

## **Opheffen van spanning of stagnatie in een maatschap/vakgroep van medisch specialisten.**

### **Hanteren van spanning of stagnatie.**

Bijna iedere maatschap/vakgroep kent spanningsvolle momenten, of zelfs hele episodes van stagnatie. Meningsverschillen over de koers en de werkwijzen van de maatschap kunnen verzanden in stroperige discussies. Het lijkt alsof de maatschap tot stilstand komt. Karakters kunnen gaan botsen en het gespreksklimaat extra onder spanning zetten. Maar meestal winnen de vindingrijkheid en de collegialiteit het, en wordt er in gezamenlijkheid een uitweg gevonden die weer een wenkend perspectief biedt.

### **Inschakelen van externe deskundigheid.**

Niet altijd lukt het om er op eigen kracht uit te komen. In de afgelopen jaren kwamen er veelvuldig verzoeken van een maatschap/vakgroep om behulpzaam te zijn bij het doorbreken van een verstoord of contraproductief patroon van samenwerking. Het ging om ruim vijftig maatschappen/vakgroepen, van nagenoeg alle specialismen, in algemene of academische ziekenhuizen.

Steeds was er een situatie ontstaan waarin beleidsontwikkeling al langere tijd stagneerde, de besluitvorming in meerdere opzichten haperde en onderling corrigerend optreden niet het beoogde effect had. Soms stond het medisch handelen van een of meerdere collega's ter discussie. Bijna altijd speelde verstoord communicatie een rol, waren er conflictueuze relaties ontstaan, waarbij een of enkele collega's in het brandpunt kwamen te staan.

De problematiek beperkte zich meestal niet tot het functioneren en de slagvaardigheid van de betreffende maatschap en de betreffende afdeling. Ook andere specialismen ondervonden er last van. En niet zelden bestond de vrees dat de kwaliteit van zorg of de patiëntveiligheid in het geding zou komen, of al in de gevarenszone was. In die situatie werden ook het medisch stafbestuur en de raad van bestuur 'partij'. Er kwam een moment dat besloten werd om een externe deskundige te vragen de problematiek te analyseren, te interpreteren en adviezen te geven voor 'hoe verder'.

### **De essenties van de problematiek benoemen.**

Vaak bestaan er concurrerende probleemdefinities. En zijn er uiteenlopende zienswijzen op de gewenste toekomst van de groep. Niet iedereen accepteert een meerderheidsbesluit over werkwijzen, over omgangsvormen en regels. Sommigen voelen zich verantwoordelijk voor het geheel, terwijl anderen zich concentreren op hun eigen praktijk. En bijna altijd

# LANGEORGANISATIEADVIES

speelt op de achtergrond de schuldvraag. Wie is of zijn in gebreke gebleven? In welke mate is er sprake van verwijtbaarheid? Hoe ernstig zijn de consequenties? Hoe structureel is de problematiek? In welke mate hebben alle betrokkenen zelfreflectie en zicht op hun eigen aandeel in de problematiek? Welke aanpassingen zijn nodig en (nog) mogelijk om de situatie ten goede te keren? Zijn er aan bepaalde oplossingen mogelijke negatieve bijeffecten verbonden? Anderzijds: welke risico's of schade brengt *non-interventie* met zich mee?

In circa 80% van de ruim 45 gevallen werd de problematiek getypeerd als 'verstoorde verhoudingen en niet-productieve groepsdynamiek'. In deze gevallen was mijn ervaring als organisatiepsycholoog en conflictbemiddelaar passend en afdoende. In de gevallen waarin óók het medisch handelen van een of meerdere collega's ter discussie stond werd óf een interne commissie gevormd, waarbij het voorzitterschap vaak bij de externe adviseur werd neergelegd, of bestond het externe adviesteam uit een (emeritus) hoogleraar op het betreffende vakgebied en de externe organisatieadviseur.

## **Wie is de opdrachtgever?**

De betreffende maatschap/vakgroep kan de opdrachtgever zijn, of de raad van bestuur. In het eerste geval hebben zowel de maatschap als de omgeving de overtuiging dat de betreffende groep in staat is om, met hulp van buiten, orde op zaken te stellen. Als de raad van bestuur het opdrachtgeverschap naar zich toetrekt is dikwijls sprake van een langdurende stagnatie, en van potentiële gevaren voor de patiëntveiligheid of voor de realisatie van het ziekenhuisbeleid. In nagenoeg alle gevallen komt het contact met de externe adviseur tot stand na overleg met, of minstens met medeweten van, het bestuur van de medische staf. Soms is er een gecombineerd opdrachtgeverschap van RvB/maatschap.

