

De medicus maatgevend

Over leiderschap en habitus

Doctor in Charge

Regarding leadership and habitus



Vormgeving	Wilma van Wijnen, Amsterdam (bno)
Illustraties	Eppo Doeve, uit Sol Justitiae Illustrata Nos (Utrecht, 1943)
Gedicht	Rutger Kopland, Verzamelde gedichten, Uitgeverij G.A. van Oorschot
Druk	Koninklijke Van Gorcum, Assen

ISBN-nummer	978 90 232 4406 6
-------------	-------------------

De medicus maatgevend

Over leiderschap en habitus

Doctor in Charge

Regarding leadership and habitus

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de rector magnificus Prof.dr. S.W.J. Lamberts
en volgens besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
vrijdag 1 februari 2008 om 11.00 uur
door **Yolande Witman** geboren te 's-Gravenhage

Promotiecommissie

Promotoren	Prof.dr. P.L. Meurs Prof.dr. D.L. Willems
------------	--

Overige leden	Prof.dr. H.A. Büller Prof.dr. R.A. Bal Prof.dr. A.M. Mol
---------------	--

Copromotor	Dr. G.A.C. Smid
------------	-----------------

Inhoudsopgave

1	Introductie	9
1.1	Inleiding	10
1.2	Adviespraktijk	11
1.3	Achtergronden	13
1.3.1	Twee logica's in het ziekenhuis	13
1.3.2	Dokters 'in the lead'	17
1.3.3	De medische professie en autonomie	20
1.3.4	Het verborgen curriculum	22
1.3.5	Omgangsvormen en gezag	24
1.3.6	Conclusies	26
1.4	Probleemstelling	27
1.5	Te verwachten opbrengst	30
1.6	Leeswijzer van dit proefschrift	31
2	Methoden, methodologie en het begrippenkader van Bourdieu	33
2.1	Inleiding	34
2.2	Een universitair medisch centrum	34
2.3	Het begrippenkader van Bourdieu	36
2.3.1	Veld en habitus	37
2.3.2	Kapitaal, veld en habitus	40
2.4	Onderzoeksontwerp; overwegingen en keuzes	45
2.4.1	De keuze voor Bourdieu	46
2.4.2	De onderzoekssetting: kansen en beperkingen	49
2.4.3	Keuze voor methoden	50
2.5	Dataverzameling	53
2.5.1	Observaties	53
2.5.2	Interviews	54
2.5.3	Interactieve discussiegroepen	56
2.6	Van data naar analyse	59
2.6.1	De concepten van Bourdieu in de praktijk	60
2.6.2	Ordering en analyse	63
2.6.3	Onderzoeker van binnenuit	64

3	De medische habitus	67
3.1	Inleiding	68
3.2	De patiëntenbespreking	68
3.2.1	Het presenteren van de patiënt, het verhaal van de dokter	69
3.2.2	Vragen, vragen, vragen	71
3.2.3	Discussie en besluitvorming	73
3.3	De visite	78
3.3.1	Aan het bed	78
3.3.2	De klinische houding	80
3.4	De operatie	82
3.4.1	Het opereren	83
3.4.2	Discussie en besluitvorming	85
3.5	De onderzoeksbespreking	86
3.6	Disposities	88
3.7	Gezagsverhoudingen	90
3.7.1	Gezagsverhoudingen in het verborgen curriculum	91
3.7.2	Gezagsverhoudingen binnen de stafgroep	96
3.8	De medische habitus en de gezagsverhoudingen in de groep	101
4	Het functioneren van de groep	107
4.1	Inleiding	108
4.2	Relaties binnen de groep	108
4.2.1	Collegiaal zijn	109
4.2.2	Geen opdrachten geven en niet controleren	110
4.2.3	Geen openlijke kritiek uiten	111
4.2.4	Conflicten	114
4.2.5	De vierde dispositie van de medische habitus	117
4.3	Relaties tussen groepen	119
4.3.1	Gezagsverhoudingen tussen de verschillende specialismen	119
4.3.2	Samenwerking en strijd	123
4.4	De medische habitus en het functioneren van de groep	127
5	Het afdelingshoofd en zijn groep	133
5.1	Inleiding	134
5.2	Gezag	134
5.2.1	Bronnen van gezag	135
5.2.2	Gezag betwist	136
5.3	Dilemma's voor het afdelingshoofd	140
5.3.1	Hoe krijg ik hen zover zonder opdrachten te geven?	141

5.3.3	Collegiaal, maar met wie dan?	143
5.3.3	Toch openlijke kritiek uiten?	145
5.4	Repertoire van het afdelingshoofd	148
5.4.1	Dokter en collega blijven	149
5.4.2	Hanteren van collegiale omgangsvormen	150
5.4.3	Het gebruiken van peer pressure	153
5.4.4	Expliciete druk uitoefenen	155
5.4.5	Interveniëren in de groep	157
5.5	De medische habitus en leidinggeven	162
6	Het afdelingshoofd in twee werelden	167
6.1	Inleiding	168
6.2	Het afdelingshoofd in de managementwereld	168
6.2.1	De managementwereld	169
6.2.2	Relatie met de management wereld	170
6.3	Het afdelingshoofd als manager in de medische wereld	177
6.3.1	Manager in de groep	177
6.3.2	Managementinstrumenten	179
6.4	Dilemma's van het afdelingshoofd	188
6.5	Balanceren tussen twee werelden	194
7	Conclusies en reflectie	199
7.1	Inleiding	200
7.2	Hoe beïnvloedt de medische habitus de wijze waarop het afdelingshoofd leidinggeeft?	200
7.2.1	De medische habitus als bron van gezag	200
7.2.2	Wise man en spokesman in de groep	203
7.2.3	De relatie met de managementwereld	208
7.3	Reflectie op het begrippenkader van Bourdieu	210
7.4	Reflectie op het onderzoek	217
7.5	Terug naar de praktijk	219
7.6	Verder onderzoek	224
7.7	Tot slot	226
	Literatuur	229
	Bijlagen	237
	Summary	247
	Nawoord	257
	Curriculum Vitae	260

De dokter

De dokter keek op mij neer
ik zag zijn gezicht boven het mijne
ik zag wat hij dacht
dat ik dood kon gaan – zo keek hij
terwijl hij luisterde aan mijn borst
hij keek mij aan met een blik
– hoe kan ik dat zeggen – een blik
voorbij mijn gezicht, een blik naar iets
achter mij naar iets verwegs
alsof hij iets in de toekomst
probeerde te zien
hij keek mij aan en hij zei
hier mag u niet blijven
ze komen u halen

Rutger Kopland

Hoofdstuk 1

Introductie



1.1 Inleiding

In de universitaire medische centra in Nederland zijn medisch specialisten opgenomen in de managementhiërarchie van de ziekenhuisorganisatie, als professionals *in the lead*. Sinds 1998 adviseer ik in een van die medische centra deze medische afdelingshoofden bij hun leidinggevende taken en ik raakte onder de indruk van de vraagstukken waar zij voor gesteld staan. Dit proefschrift onderzoekt deze vraagstukken in een universitair medisch centrum (UMC) in de praktijk.

In verschillende westerse landen volgen ziekenhuizen steeds vaker strategieën om artsen in de managementstructuur van het ziekenhuis te integreren. Dat gebeurt onder andere door de toenemende druk om de publieke gelden te beheersen en de stijgende kosten in de gezondheidszorg te beteugelen en om de kwaliteit en efficiëntie van de zorg te verhogen. Door artsen bij het management te betrekken, trachten ziekenhuizen invloed uit te oefenen op de kosten en kwaliteit van het klinische werk.

In Nederland integreert men artsen in het management volgens twee verschillende, elkaar onderling uitsluitende principes (Scholten & Van der Grinten 2002). Er zijn ziekenhuizen die de medisch specialisten integreren binnen de ziekenhuisorganisatie; dan zijn zij in de hiërarchie van het ziekenhuis opgenomen. Dit is typerend voor de situatie in een UMC. Volgens een ander principe integreren medische specialisten mét het ziekenhuis; hier zijn de specialisten en de ziekenhuisorganisatie nevengeschikt. Scholten en Van der Grinten signaleren in Nederland een tendens in de richting van nevenschikking (Scholten & Van der Grinten 2002).

Zijn artsen beter te beïnvloeden door vakgenoten die deel uitmaken van het management? In de literatuur worden hier kanttekeningen bijgezet. Als professionals zelf leiding gaan geven aan collega-professionals, is de beroepsgroep minder goed in staat om in eigen huis orde op zaken te stellen, zo vreest men (Van der Grinten 1997, Mintzberg 1983). In de hogere echelons moet het leidinggeven door een professional misschien zelfs afgeraden worden: managen en vakinhoudelijk bezig zijn, zijn twee heel verschillende zaken. Goed vakmanschap is juist geen voordeel bij het leidinggeven en managementtaken kunnen een individu afhouden van dat wat hij het beste kan (Mintzberg 1997, Weggeman 1992).

In deze introductie sta ik eerst stil bij mijn eigen praktijkervaringen als adviseur, die mede aanleiding vormden voor deze studie (paragraaf 1.2). Hierna plaats ik deze praktijkervaringen in een breder perspectief door aan de hand van literatuur enkele achtergronden te schetsen (paragraaf 1.3). Op basis hiervan formuleer ik de centrale probleemstelling en de onderzoeksvragen (paragraaf 1.4). Paragraaf 1.5 gaat in op de verwachte opbrengst van deze studie en paragraaf 1.6 geeft de leeswijzer voor dit proefschrift.

1.2 Adviespraktijk

Het UMC waar ik als organisatieadviseur werk, heeft de *professional in the lead* als managementprincipe. Ook ik ben een *professional as a consultant*: ik werkte enige jaren als huisarts en ben dus zelf ook afkomstig uit de medische wereld.

In de structuur van het ziekenhuis geven medische afdelingshoofden – medisch specialisten die meestal hoogleraar zijn – leiding aan een groep collega-specialisten, de stafgroep. Zij hebben naast een drievoudige academische opdracht – patiëntenzorg, opleiding/onderwijs en onderzoek – een managementverantwoordelijkheid. Dit betekent dat zij de algemene leiding hebben over het personeel en verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsvoering en het optimaal functioneren van de afdeling als geheel.

In mijn adviespraktijk ondersteun ik afdelingshoofden op verschillende manieren. In individuele gesprekken coach ik hun, ik doe ad hoc consulten op verzoek of op mijn initiatief door af en toe ongevraagd langs te komen. Ook begeleid ik beleidsdagen van stafgroepen en organiseer ik workshops, zoals een driedaagse cursus financieel management en een tweedaagse workshop leidinggeven. In deze laatste workshop komen verschillende leiderschapstijlen aan bod en leren deelnemers om met belangentegenstellingen om te gaan. Ze oefenen met rollenspelen. Afdelingshoofden zijn positief over deze workshop. Ze vinden het belangrijk om in een groep van gelijkgestemden te kunnen praten over ervaringen, gemeenschappelijke problemen en mogelijke oplossingen. Mede op basis hiervan startte ik eind 2002 een intervisietraject voor groepen afdelingshoofden.

Was intervisie nu een goede volgende stap in de ondersteuning van afdelingshoofden? Intervisie is een leermethode waarbij reflectie op het eigen handelen belangrijk is. In hoeverre biedt reflectie een bijdrage aan de ondersteuning van afdelingshoofden? Kon ik hen misschien beter een MBA-opleiding adviseren?

Er worden veel cursussen aangeboden aan medische professionals met managementtaken. Die gaan er meestal van uit dat het artsen ontbreekt aan managementkennis en communicatievaardigheden en daar zijn deze cursussen dan ook op gericht.

Ik besloot eerst te onderzoeken wat afdelingshoofden bedoelen met de opmerking: 'We zijn hier niet voor opgeleid'. Welke problemen ervaren zij in de praktijk? Ze klagen bijvoorbeeld over een gebrek aan inzicht en invloed in de organisatie: 'Er is een budget beschikbaar voor iedereen, maar dat wordt op feodale wijze en ondoorzichtig verdeeld'. En: 'Hoezo zijn wij de *professional in the lead*? We hebben maar zeer beperkte macht, de directeur bepaalt heel veel.' De niet-medische managers lijken in de ogen van afdelingshoofden soms tot een andere soort te behoren.

Binnen de eigen stafgroep is een tweede belangrijk vraagstuk rond het leiderschap het gezag. Zoals een afdelingshoofd van een chirurgisch specialisme vertelde over zijn

beginperiode¹: ‘Eerst moet je laten zien dat je het kunstje kent. En daarna moet je oppassen dat je niet te weinig opereert, want dan verlies je het gezag bij je staf.’

Wat afdelingshoofden ook lastig vinden is hoe ze het functioneren van stafleden kunnen beïnvloeden. Dit heeft te maken met de autonomie van stafleden en door aarzelingen bij het afdelingshoofd zelf: ‘Het is lastig om mensen aan te spreken als iets niet goed is gegaan. Je zegt maar niks, iemand snapt het zelf ook wel. Het is gewoon te gênant; het voelt als neerbuigend om te bespreken wat hij eigenlijk wel weet...’

Ten vierde is het belangrijk voor het afdelingshoofd om lid van de groep te blijven: ‘Ik werk als hoofd als een *primus inter pares*, in echte collegiale verhoudingen.’ Toch voelen afdelingshoofden zich soms eenzaam, mede omdat hulp vragen bij problemen niet altijd voor de hand ligt: ‘Het is wel *lonely at the top*. En je praat niet met collega-afdelingshoofden over problemen in het leidinggeven, dat is een uiting van zwakte.’

Om aan te geven dat de leidinggevende taak niet onderschat moet worden, betoogde een afdelingshoofd in zijn oratie dat een hoogleraarstoel geen drie poten heeft – patiëntenzorg, onderwijs/opleiding en onderzoek – maar vier: ook de organisatie hoort erbij (Heij 2002).

Als zaken wel goed lopen, hebben afdelingshoofden vaak het idee dat dit niet hun eigen verdienste is. Zij denken maar twintig procent van hun tijd aan leidinggeven te besteden, terwijl ‘echte’ managers daar in hun ogen wel tachtig procent van hun tijd mee bezig zijn.

Afdelingshoofden beleven deze vraagstukken vaak als individuele problemen of zelfs als persoonlijk falen. Natuurlijk zijn er individuele verschillen, maar toch worstelen ze allemaal met dezelfde vraagstukken:

- Ze beleven het management als behorend tot een ‘andere’ wereld.
- Ze zoeken naar gezag.
- Ze zoeken allemaal naar een manier om invloed uit te oefenen in de eigen groep, rekening houdend met de autonomie van hun collega-specialisten.
- Ze vinden het lastig om bepaalde kwesties op een goede manier bij hun collegae aan de orde te stellen.
- Ze vinden collegialiteit belangrijk, terwijl hun positie ook eenzaamheid met zich meebrengt.

Toch gaan veel zaken vanzelf goed en ik had het gevoel dat ook dit wel degelijk komt door de wijze waarop afdelingshoofden hun leidinggevende taak uitoefenen. Zowel de problemen als de successen in het leidinggeven zijn geen individuele vraagstukken, maar vertonen algemene patronen. Ik ging steeds meer vermoeden dat de bovengeschetste ‘symptomen’ vooral begrepen kunnen worden vanuit de specifieke cultuur van de medische wereld. Die wereld staat bekend als gesloten en hiërarchisch, met eigen regels, praktijken en omgangsvormen. Deze cultuur maakt men zich eigen tij-

¹ Om taalkundige redenen en overwegingen van anonimiteit hanteren we overal de masculiene vorm

dens de medische opleiding, in een socialisatieproces. Ondanks veel veranderingen in de gezondheidszorg blijft de medische wereld bepaalde stabiele kenmerken vertonen: ‘(...) many of the cultural forms I adress have shown remarkable stability (...) The ceremonials and liturgies of the clinic express not just contemporary knowledge and practice. They also recapitulate long-standing and deeply embedded idioms of medical thought and practice’ (Atkinson 1995: x).

In de volgende paragraaf plaats ik de ervaringen uit mijn adviespraktijk in een breder perspectief door met behulp van de literatuur enkele achtergronden te schetsen.

1.3 Achtergronden

Afdelingshoofden lijken het management als een andere wereld te ervaren. Hoe komt dat? Een ziekenhuis is nu eenmaal een plek waar zowel artsen als managers aan het werk zijn. Dit is de eerste achtergrond waar ik nader op in ga: twee logica’s in het ziekenhuis (paragraaf 1.3.1).

Van hieruit ga ik op zoek naar ervaringen met andere artsen, opgenomen in de managementstructuur, in paragraaf 1.3.2: dokters *in the lead*.

Een belangrijk vraagstuk voor afdelingshoofden is hoe ze invloed kunnen uitoefenen binnen hun eigen stafgroep, met erkenning van de autonomie van hun collegae. In paragraaf 1.3.3 schets ik de betekenis van autonomie in de medische wereld.

Het worstelen met hun gezag en invloed hangt naar mijn idee ook samen met de omgangsvormen en waarden die artsen zich eigen maken in het socialisatieproces tijdens hun opleiding. Deze socialisatie wordt wel het verborgen curriculum genoemd (Hafferty 1994). In paragraaf 1.3.4 bespreek ik achtergronden hiervan.

Paragraaf 1.3.5 staat stil bij het resultaat van dit verborgen curriculum voor de omgangsvormen van artsen en de gezagsverhoudingen binnen de medische wereld.

In paragraaf 1.3.6 vat ik de belangrijkste conclusies van deze achtergrondschemen samen.

1.3.1 Twee logica’s in het ziekenhuis

‘I have long suspected that running even the most complicated corporation must almost be child’s play compared to managing almost any hospital.’

