me heel direct tot jou richt. Nu eens in je positie als assistent of jonge klare, dan weer in die van de ervaren medisch specialist. Die directe aanspreekstijl wordt afgewisseld met wat je beschouwingen zou kunnen noemen van de beroepsgroep en van de context van de ziekenhuisorganisatie. Veel van de kennis die je hier wordt aangereikt is verworven in training en opleiding in een breed scala van gedragsaspecten en van interpersoonlijke aspecten, en in eigen persoonlijke ervaring over een periode van bijna 40 jaar als consultant, manager, coach en mediator in het medisch specialistische domein. Altijd met een passie voor inspirerend werken en organiseren in dat domein. Altijd ook met de blik van de bedrijfskundig ingenieur: wat kan er beter, en hoe dan?

In aparte 'boxen' tref je verspreid in het boek beknopte samenvattingen aan van cases uit mijn eigen coaching praktijk. Omwille van de privacy zijn de antecedenten van de betrokkenen in deze cases gefingeerd. Elke herkenning van de beschreven situaties in de praktijk berust dan ook op puur toeval.

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/verzekeringarts).

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 ambachtshouders. 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 (Kruijthoff 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 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?

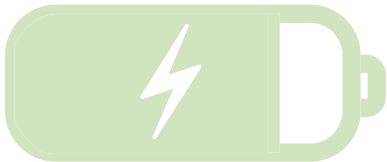
Zou de beleving van stress niet meer zeggen over je eigen mentale weerbaarheid dan over je werkomgeving of -belasting? Moet die vraag niet gesteld worden als we weten dat de een er onder gebukt of zelfs onderdoor gaat en de ander niet?

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.

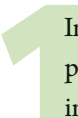
Maar als datgene waarmee je bezig wilt zijn al veel van je aandacht vraagt, dan is de kans groot dat gedoe, bovenop datgene waarmee je bezig wilt zijn, meer van je vraagt dan je fysiek en mentaal kunt leveren. Je raakt vermoeid, gaat minder presteren, je raakt ook daardoor geïrriteerd (nog meer energieverlies, 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.

 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