## **De aanpak.**

In de eerste plaats moet er een goede opdrachtformulering komen.

Goed in de zin, dat:

- Duidelijk is op welke vraagstukken de externe adviseur zich zal richten, en met welk doel
- Duidelijk is wat de aard van zijn bemoeienis is (doorgaans: analyse en advies) en eventuele grenzen hieraan te stellen
- Er een match is tussen de ervaring/competenties van de externe adviseur en de probleemstelling
- Duidelijk is met wie hij zal spreken (individueel dan wel groepsgewijs) en welke stukken hij zal lezen
- Duidelijk is dat er vertrouwelijkheid op de gesprekken rust
- Er een heldere en haalbare tijdslijn wordt gehanteerd

# LANGEORGANISATIEADVIES

- Duidelijk is aan wie hij op welke manier zijn bevindingen en adviezen zal rapporteren.

In overleg met de opdrachtgever wordt vastgesteld welke personen/gremia in het onderzoek worden betrokken. De interviews hebben een semi-gestructureerd karakter. Een beknopte gespreksagenda wordt tevoren aan alle te interviewen personen/gremia toegestuurd, met het verzoek zich daarop te prepareren. Maar de gesprekken worden doorgaans gestart met de open, cruciale, vraag: wat is er hier in essentie aan de hand, en wat maakt dat de maatschap/vakgroep de problematiek niet op eigen kracht krijgt opgelost?

Groepsgesprekken bieden het voordeel dat meteen duidelijk wordt of er uiteenlopende zienswijzen bestaan op oorzaken en oplossingsmogelijkheden. Individuele gesprekken bieden het voordeel van volstrekte vertrouwelijkheid en van de mogelijkheden om extra diepgang te bereiken.

De adviseur heeft oog en oor voor de belangen en posities van alle betrokkenen. Alle gesprekken worden daarom afgerond met twee vragen. Hebt u alle essenties aan de orde gesteld? Acht u zich goed begrepen door de adviseur? Het gesprek wordt pas als beëindigd beschouwd als op beide vragen het antwoord 'ja' is. Zo nodig wordt een vervolgesprek gepland. In de regel worden geen gespreksverslagen gemaakt.

In de rapportage worden de essenties van de problematiek beknopt geformuleerd en geanalyseerd. Op basis van zijn oordeel over noodzaak en mogelijkheden van vervolgstappen, formuleert de adviseur concrete aanbevelingen. De rapportage is niet herleidbaar naar individuele uitspraken van geïnterviewden.

## **De voltallige maatschap aan zet.**

Als de problematiek voortkomt uit collectief gedrag van de maatschap, zal dáár uiteraard een aanknopingspunt liggen voor een verbeteringsslag. Bijvoorbeeld door gerichte aandacht te besteden aan de ontwikkeling van visie op de toekomstige rol en bijdragen van de maatschap in het ziekenhuis, aan versterking van de communicatie- en besluitvormingsstructuur, aan het elkaar aanspreken op gedrag en bijdragen aan het ontwikkelen van passende werkwijzen, aan het versterken van een aantal minder productieve relaties. De werkvorm bestaat meestal uit een of enkele actiegerichte bijeenkomsten, met heldere doelstellingen en een goede voorbereiding.

## **Individuele problematiek.**

Als de problematiek sterk verbonden lijkt met het individueel (dis)functioneren van een of enkele collega's zal met hen intensief vervolgoverleg plaatsvinden. Het gaat dikwijls om een

# LANGEORGANISATIEADVIES

combinatie van solistisch optreden, een gering vermogen tot zelfreflectie en het onderschatten van eigen bijdragen aan de problematiek. Volgens het principe van hoor en wederhoor krijgt ieder die ter discussie staat uiteraard ruimschoots de gelegenheid om te reageren op kritiekpunten en schuldvragen, om nogmaals zijn percepties en feiten naar voren te brengen, om onterechte kritiek te weerleggen. En om aan te geven in hoeverre hij, indien gewenst, bereid en in staat is om zich te voegen naar redelijke eisen vanuit de directe omgeving: het beleid van de maatschap, van het ziekenhuis, van de wetenschappelijke vereniging.