(Mintzberg 1997: 16)

De meeste specialisten hebben het ziekenhuis als belangrijkste werkplek. Maar naast artsen zijn daar ook verpleegkundigen en managers aan het werk. Er is al veel studie gedaan naar de relatie tussen managers en artsen die, afkomstig uit verschillende werelden, elk hun eigen logica ontwikkeld hebben. Deze komen in het ziekenhuis als organisatie samen (Llewellyn 2001). Welke logica’s zijn dit?

Het ziekenhuis wordt wel getypeerd als een professionele bureaucratie (Mintzberg 1983). Ouchi beschouwt een professionele bureaucratie als 'a response to the joint need for efficient transactions within professions (clan) and between professions (bureaucracy)' (Ouchi 1980: 136). Met *clan* en *bureaucracy* verwijst Ouchi naar twee van de drie organisatievormen die hij onderscheidt, alle met een eigen logica. In een poging zowel economische als organisatie-theorie te omvatten, definieert Ouchi een organisatie als een stabiel patroon van transacties tussen individuen of groepen van individuen. Hij onderscheidt dan een markt, een bureaucratie en een clan. In deze redenering valt een bureaucratie dus niet samen met een organisatie, bureaucratie refereert hier aan het model van Weber (Weber 1968). De vorm van de organisatie wordt bepaald door de meest efficiënte manier om te bemiddelen bij economische transacties, volgens het *transaction cost principle* (Ouchi 1980). Kosten van zakelijke transacties zijn de kosten die nodig zijn om beide partijen te verzekeren dat ze waar krijgen voor hun geld, en andersom dat ze geld krijgen voor geleverde goederen of arbeid. Efficiëntie bepaalt dus expliciet de aard van de organisatie, met zijn specifieke patroon van interacties, gebaseerd op een eigen logica.

De drie verschillende organisatievormen delen allen reciprociteit als belangrijk onderliggend principe: men wil met gelijke munt terugbetaald worden voor gedane investeringen. Hier verwijst Ouchi naar Gouldner, die reciprociteit beschreef als een universele vereiste in een groep, door alle culturen heen (Gouldner 1961).

Twee andere variabelen bepalen de meest efficiënte organisatievorm: de mate waarin er gemeenschappelijke doelen bestaan en de mate waarin geleverde prestaties beoordeeld kunnen worden. Als de verschillende partijen minder gemeenschappelijke doelen hebben, is er een organisatievorm vereist die opportunisme van individuen voorkomt zodat de partijen toch waar voor hun geld te krijgen.

Een markt is het meest efficiënt als de geleverde prestatie goed te beoordelen is en het prijsmechanisme bepaalt in een competitieve omgeving het interactiepatroon. Als de geleverde prestatie niet goed te beoordelen is, wordt een prijsvaststelling onbetrouwbaar en faalt de marktvorm als het meest efficiënte organisatieprincipe. Dan komt de bureaucratie in beeld, die opportunisme inperkt met zijn formele autoriteit, vaste arbeidscontracten en expliciete regels. Als de geleverde prestaties niet goed te beoordelen zijn, maar de partijen wel een gemeenschappelijk doel hebben, is niet de bureaucratische vorm, maar het clanprincipe het meest efficiënt. Volgens dit principe zijn de regels die gedrag sturen meer impliciet dan expliciet. Men erkent wel een vorm van gezag, maar dit is meer een traditionele gezagsvorm dan de rationeel-legale vorm van de bureaucratie. Het clanprincipe heeft socialisatie als belangrijkste mechanisme om de aard van de prestaties te waarborgen en opportunisme te voorkomen. In een schema ziet dit er als volgt uit.

Reguleringswijze	Normatieve vereisten	Informatie vereisten
Markt	Wederkerigheid	Prijzen
Bureaucratie	Wederkerigheid Legitieme autoriteit	Regels
Clan	Wederkerigheid Legitieme autoriteit Gemeenschappelijke waarden en overtuigingen	Tradities

Bron: Ouchi 1980, vertaling YW

In een professionele bureaucratie vertoont een professionele groep in deze typering de clanvorm, de managementwereld de bureaucratische vorm.

Hoe verhouden de logica's van de medische en de managementwereld zich tot elkaar? Tussen deze twee organisatievormen zijn de nodige botsingen geweest die vooral als een machtsstrijd beschreven zijn, met door de geschiedenis heen wisselende uitkomsten (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 2004, Van der Grinten en Scholten 1997, Kruithof 2006). Welke uitkomsten zijn dit?

Bij de eerste ziekenhuizen in de middeleeuwen verbonden geneesheren en chirurgijns zich aan deze gasthuizen, maar zij hadden geen enkele invloed op bijvoorbeeld opname en verblijfsduur van zieken. Dat gezag hadden alleen de bestuurders van het gasthuis, de regenten (Mooij 1999). Met de komst van universiteiten in Europa werd geneeskunde vooral een academische professie (Freidson 1970).

De zeventiende- en achttiende-eeuwse universiteiten waren instellingen voor academisch onderwijs en centra van theoretische kennis. In deze tijd vond ook een uitbreiding plaats van de sociale groepen die op de geïnstitutionaliseerde ziekenhuiszorg aangewezen waren en werden particuliere ziekenhuizen opgericht voor de middengroepen en welgestelden. Zo kwamen ziekeninrichtingen tegen het einde van de negentiende eeuw in één keer vanuit de marge naar het centrum van de geneeskunde (Mooij 1999). Met de enorme ontplooiing van het ziekenhuiswezen ging toen ook een andere groep de dienst uitmaken. Na de gasthuisregenten en bestuurders van burgerlijke armenzorg, werden dit de verzamelde specialisten, onder aanvoering van een geneesheer-directeur.

In de loop van de twintigste eeuw ontwikkelde het ziekenhuis zich tot een professione-

le bureaucratie (Mintzberg 1983). Hoewel na de tweede wereldoorlog professionele bestuurders, economen en managers hun intrede deden, berustte de macht in de ziekenhuizen van de zestiger tot de negentiger jaren bij de professionals. Managers bleven vooral de facilitaire voorzieningen beheren en de professionals ondersteunen. Dit veranderde vanaf de jaren tachtig door zowel externe als interne factoren (Scholten & Van der Grinten 1997). Er deed zich een managementrevolutie voor, met de belofte van toegenomen *efficiency* en kostenbesparing (Noordergraaf & Meurs 2001). Powell spreekt van een paradigmashift van beheren naar managen (Powell 1999).

De afgelopen jaren zijn er steeds meer instrumenten uit de managementwereld in de medische wereld geïntroduceerd: kwaliteitsmanagement, beleidsplannen en prestatie-indicatoren. In andere professionele velden, zoals de universitaire wereld, gebeurt hetzelfde (Prichard & Willmott 1997, Oakes e.a. 1998, Townley 1996, 1997). De medische wereld zelf pleit ook voor het invoeren van deze instrumenten, zoals bijvoorbeeld functioneringsgesprekken (KNMG 2005, Geeraerts & Hoofwijk 2006).

Al deze managementinstrumenten worden ingezet om redenen van efficiëntie, kwaliteitsverhoging en kostenbesparing. Of deze beloften altijd waargemaakt worden, daar is niet iedereen het over eens.

Het invoeren van dergelijke praktijken kan ook als onderdeel van een machtsstrijd gezien worden, omdat ze beogen de *claims* van een professie op gespecialiseerde kennis en het uitoefenen van exclusieve vaardigheden zodanig te reguleren en rationaliseren dat de (machts-) positie van de professie hierdoor aanzienlijk ondermijnd wordt (Reed 1996).

De invoering van managementinstrumenten kan ook gezien worden in het licht van institutioneel isomorfisme (DiMaggio & Powell 1991). Dat wil zeggen dat spelers van onderling verwante organisaties de neiging hebben om binnen een groter veld vergelijkbare organisatievormen en praktijken te ontwikkelen. De uniformering van organisaties kan ingegeven zijn door het zoeken naar legitimiteit bij middelenverstrekkers. In het veld van de gezondheidszorg zijn dat bijvoorbeeld de overheid en ziektekostenverzekeraars, die deelnemers dwingen om aan hun verwachtingen te voldoen. Organisaties gaan ook meer op elkaar lijken als zij bepaalde organisatievormen en praktijken gaan imiteren omdat zij die als succesvol zien.

Isomorfisme wordt ook in de hand gewerkt door de professionalisering van het management. Gemeenschappelijke opleidingen – met overeenkomstige socialisatieprocessen – en beroepsorganisaties leiden tot gelijkvormige, normatieve regels over organisaties en professioneel gedrag. Isomorfisme treedt op, ook bij het ontbreken van bewijs voor evidentie (Meyer & Rowan 1991).

Er is ook een scenario mogelijk waarbij twee verschillende logica's in een organisatie

gaan functioneren als *loosely coupled systems* (Meyer & Rowan 1991). Dominantie van één logica verdraagt zich dan niet met de aard van het primaire werk. In dat geval bestaan de twee logica's naast elkaar. Men voldoet aan de eisen van de buitenwereld en voert kwaliteits- en managementinstrumenten in, maar de organisatie gaat er zodanig mee om dat de logica van het primaire proces niet in gevaar komt.

In al deze gevallen kunnen de ingevoerde veranderingen de machtsverhoudingen binnen organisaties uiteindelijk veranderen (DiMaggio & Powell 1991). De vraag is of dan nog steeds gesproken kan worden van een professionele bureaucratie in deze organisaties. Misschien ontwikkelt zich een nieuw archetype, zoals de *managed professional business*, MPB (Hinings e.a. 1999). Deze organisatie bevat naast bepaalde traditionele professionele waarden ook zakelijke en managementwaarden, met de focus op efficiëntie, kosteneffectiviteit, centrale strategische controle en gedifferentieerde organisatiestructuren.

Hoe kunnen ziekenhuizen degenen die verantwoordelijk zijn voor de geneeskunde integreren met degenen die verantwoordelijk zijn voor het geld (Dawson e.a. 1995)? Eén van de oplossingen is het betrekken van dokters bij het management; men plaatst hun *in the lead*.

1.3.2 Dokters in the lead

'My attempts to both lead and manage produced schizophrenia: as a leader, I consider members of the department friends and colleagues; as a manager, money earners...'

(Fritts 1997: 27)

Door een arts in het management te betrekken, komen twee werelden in één persoon samen (Dawson e.a. 1995). De effecten hiervan worden vooral beschreven aan de hand van de positie van de *clinical director*. De positie van *clinical director* bestaat ook in niet-universitaire ziekenhuizen en is dan niet verbonden met een hoogleraarschap, in tegenstelling tot de positie van een afdelingshoofd in een UMC in Nederland. Toch bestaan er vooral overeenkomsten tussen de clinical director en het afdelingshoofd en ik spreek hier verder over afdelingshoofden. In Engeland, maar ook elders, koos men vanaf circa 1990 voor de integratie van dokters binnen de ziekenhuisorganisatie, naar voorbeeld van het toonaangevende Johns Hopkins Hospital in Baltimore. Dit ziekenhuis koos voor *management from the inside*. Men institutionaliseerde de senior medisch specialisten met een eigen budget vanuit het idee dat artsen meer beïnvloed worden door klinische dan niet-klinische managers. Seniorartsen namen immers de besluiten rond uitgaven of autoriseerden deze besluiten. Door hen als afdelingshoof-

den actief bij het management te betrekken, hoopte men meer grip op besluiten en uitgaven van artsen te krijgen (Hunter 1992, Preston e.a. 1992, Jones & Dewing 1997). Hoewel ziekenhuizen via deze dokter *in the lead* proberen meer grip op artsen te krijgen, beschrijven artsen deze positie juist als een manier om zelf meer invloed op hun eigen handelen te kunnen houden (Hunter 1996).

Een afdelingshoofd voert het klinische directoraat aan in een triumviraat met een verpleegkundige en een niet-medische manager. De functie van afdelingshoofd is binnen de managementstructuur van de ziekenhuisorganisatie opgenomen, waarmee hij een aparte positie in zijn groep inneemt. Een *medical director* maakt deel uit van de directie. Ong en Schepers wijzen op de overeenkomsten met de clusterstructuur in veel Nederlandse algemene ziekenhuizen, waar een dokter het cluster leidt en ook een medicus in de directie zit (Ong & Schepers 1999). Medisch specialisten zouden zo betrokken zijn bij zowel het operationele management – van het cluster of directoraat – als bij het strategische management van het ziekenhuis.

Door twee werelden te verenigen, vormt het afdelingshoofd een *two-way window* of een brug tussen twee werelden (Llewellyn 2001, Hoff 1999). Een arts kan deze functie vervullen omdat hij zich wel de kennis van de managementwereld eigen kan maken, terwijl een manager zich niet de medische kennis kan toe-eigenen (Llewellyn 2001). Dit vermogen onderscheidt de medische managers in de geneeskunde van de niet-medische managers.

Het belang van deze rol zou kunnen toenemen door complexe relaties tussen medici en management. Er wordt wel gesproken van een nieuw domein in medische organisaties (Llewellyn 2001, Hoff 1999). Daarnaast zal door de toename van groepen specialisten behoefte ontstaan aan goede inbedding van leidinggevende artsen in de ziekenhuisorganisatie (Atkinson 1995, Hoff 1999). Het idee bestaat zelfs dat de medische managers de *new bosses* zijn (Hunter 1996, Hoff 1999).

Afdelingshoofden worden op verschillende manieren geselecteerd. Bijvoorbeeld via een informeel proces, waarbij professionele geloofwaardigheid en acceptatie in de organisatie belangrijk parameters zijn (Thorne 1997). Vaak is dit dan een seniorspecialist. Soms ook worden bestaande hoofden van specialismen omgedoopt tot afdelingshoofd. Er kan ook een onwillige collega benoemd worden omdat iemand het moet doen of iemand biedt zich aan omdat hij het als een mogelijke carrièrestap ziet (Kitchener 2000). Het is wel van belang dat de keuze voor het afdelingshoofd wordt gesteund door de collegae (Dawson 1995, Thorne 1997).

Llewellyn wijst op het belang van financiële expertise voor deze rol. Als het afdelingshoofd deze mist, speelt het budget de rol van een *two-way window*, en niet het afde-

lingshoofd (Llewellyn 2001). Thorne beschrijft hoe afdelingshoofden financiële en andere managementzaken delegeren naar niet-medische managers, die de beschikking over deze informatie gebruiken om controle uit te oefenen (Thorne 1997).

De strategische invloed van afdelingshoofden bij het bewerkstelligen van organisatieveranderingen blijft meestal beperkt (Buchanan e.a. 1997, Doolin 2001, Dawson 1995). Naast de gerichtheid van het afdelingshoofd zelf, hangt dit ook samen met zijn positionering en de ondersteuning die hij krijgt in de organisatie. Een goede samenwerking met andere personen in het management – een niet medische en verpleegkundige manager – kan hier in positieve zin aan bijdragen (Dawson 1995).

Goudsblom definieert leiderschap als het vermogen om de interactie te beïnvloeden (Goudsblom 2001). Een sleutelrol van het afdelingshoofd is het uitoefenen van invloed binnen zijn eigen groep, op klinische zaken en lastige collegae. Dit zijn de lastigste aspecten van zijn taak (Dawson 1995, Thorne 1997). Het afdelingshoofd is, ondanks de hiërarchische inbedding en budgetverantwoordelijkheid, geen manager van zijn medische collegae. Deze leggen alleen verantwoording af aan hun landelijke beroepsverenigingen en hun patiënten (Kitchener 2000, Buchanan e.a. 1997). Het lukt het afdelingshoofd dan ook vaak niet om daadwerkelijk invloed uit te oefenen op zijn collegae (McKee e.a. 1999).

Het behoud van een klinische identiteit – werkzaam blijven in de praktijk – is voor het afdelingshoofd belangrijk om zijn sleutelrol naar collegae te kunnen vervullen. Echter, medische managers zijn steeds minder in de klinische praktijk werkzaam en verliezen daarom uiteindelijk hun unieke meerwaarde (Hoff 1999). Bovendien zou er een sterk positief verband bestaan tussen arbeidssatisfactie en het nog verrichten van klinische werkzaamheden (O'Connor e.a. 2002).

Enkele afdelingshoofden worden wel beschreven als meer *managerialist*. Zij houden zich bezig met kwesties van efficiëntie en controle. Dit zijn afdelingshoofden van grote directoraten. Deze directoraten lopen wel het risico zich te isoleren van de rest van het ziekenhuis, waarbij ook specialismen zich onderling verwijderen van elkaar. Afdelingshoofden staan hier te ver af van de werkvloer om daadwerkelijk invloed op hun collegae uit te oefenen. Zij zijn ook eerder geneigd in de toekomst een managementcarrière te zoeken. Ondanks hun individuele macht zijn zij toch niet altijd opgewassen tegen de macht van bepaalde groepen artsen in de organisatie (McKee e.a. 1999).

Door dokters op te nemen in de managementwereld zouden de grenzen tussen management en medisch domein kunnen vervagen. Deze grenserving kan nog versterkt worden door het (quasi-) marktmechanisme (Reed 1996, Kitchener 2000). Er kan tot op zekere hoogte sprake zijn van een 'bureaucratisering' van de afdelingshoofden, door

hun acceptatie van grotere commerciële en managementverantwoordelijkheid.

Kitchener vindt geen evidentie om de hypothese van 'deprofessionalisatie' te ondersteunen: afdelingshoofden onderhouden de geslotenheid van de beroepsgroep, beschermen een hoog niveau van autonomie en weerstaan pogingen om de managementcontrole van de medische praktijk te vergroten (Kitchener 2000).

Volgens Thorne echter bedreigt het afdelingshoofdschap de professionele identiteit, de collegialiteit en de autonomie van zowel het individu als de professionele groep die het directoraat vertegenwoordigt (Thorne 1997). De machtsbasis van de medische professie als geheel zou erdoor toegenomen zijn, maar ten koste van het individu. Ook andere auteurs signaleren dat iemand die afdelingshoofd is, daardoor persoonlijke en professionele stress kan oplopen. Dit hangt vooral samen met de noodzaak verschillende rollen te verenigen en met de lastige opdracht om in twee werelden geloofwaardig te blijven (Hoff 1999, Llewellyn 2001, Kitchener 2000, Thorne 1997, Guthrie 1999). Afdelingshoofden delen onderling geen ervaringen, mede door de onzekerheid van hun rol en de bestaande competitie (Thorne 1997). Toch is het juist belangrijk dat ze hun ervaringen samen bespreken, ook met het oog op een nieuwe *peergroup* (Guthrie 1999).

Dokters *in the lead* moeten bovendien om weten te gaan met de claim op autonomie van hun collegae. Deze lijkt zich niet goed te verhouden tot het ontvangen van leiding.

1.3.3 De medische professie en autonomie

Wat is de betekenis van autonomie voor de medische professie? Artsen worden, net als bijvoorbeeld advocaten en accountants, tot professionals gerekend (Abbott 1988, Freidson 2001). Hiermee is de medische wereld ook een professionele wereld. Professionals zijn door hun claim op autonomie lastig te managen (Weggeman 1992, Van Delden 1996). Omdat artsen hun autonomie wellicht nog hoger in het vaandel hebben dan andere professionals, vormen zij welhaast een exemplarisch voorbeeld of misschien wel de karikatuur van de professional (Tanenbaum 1999).

De medische professie vertoont een aantal kenmerken (Freidson 2001, Rosenthal 1995, Van Oorschot 1995):

- De geneeskunde/geneeskunst gaat uit van een stelsel van exclusieve kennis en vaardigheden, dat ook maatschappelijk wordt gewaardeerd.
- De medische professie beschikt over exclusieve zeggenschap over het domein in de geneeskunde, dat door de beroepsgroep zelf bepaald is.
- Zij stelt zelf regels voor (toelating tot) opleidingen, toetreding tot het beroep en toezicht op de beroepsuitoefening; zelfregulatie.
- Zij kent een ideologie waarbij groter belang gehecht wordt aan het verrichten van goed werk dan aan het behalen van economisch voordeel en meer aan kwaliteit dan aan de economische efficiëntie van het werk: 'Gegeven zijn verantwoordelijk-

heid zal de medicus bij elke beslissing een (mentaal) proces doorlopen waarbij hij de belangen van de patiënt voorop stelt....' (Van Oorschot 1995: 31)

- De samenwerkingsvorm in de medische wereld wordt idealiter gekarakteriseerd door collegialiteit, 'which likely has historic roots in the guild ethic of 'mutuality' or 'brotherhood' (Freidson 2001: 146). Dit hangt samen met gemeenschappelijke belangen op het gebied van economie, status en praktijk.

Met het recht op autonomie en zelfregulatie kan de medische professie zelf de grenzen van haar wereld definiëren en duidelijk maken wie er wel en wie er niet deel van uitmaken. Verschillende systemen van controle en zelfregulatie moeten dit vertrouwen in de medische wereld waarmaken. Er is een langdurige opleiding, dat het exclusieve stelsel van kennis en vaardigheden moet overdragen. Er vindt selectie plaats voor toelating en er zijn allerlei proeven die de aankomende arts moet afleggen voor hij definitief tot de artsenstand 'verheven' wordt. Als de – aankomend – arts heeft voldaan aan de gestelde eisen, verkrijgt hij de artsentitel en het recht om autonoom beslissingen te nemen. Dit wordt bezegeld met het afleggen van de eed of gelofte. Hierna moet de arts of specialist zijn deskundigheid en professionaliteit blijvend waarmaken door zijn kennis en vaardigheid te onderhouden. Bij fouten kan hij op het matje geroepen worden door de tucht-raad. Hij loopt zelfs het risico zijn bevoegdheid kwijt te raken. De medische professie bewaakt zo de eigen kwaliteit.

De claims op autonomie en zelfregulatie zijn niet los te zien van de staat, die namens de samenleving de genoemde claims ondersteunt en legitimeert (Freidson 1970, 2001). Deze zijn in Nederland wettelijk vastgelegd, onder andere in de wet BIG. Autonomie en zelfregulatie zijn interessante parameters, omdat veranderingen hierin kunnen wijzen op veranderde machtsverhoudingen: de mate waarin de maatschappij de medische wereld een bepaalde positie 'gunt'. Een voorbeeld van de invloed van de staat op de medische wereld komt naar voren in de discussie over het afschaffen van de artsentitel (Pronk 2006).

Verschillende signalen wijzen op veranderingen in deze machtsverhoudingen. De medische wereld maakt zich zorgen over de afname van hun autonomie. De literatuur bevestigt soms deze zorgen of plaatst ze in perspectief (o.a. Dent 2003, Van Herk 1997, Freidson 2001, Noordergraaf 2007).

De kenmerken van de medische professie, die aan het begin van deze paragraaf zijn opgesomd, refereren aan de pure vorm van professionalisme. Nu klassieke professionals als artsen managementverantwoordelijkheden of marktgerichte rollen op zich moeten nemen en ook managers zich professionaliseren, zou een hybride vorm van professionalisme meer geëigend zijn (Noordergraaf 2007). Hierdoor ontstaan gemengde vormen van controle, zoals een combinatie van management en professionele controle. Dit heeft gevolgen voor onder andere de autonomie van de medische professie.

Mede gezien deze ontwikkelingen, is autonomie aan een nieuwe invulling toe (Maassen 2006).

Hoe meer autonomie de medische wereld krijgt in een fase van professionalisering, hoe meer ze, om dit vertrouwen te verdienen, verantwoording moet afleggen en inzicht moet geven. Het paradoxale effect is dat daarmee de autonomie weer afneemt; buitenstaanders kunnen de professionals beoordelen met hun eigen maatstaven (Van Oorschot 1995). Vanuit dit perspectief kan afname van autonomie beschouwd worden als een onontkoombare ontwikkeling, die samengaat met een fase van deprofessionalisering.

De *Royal College of Physicians* wijst erop dat het vertrouwen van de maatschappij in de geneeskunde lijkt af te nemen, maar niet die van de patiënt in zijn individuele dokter. Zij relateert vertrouwen aan professionalisme en probeert het professionalisme in de geneeskunde opnieuw te definiëren (*Royal College of Physicians* 2005).

Recent verscheen het manifest *Medische professionaliteit* (KNMG 2007). Ook hierin komen professionaliteit, vertrouwen en autonomie als samenhangende elementen naar voren. In dit manifest luidt de definitie van de medische professionele autonomie als volgt:

De vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaarden, zonder inmenging van derden, in de individuele arts-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt.

(KNMG 2007: 3)

In de volgende paragraaf ga ik in op het ontstaan van de medische cultuur, het verborgen curriculum.

1.3.4 Het verborgen curriculum

De literatuur over de medische wereld besteedt veel aandacht aan het proces van overdracht van de medische cultuur tijdens de opleiding (o.a. Atkinson 1995, Bosk 1979, Hafferty 1995, Luke 2003, Pratt 2006, Sinclair 1997). Dit is een intensief, langdurig proces van socialisatie door individualisatie en door afscheiding van de 'normale' wereld (Freidson 1970, Sinclair 1997, Pratt 2006): 'Their unceasing need to work for unceasing examinations set by different professional segments will ultimately result in professional cognitive membership of the institution of which they are an inmate (that is, the profession of medicine), a passage and a membership that may exclude the lay world just as surely as asylum walls' (Sinclair 1997: 272). Zeker gedurende de klinische stage-

perioden – coschappen en arts-assistentschappen – brengen aankomende artsen en specialisten lange en intensieve dagen door in het ziekenhuis, afgescheiden van de rest van de maatschappij.

Freidson meent dat het lidmaatschap van een professie, als gemeenschap van gedeelde belangen, sterker wordt gevoeld door hen: ‘whose specialisation is discretionary, complex, and intellectualized, requiring a relatively long period of training segregated from the ordinary marketplace.’ (Freidson 2001: 142). Atkinson noemt de liturgie van de kliniek – met zijn vaste bijeenkomsten, patiëntenrondes en het belang van *medical talk* – een krachtige methode om het lidmaatschap van de groep te bevestigen (Atkinson 1995).

Tijdens hun opleiding leren aankomende artsen en specialisten hoe zij zich volgens de collegiale en professionele normen van hun professie dienen te gedragen. Dit leerproces is net zo belangrijk als de overdracht van kennis en klinische vaardigheden, maar is een socialisatieproces, geen letterlijke kennisoverdracht (Rosenthal 1995). Dit socialisatieproces wordt ook wel het verborgen curriculum genoemd (Hafferty 1995, Windolf 1981), anders dan het officiële, formele curriculum, dat wat zwart op wit staat, met doelen, leerstof, exameneisen en competenties.

In de geneeskunde spreekt men vaak over de meester-gezel verhouding. De opleiding tot specialist kent een formele meester, maar in de praktijk van alledag vervullen meerdere specialisten deze rol. Het zou misschien beter zijn het begrip van de meester en gezel uit te breiden met *situated learning* (Kenny e.a. 2003). Dit concept van Lave en Wenger heeft als voordeel dat ‘it also describes the learning that occurs in the context of practice, including knowledge, skills and social norms’ (Kenny e.a. 2003: 1207, Lave en Wenger 1991). Hiermee wordt meer recht gedaan aan het belang van leren door deelname aan en opname in de *community of practice* (Wenger 1998).

In het verborgen curriculum komen ook de hiërarchische verhoudingen in de geneeskunde tot uiting, bijvoorbeeld tijdens visites ofwel patiëntenrondes. In een vraag- en antwoordspel stelt de hoogste in hiërarchie de vragen die degene die nog in opleiding is en dus lager in de hiërarchie staat, moet beantwoorden (Atkinson 1995, Sinclair 1997, Bosk 1979). Het is de bedoeling dat de ‘leerling’ het vraag- en antwoordspel internaliseert. Eenmaal opgeleid, stelt de arts zichzelf deze vragen, als hij alleen in de spreekkamer is met zijn patiënt (Sinclair 1997). Het is van belang deze hiërarchie te respecteren: een technische fout wordt een arts-assistent in opleiding tot specialist minder sterk aangerekend dan een ‘morele’ fout, waarbij hij de hiërarchie niet respecteert (Bosk 1979).

Sommigen beweren dat de opleiding tot arts gekenmerkt worden door *teaching by humiliation, bullying of perceived mistreatment* omwille van de hiërarchische verhoudingen in de geneeskunde (o.a. Sinclair 1997, Baldwin & Daugherty 1997).

Tot welke omgangsvormen leidt de professionele identiteit en wat is de betekenis van hiërarchie en gezag?

1.3.5 Omgangsvormen en gezag

De medische wereld wordt vaak gezien als gesloten. Artsen vormen compact samengestelde netwerken (West e.a. 1999). Deze netwerken hebben als belangrijk kenmerk dat de leden een hoge waarde aan het lidmaatschap toekennen omdat het hun identiteit en gevoel van saamhorigheid versterkt. Dit maakt ze sterk onderling afhankelijk. De groep heeft daarmee een krachtig wapen in de vorm van dreiging met uitstoting.

Het functioneren van een professionele groep kenmerkt zich door de organische solidariteit van een *clan* (Ouchi 1980). Voor de *clan* is het socialisatieproces het belangrijkste controlemechanisme: 'auditing of performance is unnecessary except for educational purposes, since no member will attempt to depart from organizational goals' (Ouchi 1980: 138). Het gaat hier vooral om informele vormen van controle. Ook in de medische wereld spelen deze een belangrijke rol (o.a. Rosenthal 1995, Allsop & Mulcahy 1998), zoals geïnternaliseerde waarden en de rol van *peer control* (Mintzberg 1983).

Er worden wel kanttekeningen geplaatst bij de omgangsvormen van artsen, vooral bij aspecten als controle, kritiek en fouten. Controle wordt als beledigend ervaren en heeft slechts een beperkt effect. Artsen hebben geen externe sturing nodig, 'because they were committed to performing their work conscientiously and had internalized that commitment sufficiently deeply so as to be guided and controlled' (Freidson 1975: 28). Ook controle van buitenaf morrelt aan de autonomie. Om die reden aarzelen artsen om elkaar aan te spreken.

Er is een gedragsregel, een collegiale etiquette (Freidson 1975, Bosk 1979, Rosenthal 1995), die onderlinge kritiek 'verbiedt', behalve in de opleidingssituatie. Goss beschrijft hoe superviserende artsen hun adviezen bij de patiëntengegevens van collegae schrijven, maar nooit controleren of de adviezen worden opgevolgd (Goss 1961). Ze geven ook geen opdrachten aan collegae, behalve op het vlak van bijvoorbeeld een roosterindeling. Hier komt de professionele autonomie niet in gevaar, dit moet nu eenmaal door iemand gedaan worden. Men accepteert het als iemand te laat komt omdat hij elders een patiënt moest zien, 'after all, the patient comes first' (Goss 1961: 48).

Over het omgaan met fouten in de medische wereld is veel geschreven (o.a. Bosk 1979, Rosenthal 1995, Rosenthal e.a. 1999, Freidson 1975, Sinclair 1995). Artsen beleven klachten vooral als een aanslag op hun competentie en expertise, en niet als terechte verwijten of als iets dat de klager benadeelt. Zij reageren daarom op de klagende patiënt niet altijd even effectief. Hiermee proberen zij controle te behouden en wordt zowel de individuele zekerheid als de professionele identiteit ondersteund (Allsop & Mulcahy 1998). Dit fenomeen doet zich extra duidelijk voor in de chirurgie, omdat een gemaakte fout hier rechtstreeks naar de betreffende arts verwijst (Bosk 1979).

Wanneer de competentie of het gedrag van een collega ter discussie staat, zijn er verschillende reacties: gunsten intrekken, een collega marginaliseren, het verwijspatroon veranderen, gaan praten in *an educational manner of the terribly quiet chat*, de confrontatie laten doen door een collega met aanzien of hardnekkige gevallen overdoen aan het management (Freidson 1975, Rosenthal 1995). In Engeland kan een geval naar de commissie van *Four Wise Men* gestuurd worden (Rosenthal 1995).

In situaties van *peer review* (in het kader van *managed care* in de Verenigde Staten), moeten artsen anonieme collegae controleren op een operatie-indicatie, die niet voldoet aan de formele eisen. Deze toeziende arts worstelt met zijn benadering van collegae. Hij blijkt het meest succesvol als hij een bureaucratische ingang kiest: het accent ligt op de papieren – er ontbreken bepaalde gegevens – niet op het professionele oordeel. De collegiale relatie komt zo het minst in gevaar (Boyd 1998).

Mede door de beschreven omgangsvormen wordt de zelfregulatie wel als een zwakke plek gezien. Bovendien kan ingrijpen om het vertrouwen als beroepsgroep te houden, óók leiden tot negatieve beeldvorming van de beroepsgroep (Van Oorschot 1995).

Hoewel de medische professie wel eens een *conspiracy of silence* wordt verweten, met als doel elkaar de hand boven het hoofd te houden, betekent dit niet dat de onderlinge verhoudingen altijd goed zijn. Zo heeft het maken van denigrerende opmerkingen over andere specialismen een lange geschiedenis, getuige de memoires van Snapper (1879-1973):

- ‘Every clinician of experience knows surgeons always want to operate on patients who should be left in peace and do not want to operate when physicians consider that an operation is mandatory.’
- ‘A standard joke held that if the neurologist diagnosed a tumour of the right frontal lobe the neoplasm was probably localized in the left cerebellum’ (Lieberg 2004: 126, 131).

Het blijft niet bij opmerkingen. Er zijn wel degelijk tekenen van minder goede onderlinge verhoudingen en van strijd en er zijn de nodige conflicten binnen en tussen medische groepen. Geld zou hierbij vaak een rol spelen (Scholten & Van der Grinten 2003). Conflicten komen vaak aan de oppervlakte naar aanleiding van de kwaliteit van zorg, soms zelfs door schandalen rond de dood van patiënten (NRC Handelsblad 2006, Inspectie voor de Gezondheidszorg 2006).

Ook de gezagsverhoudingen beïnvloeden de omgangsvormen in de medische wereld. Zo geeft de opleider, hoog in de hiërarchie, zijn gezag als ultieme autoriteit vorm door kennis en ervaring tentoon te spreiden (Bosk 1979).

Atkinson spreekt over *voices of experience, voices of journals*: met deze stemmen laat men zien over bepaalde kwaliteiten te beschikken. Hij wijst daarbij op het belang van retorische vaardigheden in de medische wereld: zijn studie heet niet voor niets *medical*

talk and medical work (Atkinson 1995). Gezag op basis van persoonlijke ervaring lijkt het in de besluitvorming te winnen van gezag op grond van kennis (Sinclair 1997, Atkinson 1995). In supervisiesituaties mag vooral een meer gerespecteerde collega andere artsen advies geven (Goss 1961).

Omgangsvormen op basis van een gemeenschappelijke beroepshabitus kunnen ontstaan in het socialisatieproces (Windolf 1981). Studies naar het verborgen curriculum, omgangsvormen en gezagsverhoudingen in de geneeskunde vertonen opvallende overeenkomsten, ondanks de verschillen in tijd, 1975-2006, en plaats: Engeland, Verenigde Staten, Nieuw Zeeland en Israël (Becker 1961, Freidson 1970, Shual 1975, Bosk 1979, Hafferty 1994, Atkinson 1995, Sinclair 1997, Luke 2003, Pratt 2006). Dit wijst op een exclusieve professionele identiteit, de medische habitus, verworven tijdens de opleiding tot arts en specialist.

1.3.6 Conclusies

Allereerst bevestigt deze verkenning dat de geneeskunde een krachtig en intensief socialisatieproces kent, het verborgen curriculum. Op deze wijze wordt een eigen, specifieke cultuur overgedragen en onderhouden. Deze cultuur doet zich in zoveel tijden en op zoveel plaatsen voor, dat we kunnen spreken van een gemeenschappelijke beroepsidentiteit, de medische habitus.