Meestal is er bij de betrokken collega of collega's de bereidheid en het vermogen om tot een aantal vereiste vervolgstappen te komen. Soms is dat echter onvoldoende het geval. Of omdat de betreffende collega niet bereid is om stappen te zetten, dan wel zichzelf niet in staat acht om dat te doen. Of omdat door de omgeving aan de betreffende collega('s) geen ruimte meer wordt geboden om aan de verwachtingen te gaan voldoen. Het krediet is dan verspeeld, er is geen perspectief meer op productieve samenwerking. Het vertrouwen is onherstelbaar beschadigd. Er bestaat dan een breed gedragen opvatting dat de schuld aan het voortbestaan van de problematiek nagenoeg geheel bij de betreffende medisch specialist(en) ligt en nauwelijks bij de voltallige maatschap/vakgroep, bij de raad van bestuur of bij het stafbestuur. Een dergelijke situatie kan vragen opleveren over de toekomstige positie van de betreffende collega en over het continueren van de overeenkomst.

Soms is de externe adviseur er niet van overtuigd dat de schuld in sterke mate bij één of enkele medisch specialisten in de maatschap/vakgroep ligt. In dat geval zal hij aangeven welke andere (f)actoren mede debet zijn aan de ontstane situatie, en deze (f)actoren in zijn analyse en aanbevelingen betrekken.

## **Het beoordelen van individuele problematiek.**

In de analyse van een individuele problematiek worden in elk geval meegewogen:

- De ontstaansgeschiedenis: de redelijkheid en de begrijpelijkheid van de klachten over de betreffende collega(s), de verwijtbaarheid, de vermijdbaarheid, de bredere context waarin het functioneren plaatsvond, de beschikbare feiten in het licht van de klachten, de zwaarte van het tekortschieten, de effecten van eerdere correctieve inspanningen en ingrepen
- De actualiteit: ontwikkelingen ten goede of ten slechte, beoordeling hoe noodzakelijk en hoe kansrijk mogelijke maatregelen zijn, inschatting van eventuele negatieve bijeffecten.

## Medische fouten, verstoorde relaties?

In het geval van vermeende medische fouten vindt een objectivering plaats door een onbesproken en onpartijdige vakgenoot, dikwijls een (emeritus) hoogleraar. Hij geeft op basis van zijn expertise zijn oordeel over de kwaliteit van het medisch handelen van de betreffende specialist(en). Hij doet aan waarheidsvinding door een objectief onderzoek naar het medisch handelen van de specialist en de ernst van de gevolgen, en mate van vermijdbaarheid en verwijtbaarheid van het handelen.

In het geval van verstoorde relaties en een wederzijds gebrek aan vertrouwen (in intenties, in competenties, in integriteit) vindt objectivering plaats door het in kaart brengen van intersubjectieve oordelen: in welke mate leggen geïnterviewden dezelfde belangrijke oorzaak/gevolg relaties, in welke mate achten zij verbeteringen nodig en mogelijk, in welke mate zijn zij bereid om de betreffende collega's nogmaals het voordeel van de twijfel te gunnen? De adviseur toetst de beleving van de geïnterviewden op feiten en op plausibiliteit, en de oplossingsvoorstellen op te verwachten effecten, op proportionaliteit en op haalbaarheid.

## Zorgvuldigheid én snelheid.

Alle betrokkenen hebben er belang bij dat het onderzoek met grote zorgvuldigheid wordt uitgevoerd. Deze zorgvuldigheid komt tot onder meer uitdrukking in

- De opzet van het onderzoek: heldere opdrachtformulering, adequate communicatie, efficiënte opzet en planning van de gesprekken, voldoende rust en tijd voor de gesprekken
- De onderzoeker: veel ervaring met maatschappen/vakgroepen van medisch specialisten in algemene en academische ziekenhuizen, geen vooringenomen standpunten, een onderzoekende houding, brede mensenkennis, sterk analytisch vermogen en een afgewogen oordeel
- De rapportage: beknopte heldere taal, plausibele verbanden tussen de bevindingen en de aanbevelingen.

De gesprekken kosten tijd en energie; ze leveren voor de een ontspanning op maar voor de ander juist extra spanning. Het is daarom de kunst om een zorgvuldige aanpak hand in hand te laten gaan met een beperkte doorlooptijd. Een zekere snelheid is gewenst. Ervaring leert dat, als gesprekken efficiënt kunnen worden gepland, de tijd tussen de opdrachtformulering en het aanbieden van het adviesrapport beperkt kan worden tot zes à acht weken.