In de opleidingssituatie is er een duidelijke hiërarchie, maar als de arts eenmaal is opgeleid, zijn de onderlinge verhoudingen opmerkelijk genoeg juist weinig hiërarchisch. Toch zijn er verschillen in gezag: gerespecteerde collegae mógen advies geven en persoonlijke ervaring geeft meer gezag dan kennis.

Via het socialisatieproces bepalen vooral informele vormen van controle het functioneren als groep. Dit gebeurt volgens het principe van de clanvorm: ongeschreven regels genereren omgangsvormen en gezagsverhoudingen via geïnternaliseerde waarden.

De professionele bureaucratie zoals die in het ziekenhuis voorkomt, verbindt de logica's van twee werelden met elkaar: de clanvorm van de medische professionele wereld met de bureaucratische vorm van de managementwereld. Dat klinkt mooi, maar de literatuur meldt vooral botsingen en strijd tussen deze twee werelden. In deze tijd lijkt de managementwereld aan dominantie te winnen, getuige de toename aan management-instrumenten in de medische sector, met de belofte van invloed op kwaliteit en efficiëntie in de gezondheidszorg. Deze dominantie wordt mede gevoed door de behoefte de stijgende kosten in de gezondheidszorg te beheersen en doordat de maatschappij minder vertrouwen heeft in de medische professie.

De medische wereld maakt zich zorgen over de afname van het vertrouwen én over de afname van de autonomie. Daarnaast vormen autonomie en zelfregulatie binnen de

medische wereld een problematische twee-eenheid. Zelfregulatie van de professie – als groep – staat op gespannen voet met de autonomie van de individuele dokter. Dit blijkt als de verschillende omgangsvormen niet altijd afdoende de zelfregulatie waarborgen: de wijze van omgaan met kritiek, fouten en controle geven onvoldoende vertrouwen in het zelfreinigende vermogen van de beroepsgroep. Men verwijt de professie soms een *conspiracy of silence*, die strijd en conflicten echter niet voorkomen. Want die doen zich ook voor binnen en tussen medische groepen, met soms negatieve effecten op de patiëntenzorg.

Steeds vaker kiezen ziekenhuizen voor een – medische – professional *in the lead*. Deze dokters zouden meer invloed kunnen uitoefenen op klinische activiteiten dan niet-medische managers en daarmee op kosten en kwaliteit. Bovendien kunnen zij een brug slaan naar de managementwereld. Ze worden wel beschreven als de *new bosses* in de gezondheidszorg. Toch maken zij de hooggespannen verwachtingen niet altijd waar: hun vermogen om zich de kennis van de managementwereld, zoals financiële expertise, eigen te maken, laat soms te wensen over. Daarnaast vormt het leiderschap binnen hun eigen wereld een struikelblok, omdat het beïnvloeden van de eigen collegae lastig is. Een positionering *in the lead* is dan ook geen onverdeeld genoegen en leidt geregeld tot persoonlijke en professionele stress bij de betreffende artsen.

Door de sterke eigen cultuur van de medische wereld verloopt het leidinggeven van de medische professional *in the lead* niet zonder problemen. Toch is er niet veel bekend over hoe in de praktijk van alledag deze leidinggevende taak precies gestalte krijgt.

Ik besloot dit vraagstuk nader te onderzoeken. Om de cesuur van organisatieadviseur naar onderzoeker te markeren, ga ik hier over van de ik-vorm naar de wij-vorm, de pluralis modestiae, zoals die in verschillende wetenschappelijke velden gebruikelijk is.

In de volgende paragraaf verbinden we de vraagstukken uit de adviespraktijk met de inzichten van de geschetste achtergronden en formuleren we de centrale vraagstelling.

1.4 Probleemstelling

We constateerden dat ziekenhuizen steeds vaker kiezen voor artsen *in the lead*. We kunnen deze artsen misschien beschouwen als een unieke groep, de *new bosses* in de gezondheidszorg, die een nieuw domein bestrijken. Maar toch kunnen zij niet altijd de hooggespannen verwachtingen waarmaken wat betreft hun sleutelrol bij de beïnvloeding van klinische activiteiten en collegae.

Artsen *in the lead* zeggen zelf dat ze niet opgeleid zijn voor deze taak en de managementwereld is meestal dezelfde mening toegedaan. Om dit op te lossen krijgen ze

nogal eens cursussen aangeboden om zich de kennis uit de managementwereld eigen te maken.

Door onze adviespraktijk hadden we echter de indruk dat de vraagstukken van dokters *in the lead* niet zozeer komen door het ontbreken van specifieke kennis, maar dat een andere kwestie belangrijker is. De knelpunten en mogelijk ook de successen in het leidinggeven van afdelingshoofden lijken vooral verbonden te zijn met het socialisatieproces tijdens de opleiding tot arts en specialist. In het verborgen curriculum worden waarden geïnternaliseerd, die richting geven aan de professionele en collegiale omgangsvormen en gezagsverhoudingen. Er ontstaat een gemeenschappelijke medische habitus.

Artsen *in the lead* zijn vooral opgeleid met de logica van de medische wereld en de regels van die logica verhouden zich lastig tot een leidinggevende taak binnen de groep. In de adviespraktijk zien we hoe afdelingshoofden zoeken naar gezag en manieren om collegae te beïnvloeden en de literatuur beschrijft vergelijkbare problemen. In deze wereld is het niet duidelijk hoe het functioneren van de groep vorm krijgt, wat gezag precies is en hoe dit gezag het leidinggeven beïnvloedt.

Artsen *in the lead* fungeren als brug naar de managementwereld, maar het is de vraag in hoeverre zij de medische- en de managementwereld in één persoon kunnen verenigen. Wat betekent dit voor het leidinggeven, zowel binnen de medische wereld als in de relatie tot de managementwereld?

We hebben onvoldoende inzicht in hoe de medische habitus het leidinggeven van dokters in de praktijk van alledag beïnvloedt. Wat doen deze leidinggevende dokters, wat doen zij niet? Waarin schuilt hun meerwaarde, wat bepaalt hun gezag, wat zijn hun dilemma's? Beïnvloeden zij hun collegae en de collegiale verhoudingen en zo ja, hoe? Hoe wordt dit leidinggeven beïnvloed door de relatie met en de logica van de managementwereld? Zijn er ook bijwerkingen en zo ja, welke?

Empirisch inzicht op microniveau ontbreekt. De meeste ervaringen met dokters *in the lead* zijn gebaseerd op interviews, maar daarin vertellen mensen vooral wat ze zeggen wat ze doen, de *espoused-theories*, maar niet altijd dat wat ze doen in de praktijk, de *theories-in-use* (Argyris 1992/1999).

Als we de invloed van de medische habitus op het leidinggeven van artsen *in the lead* in de praktijk willen onderzoeken, moet onze analyse op verschillende niveaus plaatsvinden. Op het niveau van het *individu* – de gemeenschappelijke medische habitus zelf, met zijn geïnternaliseerde waarden: welke logica kenmerkt de medische habitus, wat betekent gezag in de medische wereld? Op het niveau van de *groep*: de wijze waarop de omgangsvormen het functioneren van een medische groep bepalen. Hoe beïnvloeden deze omgangsvormen de mate van samenwerking, het optreden van strijd en de betekenis van leidinggeven in de groep? Tot slot is ook het niveau van de *relatie met een*

andere wereld van belang: hoe beïnvloedt de medische habitus de manier waarop de dokter *in the lead* de relatie legt met de managementwereld?

Sinclair en Luke gebruikten het habitusconcept bij hun onderzoek naar het ontstaan van de professionele medische identiteit (Sinclair 1997, Luke 2003). De habitus bepaalt hoe iemand de wereld om zich heen waarneemt, waardeert en hij geeft richting aan zijn handelen. Dit concept is afkomstig uit het gedachtegoed van Pierre Bourdieu. Dit gedachtegoed biedt een inspirerend handvat, vooral omdat we onze analyse op verschillende niveaus willen verrichten. Zijn theorie beschrijft het tot stand komen van een gemeenschappelijke habitus; de wijze waarop deze habitus het individuele handelen beïnvloedt, de gezagsverhoudingen en het functioneren van de groep en de interactie tussen verschillende werelden. In dit onderzoek gebruiken we zijn begrippenkader, dat we in het volgende hoofdstuk uitgebreid beschrijven.

De centrale vraagstelling voor dit onderzoek is: **hoe beïnvloedt de medische habitus de wijze waarop het afdelingshoofd met zijn drievoudige academische opdracht – patiëntenzorg, onderwijs/opleiding en onderzoek – leidinggeeft?**

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zijn er vier deelvragen die nader onderzocht moeten worden:

1. De eerste deelvraag die we willen beantwoorden, luidt: **hoe ziet de medische habitus eruit en wat betekent dit voor de gezagsverhoudingen in een groep medici?** De medische habitus is een kernbegrip in de centrale vraagstelling en is te beschouwen als een systeem van verschillende disposities: schema's van waarneming en waardering die aanzetten tot en richting geven aan handelen. In de literatuur is het tot stand komen van de medische habitus onderzocht. We missen inzicht in hoe de 'volwassen' medische habitus van de individuele arts eruit ziet. Dit kan richting geven aan de wijze waarop het handelen van artsen samenhangt met de wijze waarop zij de wereld waarnemen en waarderen. Hiermee komt ook de betekenis van gezagsverhoudingen in beeld, die van belang zijn voor leiderschap. De analyse van de habitus geeft daarmee inzicht in de logica van de medische wereld.
2. De tweede deelvraag is: **hoe beïnvloedt de medische habitus het functioneren van de groep?** Voordat we op het leiderschap van het afdelingshoofd zelf in kunnen gaan, moeten we eerst meer inzicht hebben in het functioneren van de groep zelf. De vraag is in hoeverre de medische habitus ook de interactie, omgangsvormen en het voorkomen van strijd in de groep bepaalt. We vermoeden dat de heersende gezagsverhoudingen en het functioneren van de groep het leidinggeven van het afdelingshoofd beïnvloeden. Daarom moeten de eerste twee deelvragen beantwoord worden, voordat we bij het leidinggeven van het afdelingshoofd zelf arriveren.
3. De derde deelvraag luidt: **hoe beïnvloedt de medische habitus het leidinggeven**

van het afdelingshoofd in zijn groep? Dit thema focust op het leiderschap van het afdelingshoofd binnen de medische wereld. In de literatuur wordt beschreven aan welke dilemma's en stress het afdelingshoofd blootstaat en hoe beperkt hun vermogen is om daadwerkelijk invloed uit te oefenen op collegae. De claim op autonomie van de individuele arts en de wijze van omgaan met kritiek en controle zijn niet direct te rijmen met het ontvangen van leiding. We constateerden dat er weinig bekend is over hoe dit leiderschap in de praktijk vorm krijgt.

4. De vierde deelvraag is: **hoe beïnvloedt de medische habitus de managementtaak van het afdelingshoofd?** De relatie met de managementwereld – een andere wereld met een andere logica – is hier het onderwerp. In hoeverre zijn zij in staat twee logica's in één persoon te verenigen?

Uitgaande van het idee dat via een leidinggevend afdelingshoofd klinische activiteiten binnen de medische wereld gemanaged kunnen worden, is het ook zinnig om dit leiderschap in de praktijk van de medische wereld te onderzoeken. Dit is nog weinig gebeurd en vormt een belangrijke leidraad voor de aanpak van dit onderzoek. Het onderzoek vertrekt daarmee nadrukkelijk vanuit het perspectief van de medische wereld.

1.5 Te verwachten opbrengst

We verwachten dat de opbrengst van het onderzoek meervoudig is. Onze onderzoeksvraag kent zowel een wetenschappelijk als een handelingsperspectief. Van de Ven spreekt in dit kader van *professional science*: 'research that contributes knowledge to a scientific discipline, on the one hand, and to apply that knowledge to advance the practice of management as a profession, on the other' (Van de Ven 2001: 393).

Dit proefschrift onderzoekt hoe in een universitair centrum de relatie is tussen de specifieke medische cultuur en het leiderschap van medische afdelingshoofden als professionals *in the lead*. We verwachten dat de bevindingen een algemenere geldigheid zullen hebben en inzichten zullen opleveren die verder reiken dan de onderzoekssetting. Ook elders in de medische wereld vertoont de medische habitus grote onderlinge overeenkomsten. Maar het onderzoek kan ook inzichten opleveren voor buiten de medische wereld, want naast verschillen zijn er ook overeenkomsten tussen de medische en andere professionele werelden.

Vanuit wetenschappelijk perspectief kunnen de inzichten uit dit onderzoek daarom bijdragen aan theorieën met betrekking tot de medische professie, die van de professies in het algemeen en hun interactie met anderen. Het onderzoek zal meer inzicht genereren in de wijze waarop de gemeenschappelijke habitus van een professie doorwerkt in het functioneren van de groep, het leiderschap in de groep en de interactie met een

andere wereld en logica in de organisatie. Deze inzichten kunnen zo misschien bestaande aannames ter discussie stellen die betrekking hebben op leiderschap in een professionele wereld.

In het onderzoek leunen we zwaar op het gedachtegoed van Bourdieu. We onderzoeken hiermee ook de bruikbaarheid van zijn bijdrage: in hoeverre lenen zijn concepten zich voor onderzoek in een professionele wereld naar leiderschap, op het grensvlak met een andere wereld en in een organisatie?

Vanuit het handelingsperspectief willen we de inzichten vertalen naar praktische aanbevelingen die richting geven aan de ondersteuning, positionering en inbedding van universitaire medische afdelingshoofden. Hiermee kunnen het management en adviseurs van de betreffende organisaties hun voordeel doen. Bovendien, de ontwikkelingen waarbij artsen als leiders in het management betrokken worden, vinden ook buiten de universitaire centra, binnen en buiten Nederland plaats. De bevindingen zullen zo ook voor andere ziekenhuisorganisaties relevant zijn. Gezien de al eerder genoemde overeenkomsten met andere professies, geldt dit ook voor andere organisaties die professionals herbergen.

Last but not least hopen we dat afdelingshoofden en andere medische professionals *in the lead* hun voordeel kunnen doen met dit onderzoek. Met deze analyse kunnen zij wellicht hun eigen vraagstukken, problemen én successen in perspectief plaatsen, en zo nodig meer bewust kiezen voor het hanteren of loslaten van bepaalde strategieën.

1.6 Leeswijzer van dit proefschrift

Hoofdstuk 2 gaat in op de aanpak van het onderzoek. Het beschrijft de methodologie en de gebruikte methoden en gaat in op het begrippenkader van Bourdieu.

De hoofdstukken 3 tot en met 6 analyseren het empirische materiaal aan de hand van de vier deelvragen. In hoofdstuk 3 analyseren we de medische habitus en zijn betekenis voor gezagsverhoudingen in de medische wereld. Hoofdstuk 4 beschrijft het functioneren van de groep, zowel de relaties binnen een stafgroep van één specialisme als die tussen verschillende specialismen. In hoofdstuk 5 bespreken we welke betekenis de gezagsverhoudingen en het functioneren van de groep hebben voor het leiderschap van het afdelingshoofd binnen de medische wereld. In hoofdstuk 6 onderzoeken we de invloed van de managementtaak op het leidinggeven van het afdelingshoofd.

In hoofdstuk 7, het slothoofdstuk, keren we terug naar de centrale onderzoeksvraag en beschrijven we de conclusies van onze bevindingen. We reflecteren op de bijdrage van Bourdieu, het onderzoek en de onderzoeker. Vanuit het handelingsperspectief vertalen we de bevindingen naar aanbevelingen voor de praktijk en ten slotte exploreren we enkele invalshoeken voor verder onderzoek.

Hoofdstuk 2

Methodologie, methoden en het begrippenkader van Bourdieu



2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we het ontwerp van dit onderzoek. Ook staan we uitgebreid stil bij het gedachtegoed van Bourdieu, dat richtinggevend is voor de analyse van het empirische materiaal.

De centrale onderzoeksvraag luidde: hoe beïnvloedt de medische habitus de manier waarop het afdelingshoofd – met zijn drievoudige academische opdracht – leidinggeeft? Deze vraag krijgt in dit onderzoek zowel een wetenschappelijk als een handelingsperspectief. We positioneren het onderzoek hiermee als *professional science* (Van de Ven 2001: 393). Vanuit wetenschappelijk perspectief willen we bijdragen aan de ontwikkeling van empirisch onderbouwde, sociaalwetenschappelijke theorieën. Onder een dergelijke theorie verstaan we: ‘Een aantal met elkaar in verband gebrachte begrippen die op een systematische wijze bepaalde aspecten van de sociale werkelijkheid tot een betekenisvol geheel ordenen’ (Maso 1987: 12). Zoals gezegd is een belangrijk hulpmiddel bij die systematiek het gedachtegoed van Bourdieu. In paragraaf 2.3 komt zijn begrippenkader aan bod. In paragraaf 2.4 worden de overwegingen en keuzes bij het onderzoeksontwerp toegelicht.

In paragraaf 2.5 en 2.6 gaan we in op de dataverzameling en -analyse. We beschrijven daar de gehanteerde methoden en procedures en de manier waarop de data verzameld en geanalyseerd zijn. Immers, alleen zo kan men de betrouwbaarheid en overdraagbaarheid van de inzichten uit deze studie beoordelen (Malterud 2001, Maso & Smaling 1998). Ook bespreken we hier hoe we de concepten van Bourdieu gebruiken in de onderzoekspraktijk.

In een studie van de sociale wereld verhoudt de onderzoeker zich altijd op een bepaalde manier tot het onderwerp van studie: ‘We cannot study the social world without being part of it’ (Atkinson & Hammersly 1994: 249). Het is belangrijk om daarop te reflecteren, omdat sociale en intellectuele uitgangspunten onbewust in analytische instrumenten en procedures ingebed zijn (o.a. Malterud 2001, Bourdieu & Wacquant 1992). We staan stil bij de intellectuele uitgangspunten van en de keuze voor Bourdieu in paragraaf 2.4.1. De sociale uitgangspunten vormen onderwerp van reflectie in paragraaf 2.6.3: onderzoeker van binnenuit.

Allereerst beschrijven we de setting van het onderzoek; de plek waar de onderzoeksvraag tot ontwikkeling kwam.

2.2 Een universitair medisch centrum

De setting van het onderzoek is een universitair medisch centrum (UMC) in Nederland waar, zoals in de meeste centra, een academisch ziekenhuis en een medische faculteit geïntegreerd zijn. Het kent een divisie- of clusterstructuur. De verschillen tussen clus-

ter en divisiestructuur zijn niet wezenlijk: we spreken hier verder van divisiestructuur. Het centrum, met circa 1.000 bedden, staat onder leiding van een driekoppige raad van bestuur, met daarboven een raad van toezicht. De voorzitter van de raad van bestuur is tevens decaan van de faculteit Geneeskunde.

De divisiebesturen vallen rechtstreeks onder de raad van bestuur. Een divisiebestuur heeft in het algemeen een afdelingshoofd als voorzitter en er zit meestal een bestuurder in uit de verpleegkundige geledingen. Het bestuur wordt ondersteund door een bedrijfskundig expert, een niet-medische manager, die we voor de duidelijkheid de directeur zullen noemen.

De verschillende divisies tellen een tot zeven klinische afdelingen van min of meer vergelijkbare specialismen. Enkele divisies bevatten ook niet-klinische afdelingen, zoals de afdeling medische psychologie, biochemie, anatomie en grote (research)-laboratoria.

Het afdelingshoofd, die meestal hoogleraar is, heeft de leiding over zijn stafgroep. De omvang van een stafgroep varieert van vier tot circa dertig stafleden – geregistreerde specialisten. Grote stafgroepen kennen vaak onderafdelingen met onderafdelingshoofden. De stafgroep wordt omringd door arts-assistenten, al of niet in opleiding, onderzoekers en co-assistenten. Alle artsen en specialisten, inclusief het afdelingshoofd, zijn in loondienst werkzaam. Hun salaris valt onder een speciale cao, geldig voor alle universitaire medische centra. In totaal werken er in het centrum 540 medisch specialisten en 420 overige artsen, zoals arts-assistenten in opleiding.

Er is een stafconvent waarin alle afdelingshoofden, waarnemend afdelingshoofden en hoogleraren participeren. Het stafconvent adviseert de raad van bestuur over zaken die betrekking hebben op de kwaliteit van patiëntenzorg.

De verpleeg- en poliklinische afdelingen worden in het algemeen geleid door een hoofdverpleegkundige, samen met een medisch specialist. Deze werkplekken vallen niet onder de verantwoordelijkheid van het afdelingshoofd, maar onder die van het divisiebestuur.

In deze organisatiestructuur treffen we het afdelingshoofd op ten minste drie plaatsen aan: als afdelingshoofd, als divisievoorzitter – dan heeft hij dus een dubbele managementpositie – en in het stafconvent. In dit onderzoek is de positie van afdelingshoofd als divisievoorzitter geen onderwerp van analyse.

Met betrekking tot de verschillende academische taken is het afdelingshoofd eindverantwoordelijk voor de patiëntenzorg 'binnen de door de raad van bestuur gestelde financiële kaders'. Deze eindverantwoordelijkheid is ook wettelijk vastgelegd (artikel 12.16 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, WHW). Het onderafdelingshoofd heeft die eindverantwoordelijkheid niet. Als hoogleraar legt het afdelingshoofd verantwoording af aan de decaan die dus tevens voorzitter is van de

raad van bestuur. De raad van bestuur wordt mede ondersteund door adviesorganen voor onderwijs, opleiding en onderzoek.

Over zijn managementtaken legt het afdelingshoofd verantwoording af aan het divisiebestuur. Dat heeft van de raad van bestuur het mandaat gekregen voor het beheer van de middelen en het personeel van haar afdelingen. Afdelingshoofden beschikken meestal, maar niet altijd, over een eigen formatiebudget, onderafdelingshoofden hebben dat niet. De verantwoordelijkheden van het afdelingshoofd staan geformuleerd in bijlage I. De drievoudige academische opdracht van het afdelingshoofd – patiëntenzorg, onderwijs/opleiding en onderzoek – is sterk verbonden met de missie van de universitaire medische centra: het bieden van topreferente zorg, het verzorgen van predocoraal onderwijs, het opleiden van artsen en specialisten en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

2.3 Het begrippenkader van Bourdieu

Het gedachtegoed van Bourdieu speelt niet alleen een rol in de analyse van het materiaal, maar is ook medebepalend bij het ontwerp van dit onderzoek. We beginnen daarom met het beschrijven van zijn begrippenkader.

Pierre Bourdieu was hoogleraar in de sociologie aan het *Collège de France* in Parijs en stierf in 2002, 71 jaar oud. Hij ontwikkelde in de jaren zestig van de vorige eeuw een theorie om de sociale wereld in kaart te brengen. Zelf sprak hij over zijn concepten als *tools*, niet als theorie. De theoretische concepten krijgen betekenis door empirisch onderzoek en vice versa (Bourdieu & Wacquant 1992).

Zijn belangrijkste concepten zijn veld, habitus en kapitaal. Het concept **veld** refereert aan een sociale ruimte die we ook wel eens ‘een wereld’ noemen, zoals de medische wereld. Terwijl het begrip veld slaat op de uitwendige sociale structuur, is de **habitus** te beschouwen als het innerlijke model van de sociale werkelijkheid, van een individu. De habitus is een systeem van disposities: duurzame, onderbewuste schema’s van waarneeming en waardering, die aanzetten tot en richting geven aan het praktisch handelen (Pels 1989). De habitus komt tot stand in een socialisatieproces.

Elk veld heeft zijn eigen specifieke vormen van **kapitaal**, economisch, cultureel en sociaal kapitaal. De habitus is een vorm van cultureel kapitaal. Als kapitaal onderscheidingswinst oplevert, spreekt Bourdieu van symbolisch kapitaal, zoals prestige of reputatie. De ongelijke verdeling van kapitaal in een veld leidt tot verschillende posities in het veld en competitie om dat kapitaal. Binnen één bepaald veld is er competitie om het monopolie op het kapitaal dat daar van waarde is. De strijd tussen verschillende velden met verschillende logica’s kent een andere inzet: hier strijden de eigenaren van verschillende soorten kapitaal over welk kapitaal, en dus welk veld, zal domineren (Bourdieu 1996).

Deze concepten zijn te beschouwen als instrumenten om de onderliggende dynamiek van de sociale wereld te duiden. Zij hangen nauw met elkaar samen; daarom kunnen ze ook alleen in samenhang besproken worden (Bourdieu & Wacquant 1992). Het concept van de habitus en zijn ontstaan in relatie tot het concept veld komen aan de orde in paragraaf 2.3.1. Daarna gaan we in op het concept kapitaal, gerelateerd aan veld en habitus in paragraaf 2.3.2.

2.3.1 Veld en habitus

'So why is social life so regular and predictable? If external structures do not mechanically constrain action, what then gives it its pattern? The concept of habitus provides the answer.'

(Bourdieu & Wacquant 1992:18).

Een veld is een relatief autonome ruimte, opgebouwd rond specifieke posities en instituties, gekenmerkt door een eigen interne logica. Veld refereert aan de externe sociale structuur, met zijn 'objectieve' relaties, posities en machtsverdeling. Een veld heeft zijn eigen specifieke verschillen die gekend en erkend worden door de 'bewoners' van dit veld.

Een veld werkt alleen als zodanig als er iets op het spel staat en mensen bereid zijn het spel te spelen (Bourdieu 1989c). De grenzen van een veld staan altijd onder druk, omdat elk veld ook het terrein is van een min of meer openlijke strijd over de definitie van de legitieme indelingsprincipes van het veld: wie wel en niet mogen meedoen aan het spel (Pels 1989).

De habitus komt tot stand in een socialisatieproces, binnen de structuur van een specifiek veld en genereert de voorwaarden voor de reproductie van diezelfde structuren. Er is dus sprake van een tweezijdige relatie tussen habitus en veld, waarin het veld als gestructureerde ruimte de habitus structureert, terwijl de habitus op haar beurt de waarneming van het veld structureert: de habitus 'bepaalt' wat wordt waargenomen en hoe dit wordt gewaardeerd. Hierdoor wordt de sociale wereld als vanzelfsprekend ervaren.

De habitus is een systeem van belichaamde disposities: duurzame, onderbewuste schema's van waarneming en waardering die aanzetten tot praktisch handelen en daar richting aan geven (Pels 1989). We spreken hier over 'onderbewust' omdat de habitus een vorm van kennis inhoudt, die geen bewustzijn vereist. Bourdieu benadrukt dat sociaal handelen niets te maken heeft met rationele keuze. Het sociaal handelen is het product van een praktisch bewustzijn, maar niet van expliciet en bewust nagestreefde doelen (Bourdieu 1989a). Het 'onbewuste' beschouwt hij als vergeten geschiedenis (Bourdieu 1990).

Disposities zijn in zekere zin vergelijkbaar met de *basic underlying assumptions* die

Schein definieert als: 'unconscious, taken-for-granted beliefs, perceptions, thoughts, and feelings' (Schein 1992: 17). Deze basale, onderliggende vooronderstellingen vormen de ultieme bron van waarden en handelen en ze zijn dus meer dan attitudes of normen en waarden. Over waarden kan men discussiëren, ze wel of niet erkennen, maar basale veronderstellingen 'tend to be taken for granted and are treated as nonnegotiable' (Schein 1992: 16). Zij liggen als het ware nog een laag dieper. Het habitusconcept verwijst niet alleen naar deze diepere laag, maar refereert ook aan de geschiedenis van zijn ontstaan. De habitus is een product van sociale structuren en eerdere ervaringen. Het verleden leidt naar een *way of being* in het nu en bepaalt een geneigdheid, *disposition*, tot handelen in de toekomst. Hierdoor fungeert de habitus als 'the strategy-generating principle enabling agents to cope with unforeseen and ever-changing situations' (Bourdieu 1977: 72).

De disposities die samen de habitus vormen, bepalen hoe een mens in een bepaalde wereld staat: de manier waarop hij waarneemt, waardeert, denkt en handelt. Dit kan gaan om opvattingen, wijze van kleden, zitten, staan, spreken en hoe hij een bepaalde houding en positie in een groep aanneemt. Belichaamd kunnen we dan opvatten als *rooted in the body* en *inside the head* (Jenkins 2002: 75). Windolf spreekt over geïnternaliseerde grammatica (Windolf 1981). We kunnen pas spreken van daadwerkelijk geïnternaliseerde disposities als deze een handelings- en oriëntatiefunctie hebben (Windolf 1981).

Omdat de habitus het product is van het verleden, kan er uit gemeenschappelijke omstandigheden een gemeenschappelijke habitus ontstaan. Deze maakt het mogelijk dat individuen hun praktijken in harmonie op elkaar afstemmen, zonder bewuste verwijzing naar een expliciete norm en zonder directe interactie met elkaar, als een orkestratie zonder dirigent: 'The practices of the members of the same group or, in a differentiated society, the same class, are always more and better harmonized than the agents know or wish' (Bourdieu 1990: 59).

De habitus leidt het sociale handelen van individuen door een gevoel voor het spel. Hoewel er ruimte is voor improvisatie, maakt de habitus slechts een beperkt aantal strategieën mogelijk. Bourdieu benadrukt dat hij niet op bewust toegepaste strategieën doelt. Hij wil ook niet spreken van gedragsregels, omdat dit een eenduidige relatie tussen regel en bewust gekozen gedrag veronderstelt. De habitus genereert als het ware *common sense* gedrag, dat wil zeggen gedrag waarvan je mag aannemen dat het in de betreffende wereld positief beoordeeld wordt. Tegelijk sluit die habitus *without violence, art or argument* al het afwijkende gedrag uit: gedrag waarvan te verwachten valt dat het niet goed valt (Bourdieu 1990: 55). Elias spreekt van een 'tweede natuur' (Elias 2001).

De habitus komt tot stand door socialisatie: een leer- en ontwikkelingsproces waarin een individu mentaal een innerlijk model van de sociale werkelijkheid reproduceert. Als hij zijn handelen door dit model laat leiden, is de habitus gevormd (Windolf 1981). Het socialisatieproces, waarbij sociale regels geleerd worden, kan vergeleken worden met de manier waarop iemand die leert spreken, zich de grammaticale regels van de taal eigen moet maken. Hoe eerder iemand een bepaalde wereld binnentreedt en hoe minder hij zich bewust is van het leren dat daarmee gepaard gaat, des te vanzelfsprekender is datgene wat hij leert. Het kind dat op jonge leeftijd zijn moedertaal leert spreken, hanteert de juiste grammaticale regels zonder dat hij zich die bewust is. Bij het aanleren van een nieuwe, vreemde taal gaat dit heel anders. Men leert bewust en expliciet grammatica, regels en doet oefeningen (Bourdieu 1990).

Naarmate het socialisatieproces langer duurt en de habitus meer onbewust wordt overgedragen, zal deze duurzamer zijn en zich verzetten tegen verandering (Windolf 1981). Niet bewust, maar juist omdat de habitus de wereld beziet in vanzelfsprekendheid en zaken ordent via bekende fenomenen. Vooral vroege ervaringen hebben extra gewicht door de selectie die de primaire habitus maakt bij het binnenkomen van nieuwe informatie (Bourdieu 1990).

Zo planten historie en structuren zich steeds opnieuw voort. Verandering – *conversie* – van de habitus kan optreden als gevolg van aanpassing aan nieuwe omstandigheden. In dit adaptatieproces worden structuren geherstructureerd en opnieuw georganiseerd. Tevoren aanwezige structuren blijven daarbij in meer of mindere mate aanwezig, omdat de habitus het product is van het verleden (Windolf 1981). In tegenstelling tot Bourdieu besteedt Elias veel aandacht aan de rol die pijnlijke drempels spelen bij veranderingen of aanpassingen van de habitus of tweede natuur (Elias 2001).

De socialisatieprocessen in latere levensfasen ondergaan mensen bijvoorbeeld in het onderwijs, tijdens opleidingen en op het werk. Dit verborgen curriculum is het *Soziale Hintergrundwissen, um eine Handlungsorientierung zu ermöglichen* (Windolf 1981: 149). De vitale manier van denken en handelen wordt vooral overgedragen in de praktijk, in het contact tussen de mentor en de leerling (Bourdieu & Wacquant 1992). De externe regels die de leerling internaliseert ‘tend to guarantee the ‘correctness’ of practices and their constancy over time, more reliably than all formal rules and explicit norms’ (Bourdieu 1990: 54). De habitus, product van het verleden, brengt zo individueel en collectief praktijken voort die weer tot meer verleden leiden, in overeenstemming met de eerder tot stand gekomen schema’s.

Zo verzekert de actieve aanwezigheid van eerdere ervaringen, vastgelegd in de vorm van disposities, de juistheid en standvastigheid van praktijken in de tijd. Socialisatie is dan ook te beschouwen als een vorm van sociale controle. Het vervangt niet zozeer de gezagsverhouding, maar ‘setzt dieses voraus’ (Windolf 1981: 147). In het verborgen

curriculum wordt zowel de pedagogische *activiteit* als de pedagogische *autoriteit* gereproduceerd: de interne gezagsverhoudingen vormen zelf een deel van het leerplan. Een pedagogische autoriteit zonder macht, zonder een vorm van interne hiërarchie waarin zij gerealiseerd wordt, is niet mogelijk. Bepaalde actoren en instituties zijn erkend als legitiem om de pedagogische actie uit te voeren. Er bestaat dus altijd een hiërarchische verhouding tussen de *socialisant* en de *socialisator* (Windolf 1981). Bourdieu spreekt van symbolisch geweld: het opleggen van een symbolisch systeem, dat ongemerkt de bestaande gezagsverhoudingen reproduceert. Omdat deze reproductie impliciet blijft en de waarnemer hem als legitiem beschouwt, blijft de gezagsverhouding zelf ook verborgen (Windolf 1981: 150). Symbolisch geweld vindt als het ware plaats met medeplichtigheid van degene op wie het wordt uitgeoefend (Bourdieu & Wacquant 1992).

De term symbolisch geweld heeft een zware lading door de associatie met fysiek geweld als machtsmiddel. Bourdieu benadrukt hiermee dat macht uitgeoefend kan worden zonder fysiek geweld te gebruiken. Ook als de betrokken partijen zich die machtsuitoefening niet bewust zijn, beschouwt hij macht nog steeds als geweld.

De gezagsverhouding kan overgedragen worden in de vorm van een *pars pro toto*: de nadruk kan liggen op iets onbetekenends dat staat voor waar het echt om gaat. Als iemand zichtbare vormen van respect in acht neemt, zoals het eten met mes en vork, respecteert hij daarmee de gevestigde orde. Als iemand laat zien dat hij bepaalde omgangs- en beleefdheidsvormen meester is, toont hij ook erkenning en respect voor de impliciete tegenstellingen in een gegeven politieke orde, zoals die tussen jong en oud, superieuren, gelijken en ondergeschikten (Bourdieu 1990).

Gezagsverhoudingen en hiërarchie verwijzen naar het begrip kapitaal, waar we in de volgende paragraaf op ingaan.

2.3.2 Kapitaal, veld en habitus

Voor Bourdieu zijn de begrippen veld en kapitaal nauw met elkaar verbonden. Elk veld kent een specifieke vorm van kapitaal, dat ongelijk verdeeld is en waarvan het bezit toegang geeft tot de winst die op dat veld kan worden behaald.

De sociale structuur van een bepaald veld wordt bepaald door de verdelingsstructuur van het kapitaal en de winst die kenmerkend is voor het betreffende veld. Kapitaal wordt alleen waargenomen en gewaardeerd in een veld waar dit erkend wordt. Inzicht in de verschillende vormen van kapitaal die in een wereld werkzaam zijn, werpt dus ook licht op de structuur en het functioneren van die wereld (Bourdieu & Wacquant 1992).

Bourdieu stelt het gegeneraliseerde begrip kapitaal gelijk aan het begrip macht (Bourdieu 1986). Hij onderscheidt drie fundamentele gedaanten waarin kapitaal zich kan voordoen (Bourdieu 1986: 241):

- economisch kapitaal: inkomen, vermogen;
- cultureel kapitaal: dit refereert aan de habitus. Hierin liggen besloten de achtergrond, de sociale klasse van een individu of de opleiding die iemand heeft genoten;
- sociaal kapitaal, dat naar connecties verwijst.

Als deze vormen van kapitaal erkend worden door de bewoners van een bepaalde wereld, gaan zij functioneren als symbolisch kapitaal. Het krijgt een bijzondere waarde toegekend, die leidt tot onderscheidingswinst voor het individu die erover beschikt. Dit wordt vaak reputatie of prestige genoemd (Bourdieu 1989e).

Door te erkennen dat kapitaal ook een andere dan een economische vorm kan aannemen, kunnen ook de structuur, dynamiek en praktijken van meer gedifferentieerde maatschappijen begrepen worden (Bourdieu & Wacquant 1992). Zo kunnen er in verschillende werelden specifieke belangen onderscheiden worden en een erkenning van de waarde van wat op het spel staat. Volgens Bourdieu bestaat er geen belangeloosheid, *disinterestedness*. De verschillende kapitaalbegrippen dienen er juist voor om andere belangen dan puur economische te begrijpen en op waarde te schatten: 'Even when they [practices] give every appearance of disinterestedness because they escape the logic of 'economic' interest (in the narrow sense) and are oriented towards non-material stakes that are not easy quantified, as in 'pre-capitalist' societies or in the cultural sphere of capitalists societies, practices never cease to comply with an economic logic' (Bourdieu 1990: 122).

Met de definitie van symbolisch kapitaal wordt het onderscheid tussen de verschillende begrippen kapitaal er niet eenvoudiger op. De essentie van symbolisch kapitaal is volgens Bourdieu juist dat het verhuult kapitaal te zijn, in tegenstelling tot economisch kapitaal. Hiermee wordt ook de strijd om dit kapitaal verhuuld. Met symbolisch kapitaal refereert hij, net als bij symbolisch geweld, aan een symbolisch systeem. Toch is hiermee de grens tussen bijvoorbeeld cultureel en symbolisch kapitaal niet eenvoudig aan te geven. De habitus als cultureel kapitaal verhuult immers ook kapitaal te zijn, omdat het zich voordoeft als een 'tweede natuur' (Elias 2001).

We gaan hier als volgt om met de grens tussen cultureel en symbolisch kapitaal: we beschouwen de habitus als cultureel kapitaal dat deelname aan het veld mogelijk maakt en vergemakkelijkt. Men kent immers de regels van het spel en past deze moeiteloos, onderbewust toe. De habitus is te beschouwen als het belichaamde vermogen van een persoon, een 'hebben' dat is veranderd in een 'zijn' (Bourdieu 1989b). De habitus verwijst zo naar het vermogen zich te gedragen, men is ermee een vanzelfsprekende inwoner van een bepaalde wereld. Zonder zou men een buitenstaander zijn.

Wanneer wordt cultureel kapitaal nu symbolisch kapitaal? Dit wordt symbolisch kapitaal als het binnen een wereld onderscheidingswinst oplevert; men beschikt over een waardevol geacht vermogen, dat mogelijk ook nog schaars is. Disposities vormen dan een bron van gezag. Vooral cultureel en sociaal kapitaal zijn voorbestemd om te functioneren als symbolisch kapitaal: ze worden miskend als kapitaal en erkend als authentieke individuele competenties. Dit hangt samen met de meer verborgen sociale condities van overdracht en verwerving van cultureel en sociaal kapitaal, zoals opleiding en het verkeren in bepaalde milieus. De waarde van symbolisch kapitaal wordt ook bepaald door de hoeveelheid tijd en energie die het kost om het te verwerven. Dit is kapitaal dat een individu zelf kan laten groeien door tijd te investeren in bijvoorbeeld een opleiding.

Onderwijskwalificaties of een academische titel vormen een geïnstitutionaliseerde gedaante van cultureel kapitaal. Ze vormen een 'certificate of cultural competence which confers on its holder a conventional, constant, legally guaranteed value with respect to culture.' (Bourdieu 1986: 248). Dit geformaliseerde gezag geeft toegang tot rechten, los van de verrichte productieve activiteit. Dit gezag bekrachtigt hiërarchieën en bevestigt machtsverhoudingen via de naamgeving van vakken en beroepen (Bourdieu 1989e).

Kapitaal krijgt vooral betekenis in de relaties met anderen. Het speelt een belangrijke rol bij solidariteit en strijd in het functioneren van een groep; daarnaast bepaalt kapitaal de gezagsverhoudingen en het leiderschap binnen een groep.

Solidariteit en strijd

In de interactie binnen een groep beïnvloedt kapitaal zowel de mate van solidariteit als van strijd. Het sociaal kapitaal van een individu hangt af van de omvang van het relationele netwerk dat hij kan mobiliseren en de waarde van dit netwerk: 'in other words, to membership in a group' (Bourdieu 1986: 248). Door in welke vorm dan ook deel uit te maken van een groep kunnen de leden terugvallen op het gezamenlijke kapitaal. Daardoor krijgen ze ook toegang tot belangrijke personen en informatie (Windolf 1981). Bepaalde kleding of attributen, zoals het dragen van een witte jas of een stethoscoop, kunnen ook tot dit kapitaal behoren, want zij verwijzen naar het lidmaatschap van een al of niet prestigieuze groep. De winst die het lidmaatschap van de groep oplevert, ligt aan de basis van de solidariteit binnen de groep (Bourdieu 1986).

De groep is op die manier het product van investeringsstrategieën, individueel en collectief, bewust en onbewust. Deze strategieën zijn erop gericht sociale relaties vast te leggen of te reproduceren; op een zeker moment kunnen die bruikbaar zijn. De leden van de groep kunnen investeren in de onderlinge relaties via uitwisseling, bijvoorbeeld van cadeaus of diensten. Die uitgewisselde zaken moeten in de groep een betekenis hebben, een teken zijn van wederzijdse kennis, het groepslidmaatschap erkennen en zo

de groep reproduceren. Door te spreken van investeringsstrategieën gaat Bourdieu uit van een economisch principe, waarbij het accent ligt op een strategisch doel. Het geven van cadeaus refereert meer aan affectieve relaties en een belangeloosheid van de gever, maar kan ook strategie zijn met een belangrijke functie voor de solidariteit (Komter 2003). Ook investeringsstrategieën worden volgens Bourdieu niet of nauwelijks doelbewust toegepast.

Reciprociteit is bij deze strategieën essentieel, maar schijnbare belangeloosheid verhoogt de waarde: 'the labour to conceal the function of the exchanges is as important as the labour needed to perform this function' (Bourdieu 1990: 112). Dit heeft wel een risico, dat de formele, contractuele uitwisseling niet heeft: zowel de ingeschatte waarde van een dienst als de tijd tussen de uitwisseling staat niet vast, waarmee ook de wederkerigheid onzeker wordt.

Onderlinge investeringen bevestigen tevens de grenzen van de groep, namelijk daar waar geen uitwisseling plaatsvindt. Het toetreden van een nieuw lid in de groep draagt altijd een risico in zich: de nieuwkomer kan de hele definitie van de groep, de grenzen en de identiteit, op het spel zetten (Bourdieu 1989c).

Hoewel de deelnemers in een bepaald veld investeringen en belangen delen, zijn de velden ook te beschouwen als strijdperken. In elk veld woedt een onafgebroken strijd om de verdeling van het specifieke en schaarse kapitaal om zo bepaalde posities te kunnen innemen. Net als dieren brengen ook mensen een rangorde aan in hun systemen: 'Human societies develop pecking orders just as chickens do, but both the process and the outcome are, of course, far more complex' (Schein 1992: 79).

Een gemeenschappelijke habitus voorkomt geen interne competitie, integendeel (Bourdieu 1990). Iedereen streeft naar het schaarse kapitaal en verschillen roepen jaloezie en competitie op. Inzet van de strijd binnen een veld is de groei van of zelfs het monopolie op het specifieke kapitaal binnen een veld (Bourdieu 1996). Daarbij zullen de monopoliebezitters gericht zijn op handhaving en nieuwkomers op ondermijning van de verdelingsstructuur van het specifieke kapitaal. Op alle velden kan de definitie van de inzet en van de troefkaarten op het spel worden gezet. Bourdieu spreekt van ketterij door nieuwkomers en orthodoxie door monopoliebezitters. Hij benadrukt echter dat ook aan deze strijd, hoewel minder zichtbaar, fundamentele gemeenschappelijke belangen ten grondslag liggen: alles wat samenhangt met het bestaan van het veld zelf. Juist de strijd veronderstelt een overeenstemming tussen de strijdende partijen 'over datgene wat de moeite van het bevechten waard is, hetgeen wordt teruggedragen naar het niveau van de vanzelfsprekendheid...' (Bourdieu 1989c: 173).

De deelnemers aan deze strijd oefenen op verschillende manieren macht uit. Bourdieu spreekt van daden van erkenning en miskenning (Bourdieu 1985). Deze

zijn erop gericht de eigen positie in een veld te versterken of te consolideren. Denigrerende opmerkingen en complimenten beschouwt hij als een zwakke vorm van machtsuitoefening, hoewel het effect mede zal afhangen van de positie die de maker van de uitspraak inneemt. Je bezit een krachtige vorm van macht als je officiële benoemingen kunt doen en dus bepaalt wie op welke positie terecht komt (Bourdieu 1985).

De verdeling van kapitaal en strijd tussen verschillende werelden plaatst Bourdieu in de context van een machtsveld. Hier heeft het begrip veld een andere betekenis. Een machtsveld bevat meerdere velden, die hun eigen kapitaalsverdeling kennen. In deze arena strijden de eigenaren van de verschillende soorten kapitaal met elkaar over welk kapitaal de overhand zal krijgen: ‘classes and other antagonistic social collectives are continually engaged in a struggle to impose the definition of the world that is most congruent with their particular interests’ (Bourdieu & Wacquant 1992: 14). Hij gebruikt dit bijvoorbeeld in zijn analyse van het onderwijssysteem, als hij de positie van hogere en lagere maatschappelijke klassen, afkomstig uit andere ‘werelden’ vergelijkt (Bourdieu 1996).

De strijd binnen een wereld gaat over hetzelfde kapitaal, terwijl in de strijd tussen verschillende werelden de eigenaren van verschillende soorten kapitaal strijden over welk kapitaal en welke logica – het legitimerend principe van een specifieke wereld – zal domineren, en daarmee welke wereld. Het kan bijvoorbeeld gaan om de waarde van rivaliserende soorten kapitaal, zoals het economisch en het cultureel kapitaal.

Gezagsverhoudingen en leiderschap

Leidinggeven kan beschouwd worden als het vermogen om de interactie te beïnvloeden (o.a. Goudsblom 2001), en daarmee ook als het uitoefenen van macht. Over leiderschap heeft Bourdieu niet veel geschreven, maar hij gebruikt zijn begrip kapitaal om manieren van domineren te beschrijven (Bourdieu 1990).

De verschillende soorten kapitaal dwingen als bronnen van macht gezag af. Ze zijn belangrijk voor de positie die een individu inneemt in een veld en hiermee ook voor de hiërarchie: het individu met een hoge positie in een groep kan meer invloed uitoefenen dan iemand met een lagere positie. Bourdieu spreekt in zijn studie van de Kabylen over de *wise men of the great* en over de *spokesmen*.

De *spokesman* is verbonden met sociaal kapitaal: ‘Elke groep kent min of meer geïnstitutionaliseerde vormen van delegatie waardoor zij de totale hoeveelheid sociaal kapitaal die de basis vormt van het groepskapitaal (...) in handen kan leggen van een enkele actor of een kleine groep van actoren, en om deze gevolmachtigde, uitgerust met de *plena potestas agendi et loquendi*, in staat te stellen de groep te vertegenwoordigen, te spreken en te handelen in haar naam’ (Bourdieu 1988: 23-24). De groep

stelt een *spokesman* in staat macht uit te oefenen met behulp van dit groepskapitaal, maar deze macht staat in geen verhouding tot zijn persoonlijke bijdrage. De groep delegeert en de leider vertegenwoordigt de groep, die als het ware via hem handelt en spreekt. Belangrijk is wel dat deze *spokesman* door de groep als zodanig erkend en aangewezen is. Een belangrijke functie van deze gemachtigde is het vrijwaren van de groep van diskrediet door namens de groep lastige individuen uit te stoten (Bourdieu 1989b).

Paradoxaal daarbij is dat de gemachtigde persoon óver, en soms zelfs tégen de groep macht kan uitoefenen, die hij juist dānkzij de groep gekregen heeft. Deze in potentie grote macht kan ook een bedreiging vormen voor het groepskapitaal. Daarom moet zorgvuldig omgegaan worden met het toetreden van nieuwe leden tot de groep. Een nieuw lid kan zich opwerpen als vertegenwoordiger van de groep als geheel en daarmee het recht verkrijgen het sociale kapitaal van de hele groep in te zetten (Bourdieu 1989b).

Bij de Kabylen is de functie van *spokesmen* niet erg geliefd: het is meer een corvee en levert niet echt prestige op. De *wise men* daarentegen ontlelen hun gezag aan cultureel kapitaal, de habitus (Bourdieu 1990). Anders dan het economisch of sociaal kapitaal van de *spokesman*, kan het cultureel kapitaal – de habitus – van de *wise man* niet onmiddellijk worden overgedragen. De habitus als cultureel kapitaal verschaft iemand het vermogen naar zich te laten luisteren, geeft hem autoriteit en vormt zo een bron van gezag (Bourdieu 1989d: 97). Ook hier zien we dat cultureel en symbolisch kapitaal weer door elkaar heen lopen. *Wise men* ontlelen hun gezag aan de habitus. Hun cultureel kapitaal verschaft onderscheidingswinst en functioneert daarmee als symbolisch kapitaal. Deze wise men krijgen zonder officieel mandaat gezag. De groep herkent in hen de groepswaarden, zowel door hun voorbeeldgedrag als hun interventies bij geschillen (Bourdieu 1990).

2.4 Onderzoeksontwerp; overwegingen en keuzes

In deze paragraaf gaan we eerst in op de keuze voor Bourdieu en positioneren we hem in het wetenschappelijke veld (paragraaf 2.4.1).

Voor dit onderzoek zijn kwalitatieve methoden gebruikt om data te verzamelen. Kwalitatief verwijst naar kwaliteiten in de zin van eigenschappen, hoedanigheden, karakteristieken: ‘Qualitative research methods are strategies for the systematic collection, organisation, and interpretation of textual material obtained from talk or observation, which allow the exploration of social events as experienced by individuals in their natural context’ (Malterud 2001). In paragraaf 2.4.2 gaan we in op de overwegingen bij de keuze van de onderzoekssetting als de *natural context* en in paragraaf 2.4.3 op keuzes van de gebruikte methoden om deze te exploreren.

2.4.1 De keuze voor Bourdieu

'Theorie zonder empirisch onderzoek is leeg, empirisch onderzoek zonder theorie is blind.'

(Bourdieu 1989a: 53)

Er zijn verschillende argumenten om expliciet te kiezen voor het gedachtegoed van deze Franse socioloog. Een veronderstelling die tot de onderzoeksvraag leidde, is het idee dat het socialisatieproces een belangrijke verklarende factor is voor de vraagstukken rond het leiderschap van het afdelingshoofd. Het concept van de habitus verwijst naar dit socialisatieproces, naar het resultaat ervan en naar de wisselwerking met het veld waarin de habitus gevormd wordt. Het is daarmee een dynamisch concept.

Bourdieu verwijt zijn collega-onderzoekers onder andere dat ze zijn concepten geïsoleerd gebruiken (Bourdieu & Wacquant 1992). Hij vindt juist de verbondenheid met zijn andere concepten, veld en kapitaal, cruciaal. 'One does not have to choose between structure and agents, between the field, which makes meaning and value of the properties in the space of play thus defined, or between positions in a space of resources and the socialized urges, motives, and 'intentions' of their occupants.' (geciteerd in Bourdieu & Wacquant 1992: 23). Juist de combinatie van concepten sluit aan bij de verschillende aspecten van het vraagstuk in dit onderzoek. Wat is hiërarchie en gezag (kapitaal) in deze wereld (veld), welke spelregels gelden er (omgangsvormen in de groep op basis van de habitus en de rol van leiderschap) en hoe is de wisselwerking met andere werelden? Door die combinatie kunnen meerdere niveaus van analyse verbonden worden.

Voor zover wij weten, is de combinatie van Bourdieu's concepten in het onderzoek van organisaties en professionele werelden nog betrekkelijk weinig gebruikt (Emirbauer & Johnson 2004). Een extra uitdaging om de waarde ervan nader te onderzoeken.

In paragraaf 2.3 bespraken we het conceptuele model waarmee Bourdieu de sociale wereld bestudeert. Een conceptueel model is een 'mental image or framework that an investigator brings to bear on the researchproblem' en de keuze voor het model is misschien te beschouwen als de meest strategische die een onderzoeker maakt (Van de Ven 2001: 402-403). Het bepaalt de manier waarop informatie verzameld wordt om het gesignaleerde probleem te onderzoeken. Informatie is hiermee niet los te zien van de manier waarop we die kennis verkregen hebben.

Er kunnen verschillende paradigma's ten grondslag liggen aan het conceptuele model dat een onderzoeker kiest. Guba en Lincoln definiëren een paradigma als 'the basic belief system or worldview that guides the investigator, not only in choices of method but in ontologically and epistemologically fundamental ways' (Guba & Lincoln 1994: 105). Een paradigma is te beschouwen als een overtuiging en moet geaccepteerd wor-

den als aanname. Deze kan niet bewezen worden, hoe goed ook beargumenteerd. We zouden het de wetenschappelijke dispositie van de habitus van een onderzoeker kunnen noemen. Het paradigma gaat over de manier waarop de onderzoeker de werkelijkheid waarneemt en waardeert en over de ontologische vraag: wat is de aard van de werkelijkheid? Het heeft ook betrekking op de epistemologische vraag, op de wijze waarop de onderzoeker zich tot de werkelijkheid verhoudt en hoe hij deze kan kennen. Tot slot geeft een paradigma richting en zet het aan tot praktijken en methoden: de wijze waarop kennis over de werkelijkheid wordt verkregen. Het bepaalt hoe de methodologische vraag wordt beantwoord.

Guba en Lincoln onderscheiden globaal vier verschillende wetenschapsparadigma's, op basis van de verschillende antwoorden op deze drie vragen (Guba & Lincoln 1994: 109):

Basic beliefs (Methaphysics) of Alternative Inquiry Paradigms:

ITEM	POSITIVISM	POSTPOSITIVISM	CRITICAL THEORY ET AL.	CONSTRUCTIVISM
<u>ONTOLOGY</u>	Naïve realism- 'real' reality but apprehendable	critical realism- 'real' reality but only imperfectly and probabilistically apprehendable	historical realism- virtual reality shaped by social, political cultural, economic, ethnic, and gender values; crystallized over time	relativism- specific constructed realities
<u>EPISTEMOLOGY</u>	dualist/ objectivist; findings true	modified dualist/ objectivist; critical tradition/community; findings probably true	transactional/ subjectivist; value- mediated findings	transactional/ subjectivist; created findings
<u>METHODOLOGY</u>	experimental/ manipulative; verification of hypotheses; chiefly quantitative methods	modified experi- mental/manipulative; critical multiplism; falsification of hypotheses; may include qualitative methods	dialogic/dialectical	hermeneutical/ dialectical

Bron: Guba & Lincoln 1994: 109

We gaan hier kort in op Bourdieu's plaats in het wetenschappelijke veld.

Hij liet zich niet graag in hokjes indelen. Hij baseerde zich op een ontologie die 'refuses to split object and subject, intention and cause, materiality and symbolic representation (...) and seeks to overcome a reductionistic sociology by means of a genetic structuralism capable of subsuming both {the objectivist physics of material structures and the constructivist phenomenology of cognitive forms}...' (Bourdieu & Wacquant 1992: 5). Hij noemde zijn concepten expliciet *tools* en sprak over zijn sociologische methode als *modus operandi* en niet als *opus operatum* (Bourdieu & Wacquant 1992).

Hij beschouwde zichzelf niet als een theoreticus. Jenkins vindt hem daarin te bescheiden: 'Bourdieu's intellectual project is longstanding, relatively coherent and cumulative. It amounts to nothing less than an attempt to construct a theory of social practice and society' (Jenkins 1992/2002: 67). Bourdieu wilde met zijn *theory of practice* een structuralistische en een constructivistische benadering ineenweven. Zo gaat hij heen om de antinomie tussen subjectivisme en objectivisme – die hij als schijnbaar beschouwt – en hoeft hij niet te kiezen tussen micro- en macroanalyse.

Essentieel in zijn theorie is dat de sociale wereld wordt gekenmerkt door structuren die als het ware een dubbelleven leiden, met een objectiviteit van de eerste en de tweede orde. De objectiviteit van de eerste orde betreft de externe structuren van een veld die bepaald worden door de verdeling van materiele bronnen en de manier waarop sociaal schaarse goederen van waarde verkregen worden (kapitaal). Hierin sluit hij meer aan bij het objectivistisch, structuralistisch paradigma, terwijl de objectiviteit van de tweede orde – de interne structuur of *habitus* – verwijst naar het subjectivistische, constructionistische paradigma. De *habitus* wordt gevormd door schema's van waarneming en waardering die richting geven aan het handelen (disposities van de *habitus*) en heeft betrekking op een sociale werkelijkheid die individuen in het dagelijks leven steeds weer met elkaar creëren.

Een ander belangrijk funderingsprincipe van Bourdieu's *theory of practice* is de verbinding tussen deze sociale, externe en mentale, interne structuren. De structuren zijn homolog, omdat ze in ontstaanswijze met elkaar verbonden zijn. De *habitus* als interne structuur is niets anders dan de belichaming van de externe structuur (Bourdieu & Wacquant 1992). Bovendien vervult deze verbinding tussen sociale en mentale structuren een cruciale politieke functie: 'Symbolic systems are not simply instruments of knowledge, they are also instruments of domination' (Bourdieu & Wacquant 1992: 13). De sociale orde – de externe structuur – wordt bestendigd door de orkestratie die op basis van de interne structuur – de *habitus* – plaatsvindt. Deze orkestratie is in overeenstemming met de heersende orde en daarmee met de belangen van degenen die deze domineren. De *habitus* spiegelt niet alleen bestaande sociale relaties, maar draagt bij aan het scheppen ervan.

Met elk hun eigen classificatiesystemen trachten verschillende groepen een definitie van de wereld op te leggen die het beste past bij hun belangen. Daarom is ook de sociologie niet waarde vrij en kan zij politieke functies vervullen: 'the sociology of knowledge or of cultural forms is eo ipso a political sociology, that is, a sociology of symbolic power.' (Bourdieu & Wacquant 1992: 14). Ze is niet alleen als kennisinstrument te beschouwen, maar ook als instrument om te domineren. Dit verwijst naar het paradigma van de *critical theory*.

Gezien zijn vertrouwen in een onderliggende basis van sociale realiteit, plaatst bijvoorbeeld Jenkins Bourdieu toch meer in een 'objectief gefundeerd' paradigma, Bourdieu's eigen visie ten spijt: 'There is the invisible world of what goes on in people's heads, what they think, and then there is the social world outside them, the world in which history, social structure and unifying pattern are to be found. This latter is, for Bourdieu, the 'real' world; 'objective' is, therefore, a gloss of true. These are distinctions which lie in the nature of things' (Jenkins 1992/2002: 52).

In zekere zin kan Bourdieu volgens Wacquant ook wel als modernist bestempeld worden, omdat hij geloofde in de mogelijkheid en wenselijkheid van een wetenschappelijke waarheid: 'I defend science and even theory when it has the effect of providing a better understanding of the social world.' (Bourdieu & Wacquant 1992: 47).

Wij willen hiermee aangeven dat Bourdieu niet eenduidig in een wetenschappelijk paradigma te plaatsen is.

Volgens Bourdieu heeft de sociologie tot taak: 'to uncover the most profoundly buried structures of the various social worlds which constitute the social universe, as well as the 'mechanisms' which tend to ensure their reproduction or their transformation' (Bourdieu & Wacquant 1992: 7). Dat wij de diepst begraven structuren van de medische sociale wereld in dit onderzoek zullen blootleggen, willen we niet beweren. Wel willen we bezien hoever het gedachtegoed van Bourdieu ons brengt. Het biedt dit onderzoek een mentaal model om de sociale medische wereld en het ziekenhuis als organisatie te bestuderen.

In de volgende paragraaf beschrijven we de kansen en beperkingen van de onderzoekssetting.

2.4.2 De onderzoekssetting: kansen en beperkingen

In de inleiding van dit hoofdstuk beschreven we de onderzoekssetting, een universitair medisch centrum (UMC). Deze setting biedt kansen en beperkingen.

De habitus als interne structuur en de relatie met leiderschap verradt zich niet direct, maar wordt zichtbaar in de praktijk. Een universitair medisch centrum is geschikt als onderzoekssetting omdat het zicht biedt op verschillende praktijken. Daar kunnen we het leiderschap van het afdelingshoofd van verschillende kanten benaderen en op verschillende niveaus de deelvragen onderzoeken. Hoe ziet de medische habitus eruit?

Hoe beïnvloedt deze de gezagsverhoudingen en omgangsvormen binnen en tussen medische stafgroepen? Hoe beïnvloedt de habitus het leiderschap en de relatie van de medische wereld met de managementwereld?

De keuze voor één onderzoekssetting, die niet vergeleken wordt met andere medische centra en ziekenhuizen, heeft voor- en nadelen. Een voordeel is de grotere diepgang door de mogelijkheden rijk materiaal te verzamelen. Zo konden verschillende stafgroepen en afdelingshoofden in het onderzoek betrokken worden. Ook konden we optimaal gebruik maken van de werkpraktijk en bekendheid van de adviseur; deze leverde een schat aan empirisch materiaal op.

Een nadeel kan zijn dat de bevindingen beperkter algemeen geldig zijn. Zo zijn in alle universitaire medische centra de specialisten in dienstverband, terwijl in de meeste algemene ziekenhuizen de specialisten vrijgevestigd zijn. Geld speelt hier een rol en kan ook het functioneren van groepen beïnvloeden. Dit nadeel is in verschillende opzichten betrekkelijk. De medische cultuur vertoont in tijd en plaats veel onderlinge overeenkomsten. Dat komt doordat het socialisatieproces overal op vergelijkbare wijze plaatsvindt. Daarnaast betrokken we verschillende stafgroepen en afdelingshoofden in het onderzoek. Die laatste hadden bovendien vaak ook een carrière in andere ziekenhuizen achter de rug. Verschillen met andere ziekenhuizen lijken gradueel te zijn, of samen te hangen met de organisatiestructuur. We verwachten daarom dat de inzichten uit ons onderzoek een algemene reikwijdte zullen hebben en ook relevant zullen zijn in andere settings met medische of andere professionals.

De rol als adviseur, gestationeerd binnen een centrale stafafdeling, werd afgebakend van die als onderzoeker. In de eerste fase, bij het uitdenken van de onderzoeksvraag, is toestemming gevraagd en gekregen van de toenmalige voorzitter van de raad van bestuur. Toen de definitieve opzet gereed was, is deze besproken met de nieuwe voorzitter van de raad van bestuur, die opnieuw groen licht gaf. Hierna zijn alle (onder-)afdelingshoofden schriftelijk geïnformeerd over de opzet van het onderzoek en over een waarborg voor vertrouwelijkheid. Op een bijeenkomst van het stafconvent presenteerde de onderzoeker de opzet.

De deelname aan het onderzoek van de betrokken afdelingshoofden werd apart besproken. Hierover gaat ook de volgende paragraaf. De bekendheid van de onderzoeker in de organisatie maakte de toegang tot de verschillende bronnen zeer laagdrempelig. De bereidheid tot medewerking was steeds groot.

De beschreven kansen en beperkingen hebben mede de keuze beïnvloed voor de verschillende methoden waarop het empirisch materiaal verzameld werd.

2.4.3 Keuze voor methoden

We hebben triangulatie van onderzoeksmethoden nagestreefd. Dit geeft meer en rijkere data. Bovendien kunnen door een combinatie van verschillende methoden deelas-

pecten van een probleem beter onderzocht worden en eventuele zwakheden van de verschillende methoden gecorrigeerd worden (Hutjes & Van Buren 1992).

De drie bronnen voor empirische data in dit onderzoek zijn **observaties, interviews en interactieve discussiegroepen**. Een belangrijk uitgangspunt bij het kiezen van de verschillende methoden was het aansluiten bij praktijken. Disposities openbaren zich immers niet rechtstreeks maar ‘verraden’ zich in het handelen, in de manier waarop gezag, omgangsvormen en leiderschap in de praktijk beïnvloed zijn door de habitus.

Door het verrichten van **observaties** beoogden we zicht te krijgen op verschillende praktijken waarbij het afdelingshoofd betrokken is. Hier openbaren zich de *theories-in-use* in tegenstelling tot de *espoused-theories*, zoals die naar voren komen in interviews (Argyris 1992/1999). Er zijn voor de observaties vooral interactiemomenten gekozen van het afdelingshoofd met collegae, vertegenwoordigers van het management en andere medewerkers. In *face to face* contacten wordt de wisselwerking tussen de medische habitus en leiderschap in gedrag en omgangsvormen zichtbaar, zowel in de medische wereld als in de interactie met de managementwereld. Door deze focus komt de patiënt meestal niet direct in beeld, behalve bij de visite.

Het afnemen van **interviews** diende verschillende doelen.

Een eerste ronde interviews werd afgenomen rond de observaties. Deze interviews werden gebruikt om bij het afdelingshoofd door te kunnen vragen over de observaties. Daarnaast wilden we contrast aanbrengen door ook andere betrokkenen te interviewen, zoals stafleden, assistenten en niet-medische managers. In de gesprekken werd niet alleen doorgevraagd over de observaties, maar kwamen ook vaste onderwerpen aan de orde, gerelateerd aan de onderzoeksvraag.

Een derde onderwerp betrof de relatie van de medische habitus en eventuele gezagsverhoudingen tussen de verschillende specialismen. De geïnterviewden is gevraagd een rangorde van alle klinische MSRC (Medisch Specialisten Registratie Commissie) erkende specialismen te maken. Met die rangorde wilden we inzicht krijgen in de criteria die verwijzen naar opvattingen binnen de medische habitus over wat wel en niet van waarde wordt geacht. De criteria mochten de geïnterviewden dan ook zelf bepalen, maar zij werden wel verzocht deze te expliciteren (zie verder hoofdstuk 4: de medische habitus en het functioneren van de groep). Zo wilden we inzicht krijgen in verschillen en overeenkomsten in opvattingen over subvelden van specialismen. Bovendien kan inzicht in de oorzaken van gezagsverhoudingen tussen de verschillende specialismen mogelijk iets zeggen over de kansen op samenwerking of strijd.

Een tweede ronde interviews vond plaats met alle medische afdelingshoofden en onderafdelingshoofden over het voeren van functionerings- of jaargesprekken. Deze gesprek-

ken zijn een instrument dat vanuit de managementwereld in de professionele, medische wereld is ingebracht (Oakes e.a. 1998, Townley 1997, zie ook hoofdstuk 1, par. 3.1). Daarnaast bestond er veel aandacht in de media voor het fenomeen ‘functioneringsgesprekken met medisch specialisten’ (Visser 2005, KNMG 2005). Vanwege de ruime ervaring van (onder-)afdelingshoofden in deze organisatie met dit instrument, besloten wij te onderzoeken op welke wijze afdelingshoofden dit hanteren.

Begeleide intervisiebijeenkomsten met afdelingshoofden als een variant van **interactieve discussiegroepen** vormen de derde methode van dataverzameling. Balogun breekt een lans voor interactieve discussiegroepen als methode van dataverzameling. De groepsdynamiek geeft inzichten die gewoonlijk niet in individuele interviews naar boven komen. Dit komt doordat de onderbewuste en bewuste herinnering van de deelnemers worden geactiveerd en doordat deelnemers elkaar op inconsistenties kunnen wijzen die de interviewer niet signaleert. De openheid is mogelijk groter omdat men onder gelijken is en de onderzoeker in de ‘minderheid’ is. Daarbij kunnen het vertellen van verhalen en *critical incident* analyse de *practice-based tacit knowledge* exploreren (Balogun e.a. 2003). Focusgroepen worden bij deze onderzoeksstrategie vaak gebruikt. Al deze argumenten pleiten ook voor het gebruik dat we maakten van intervisie, ofschoon het gebruiken van materiaal uit intervisiebijeenkomsten niet eerder is beschreven, voor zover wij weten. De intervisiebijeenkomsten hadden als thema vraagstukken in het leiderschap. Zo leverden deze bijeenkomsten belangrijke data op over kwesties als: wat vinden afdelingshoofden lastig, welk type casus en welke thema’s komen aan de orde? Welke strategieën worden gekozen? Welke interacties zien we tussen hen als collegae? Uiteraard wordt tijdens intervisie vooral gepraat over de praktijk, *espoused-theories*, maar toch vindt ook de eventuele correctie en relativering van deelnemers onderling plaats waarover Balogun spreekt. Intervisiebijeenkomsten geven in ieder geval zicht op al of niet gedeelde verhalen en ervaringen uit de praktijk, opvattingen en gekozen strategieën in het leiderschap. De vorm – praten in een groep collegae over een lastige casus – ligt dicht bij vakinhoudelijke praktijken, zoals patiëntenbesprekingen (zie hoofdstuk 3) en is zo te beschouwen als een praktijk op zich. Bovendien namen alle geobserveerde afdelingshoofden deel aan deze intervisiebijeenkomsten, zodat ook op deze wijze de relatie met het handelen in de praktijk gelegd kon worden en het effect van de triangulatie van methoden nog werd versterkt.

Naast deze empirische methoden zijn ook documenten uit de organisatie als bronmateriaal gebruikt. De belangrijkste documenten zijn het bestuursreglement (herziene versie 2005), het reglement stafconvent en jaarverslagen van de organisatie.

In de volgende paragraaf beschrijven we hoe we de data uit de drie verschillende bronnen van het empirisch materiaal hebben gegenereerd.

2.5 Dataverzameling

De werkwijze van intervisie beschrijven we omvangrijker dan die van de observaties en interviews. Dat heeft alleen te maken met de werkwijze zelf en staat los van het aandeel aan het geheel.

De bevindingen die we in de volgende hoofdstukken bespreken, hebben we waar mogelijk geïllustreerd met ongecensureerde fragmenten uit de verschillende bronnen. De beoordelingen en interpretaties van de onderzoeker worden op die manier beter toetsbaar en navolgbaar.

Bij de citaten is omwille van de leesbaarheid de spreektaal soms aangepast. Zo zijn kromme zinnen die afleiden van de boodschap weggelaten en niet-relevante tussenvoegsels en onafgemaakte zinnen van andere sprekers weggelaten. Een andere reden om de citaten aan te passen is het nastreven van anonimiteit. Dit betekent dat het geslacht vaak is veranderd. Voor afdelingshoofden wordt om deze reden altijd de mannelijke vorm gebruikt, net als in de overige tekst. Ook om die reden zijn de verschillende specialismen meestal niet herkenbaar in het fragment. Meerdere fragmenten kregen om deze reden dan ook geen plek, hoe illustratief zij ook waren: de anonimiteit was niet gewaarborgd.

2.5.1 Observaties

De te observeren specialismen zijn bewust geselecteerd (Pope & Mays 2000). Eén uitgangspunt was dat er verschillen konden bestaan tussen snijdende, facilitaire en meer beschouwende specialismen (Kruijthof 2005). In schema zijn de verschillende specialismen volgens deze indeling gerangschikt. Wegens de aard en geschiedenis van de psychiatrie is deze in het schema buiten beschouwing gebleven:

BESCHOUWENDE SPECIALISMEN

cardiologie
klinische geriatrie
dermatologie
gastro-enterologie
inwendige geneeskunde
neurologie
kindergeneeskunde
longziekten
reumatologie

SNIJDENDE SPECIALISMEN

cardiothoracale chirurgie
KNO
neurochirurgie
obstetrie en gynaecologie
oogheelkunde
orthopedie
plastische chirurgie
chirurgie (algemene)
urologie

ONDERSTEUNENDE SPECIALISMEN

anesthesie
klinische genetica
microbiologie
nucleaire geneeskunde
pathologie
radiologie
radiotherapie
revalidatiegeneeskunde

Bron: Van der Velden (2002)

Een ander onderscheid is dat tussen onervaren en meer ervaren afdelingshoofden: een

mogelijke conversie van de habitus van een afdelingshoofd zou enige tijd, of zelfs jaren, kunnen vergen.

Op basis van deze criteria zijn er zes afdelingshoofden geselecteerd, mede in overleg met de toenmalige voorzitter van het stafconvent: van elk type specialisme – snijdend, beschouwend en facilitair – selecteerden we een onervaren en een ervarener afdelingshoofd. Eenmaal wilde een afdelingshoofd om persoonlijke redenen niet deelnemen aan een observatie. Wel was hij betrokken in een intervisiebijeenkomst. Een zelfde type afdelingshoofd werd benaderd en ging akkoord.

Na afloop van het verzamelen van alle data en na de eerste analyse zijn nog observaties verricht van patiëntenbesprekingen bij een - snijdend - specialisme om te zien of dit nog nieuwe inzichten opleverde. Dit was niet het geval. Wel leverde het een nuance op in het verschil tussen snijdende en beschouwende specialismen.

In de voorbereiding van een observatie werd samen met het afdelingshoofd een periode van één tot twee weken gekozen. Voor aanvang lichtte het afdelingshoofd betrokken stafleden en management in over de observatie. In de afgesproken periode werd geobserveerd op momenten waar het afdelingshoofd *face tot face* interactie had zoals overdracht, visite, patiëntenbesprekingen, onderzoeksbesprekingen, stafvergadering, operaties, individuele afspraken met assistenten, staf, een directeur, divisiebestuur of een onderzoeker. De verschillende betrokkenen gaven bijna altijd toestemming om erbij aanwezig te zijn. Een enkele keer werd toestemming geweigerd: door een staflid bij een 'jaargesprek'; door verpleging bij een gesprek over samenwerking tussen staf en verpleging; en door enkele stafleden voor een stafvergadering.

De observaties betreffen dus zowel één op één afspraken van het afdelingshoofd als groepsbesprekingen en contacten met het management. Er is bijvoorbeeld geen polikliniek van een afdelingshoofd bijgewoond en geen momenten waarop een afdelingshoofd alleen op zijn kamer een wetenschappelijke presentatie aan het voorbereiden is, of zijn e-mail beantwoordt.

De onderzoeker was aanwezig als observator en werd meestal aangekondigd als onderzoeker, organisatiekundige, soms tevens collega, maar ook een variant als *personal coach* kwam voor. De ter plekke gemaakte aantekeningen werden zo kort mogelijk na de observatiemomenten uitgewerkt, in het algemeen binnen een dag.

2.5.2 Interviews

De interviews vonden in twee ronden plaats. In de eerste ronde werden ze afgenomen rond de observaties. Onderwerpen van deze interviews waren zowel de observaties zelf als een aantal algemene topics. Deze bespreken we eerst. Daarop volgde een tweede ronde interviews met alle (onder-) afdelingshoofden. Deze interviews gingen over de jaargesprekken, als voorbeeld van de introductie van een managementinstrument in de medische wereld.

Interviews rond observaties

De interviews vonden plaats met negenentwintig personen die bij de observaties betrokken waren. Naast het afdelingshoofd twee stafleden per observatie en één assistent in opleiding (eenmaal twee). We selecteerden de andere betrokkenen in overleg met het afdelingshoofd, met als criterium: één staflid die het afdelingshoofd kort en één die hem al langer meemaakt in zijn rol als leidinggevende. Daarnaast spraken we met het betrokken management, bijvoorbeeld de directeur van een divisie.

Dit gaf de volgende verdeling van personen te zien:

Afdelingshoofden	6
Stafleden	12
Artsassistenten	7
Niet medische managers	<u>4</u>
TOTAAL	29

In semi-gestructureerde interviews kwamen verschillende onderwerpen aan de orde (zie bijlage II). Daarnaast gingen we nader in op een aantal waarnemingen van de observatie. Tot slot werd de geïnterviewden gevraagd een rangorde van medisch specialismen te maken. Dit laatste vroegen we alleen aan de medici (vijfentwintig personen).

De interviews varieerden in duur van drie kwartier tot twee uur. Tijdens het gesprek werden aantekeningen gemaakt, die dezelfde dag nog uitgewerkt werden.

De vertrouwelijkheid kwam expliciet aan de orde. De betrokkenen rond het afdelingshoofd vonden vooral de waarborg van vertrouwelijkheid van gegevens ten opzichte van het afdelingshoofd van belang. Ze kregen de verzekering dat de persoonlijke gegevens uit deze gesprekken niet met het afdelingshoofd besproken zouden worden. Dit leken deze betrokkenen in het algemeen te accepteren: zowel positieve als kritische punten naar afdelingshoofd en organisatie werden genoemd.

Interviews over de jaargesprekken

Aan het eind van de onderzoeksperiode maakten we nog een ronde langs alle klinische (onder-) afdelingshoofden uit het UMC over het voeren van jaargesprekken. We beschouwen deze gesprekken als een instrument uit de managementwereld en onderzochten in de interviews de ervaringen met het gebruik hiervan in de medische wereld. De besproken onderwerpen staan in bijlage II. Bijlage III bevat een gecomprimeerde weergave van het officiële formulier voor deze gesprekken.

Deze ronde interviews met onder- en afdelingshoofden vond plaats met 43 personen, zie schema:

Afdelingshoofden (waarvan 7 tevens divisievoorzitters)	27
Onderafdelingshoofden	<u>16</u>
TOTAAL	43

De interviews duurden dertig minuten tot een uur. De tijdens het gesprek gemaakte aantekeningen werden dezelfde dag nog uitgewerkt. Alle betrokken klinische (onder)afdelingshoofden deden mee aan deze ronde, zonder kanttekeningen te plaatsen bij de vertrouwelijkheid.

2.5.3 Interactieve discussiegroepen

Meno: *And how will you enquire, Socrates, into that which you do not know? What will you put forth as the subject of enquiry? And if you find what you want, how will you ever know that this is the thing which you did not know? (...)*

Socrates: *And I, Meno, like what I am saying. Some things I have said of which I am not altogether confident. But that we shall be better and braver and less helpless if we think that we ought to enquire, than we should have been if we indulged in the idle fancy that there was no knowing and no use in seeking to know what we do not know; – that is a theme upon which I am ready to fight, in word and deed, to the utmost of my power.'*

(Uit: Meno, door Plato (380 B.C.E.), vertaald door Benjamin Jowett)

De intervisiebijeenkomsten werden gestart als een vervolg op een tweedaagse workshop leidinggeven, waaraan de meeste afdelingshoofden hadden deelgenomen. In de evaluatie gaf een groot deel van de deelnemers aan dat het hen zeer goed bevallen was 'met een groep gelijkgestemden over dezelfde ervaren problemen te praten'. Vanuit een theoretisch perspectief leek het ook een zinnige stap. Intervisie wordt als leermethode vooral gekenmerkt door reflectie op het professioneel handelen en op achterliggende 'verborgen bestuurders', met name onbewuste, die hieraan ten grondslag liggen (Ooa 2002/2003). Intervisie zou daarom een rol kunnen spelen bij een conversie van de habitus. Op deze manier draagt intervisie mogelijk ook bij aan de socialisering tot afdelingshoofd (Guthrie 1999). Ook Schön wijst op het belang van reflectie van professionals (Schön 1983/1999).

Het starten van intervisie met groepen afdelingshoofden was zo een mes dat aan twee kanten sneed. Het sloot het aan bij de wens van afdelingshoofden zelf en was onderdeel van een ontwikkelingstraject op maat om deze groep bij het leidinggeven te ondersteunen. Daarnaast vormde het materiaal van de intervisiebijeenkomsten een bron van data. Vraagstukken rond het leidinggeven van het afdelingshoofd en mogelijke strategieën om hiermee om te gaan stonden steeds centraal.

Het faciliteren van intervisiegroepen met afdelingshoofden hoort tot het reguliere werk van de onderzoeker/adviseur. Daarom vond geen speciale selectie plaats, behalve dan dat de groepen die aan het onderzoek meededen, alleen uit klinische afdelingshoofden bestonden. Afdelingshoofden die aan intervisie wilden deelnemen, werden afhankelijk van agendamogelijkheden in een groep geplaatst. Ze konden aangeven of ze met bepaalde collegae absoluut niet in een groep wilden. Hier werd rekening mee gehouden. Dit was zelden het geval. Soms wilde men niet met collegae uit dezelfde divisie een groep vormen, maar soms werd dit juist als voordeel gezien.

Vooraf kreeg ieder individueel inhoudelijke informatie over de intervisie en werd de deelname aan het onderzoek besproken. Bij de start van de eerste bijeenkomst werd opnieuw toestemming gevraagd en door iedereen gegeven. Sommigen vonden het wel aardig nu zelf eens onderwerp van onderzoek te zijn. Een afdelingshoofd merkte op: 'Ik vind het haast noodzakelijk hier wetenschappelijk onderzoek naar te doen, zodat de ervaringen en kennis behouden blijven voor de organisatie.'

De intervisie vond plaats in vaste groepen van vijf, eenmaal zes, personen onder leiding van de adviseur/onderzoeker die als facilitator methoden introduceerde, het groepsproces bewaakte en de bijeenkomsten structureerde. Er werden vijf groepen met in totaal 26 deelnemers gevormd, die samen 34 keer bij elkaar kwamen. Aanvankelijk waren er 27 deelnemers, maar één afdelingshoofd verliet de organisatie na twee bijeenkomsten en daarom ook de groep. Wel is zijn casus opgenomen in de data. Drie groepen hadden een aparte evaluatiebijeenkomst, bij een vierde groep viel die binnen een bijeenkomst met een casusbespreking. Een andere groep, die door wilde gaan als intervisiegroep, heeft niet geëvalueerd: wel was er een expliciete beslissing om door te gaan met deze groep.

In totaal werden vijfenveertig casus besproken. Dit is inclusief de huiswerkcasus – *critical incident* – die werd gebruikt in de startbijeenkomst. De huiswerkcasus was uiteindelijk soms dezelfde als de later ingebrachte casus.

In schema:

GROEP	AANTAL DEELNEMERS	AANTAL BIJEENKOMSTEN	AANTAL CASUS
I	5	7	7
II	6	8	11
III	5	7	8
IV	5	6	9
V	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>10</u>
TOTAAL	26	34	45

Een startbijeenkomst diende vooral als kennismaking. Men kreeg voorafgaand aan die

bijeenkomst een brief met een huiswerkopdracht (beschrijf een critical incident), inclusief een folder met informatie over de intervisie (zie bijlage IV).

Het programma van de startbijeenkomst zag er als volgt uit:

- inleiding facilitator over intervisie, feedback en methoden. Afspraken maken over procedure, vertrouwelijkheid, spelregels en deelname aan het onderzoek.
- kennismaking aan de hand van de *critical incidents* (de huiswerkopdracht).
- bespreking van de vragen: wat is lastig in het leidinggeven? Wat is een goed afdelingshoofd?

Deze vragen zijn plenair besproken en de antwoorden werden voor alle deelnemers zichtbaar genoteerd.

In alle volgende bijeenkomsten bracht steeds een andere deelnemer een casus in die uitgebreid werd besproken. Deze bereidde de facilitator individueel voor met de betreffende casusinbrenger, meestal persoonlijk, soms telefonisch. De casusinbrenger koos in overleg met de facilitator één van de in de folder genoemde methoden. De ervaringen, incidenten en situaties die samenhangen met het leiderschap als afdelingshoofd, werden besproken. Het uitwisselen en leren van eigen ervaringen en die van anderen stonden centraal.

Aan het eind van de bijeenkomsten werd de deelnemers gevraagd op een A-4tje twee vragen te beantwoorden:

- Welke inzichten heeft deze bijeenkomst opgeleverd?
- Welke consequenties zou je hieraan verbinden voor je eventuele acties in de toekomst?

Evaluatie van de intervisie is hier geen onderwerp van onderzoek, maar als de antwoorden op bovengenoemde vragen relevant waren, zijn ze wel gebruikt bij de analyse van het empirisch materiaal.

De bijeenkomsten werden gehouden met een frequentie van eens per vier tot acht weken, in overleg met de deelnemers. Ze duurden ongeveer twee tot drie uur.

Behalve de eerste drie bijeenkomsten zijn ze allemaal met een bandrecorder opgenomen en letterlijk uitgetypt. In de eerste bijeenkomst was een opstelling gemaakt met zeven aparte microfoons, maar uit angst dat dit te veel zou afleiden, is deze opstelling voor aanvang weer verwijderd. Volgende bijeenkomsten werden met een centrale microfoon wél opgenomen. Van één bijeenkomst is de opname mislukt.

Op basis van het uitgetypte basisverslag werd een kort deelnemersverslag gemaakt met tot besluit een reflectie. Dit verslag had als doel de reflectie en daardoor het inzicht van de deelnemers te bevorderen. Bovendien kon het verslag zo getoetst wor-

den aan de deelnemers. Slechts eenmaal werd een correctie voorgesteld. Men kon kiezen uit zeven methoden voor het bespreken van casus, mede rekening houdend met de aard van het vraagstuk (De Haan 2001, Ooa 2002/2003, zie ook bijlage IV).

In de praktijk koos men vooral de zeven stappen methode (zie tabel):

Zeven stappen methode	12 x
U-methode	4 x
Incident methode	4 x
Clinics	2 x
Dilemma-methode	1 x
Leren van successen	1 x
Anderszins	1 x

Iedereen gaf toestemming voor het opnemen van de bijeenkomsten met een bandrecorder, maar vertrouwelijkheid in het omgaan met het materiaal vonden de deelnemers een belangrijk item. Men gaf soms aan dat niemand de opname te horen mocht krijgen en was bang dat de verslagen in verkeerde handen zouden vallen. Mede hierom werden de deelnemers met initialen in het verslag genoemd en de verslagen werden meestal door de onderzoeker persoonlijk aan de deelnemers overhandigd. Het belang van deze vertrouwelijkheid gold vooral de omgeving van de afdelingshoofden, en dan met name de eigen stafleden: men was bang de loyaliteit te schenden. Zoals een afdelingshoofd aangaf: ‘Het zou wel erg zijn, als mijn staflid zichzelf zou herkennen in jouw boekje...’ Hierop maakten we de afspraak dat casuïstiek alleen geanonimiseerd opgenomen wordt, als illustratie van een situatie die grotere geldigheid heeft.

In de volgende paragraaf beschrijven we hoe de data werden geanalyseerd.

2.6 Van data naar analyse

De analyse begint in feite al tijdens het verzamelen en het produceren van data; het is een continu proces (Pope e.a. 2000). De uitdaging is hieraan betekenis te geven, het proces van *sensemaking* (Weick 1979). Of, zoals Langley het formuleert: ‘moving from a shapeless data spaghetti toward some kind of theoretical understanding that does not betray the richness, dynamism, and complexity of the data but that is understandable and potentially useful for others’ (Langley 1999: 694).

We bespreken in paragraaf 2.6.1 hoe we Bourdieu’s begrippenkader gebruikt hebben. In de analyse is steeds heen en weer gependeld tussen empirie en theoretisch kader (Bourdieu & Wacquant 1992). Voor de ordening van het materiaal maakten we daarbij

gebruik van Kwalitan (Kwalitan 2000). Deze werkwijze beschrijven we in paragraaf 2.6.2: ordening en analyse.

Tot slot reflecteren we op de vraag hoe de onderzoeker zich tot het onderwerp van studie verhoudt (paragraaf 2.6.3): onderzoeker van binnenuit.

2.6.1 De concepten van Bourdieu in de praktijk

Er zijn twee studies over de medische wereld die het concept van de habitus van Bourdieu gebruikt hebben, maar niet geheel in samenhang met de andere concepten (Sinclair 1997, Luke 2003).

Sinclair onderzocht hoe de medische identiteit tot stand komt met het concept van de habitus. Hij reconstrueerde de disposities van de medische habitus in een studie naar de opleiding van geneeskundestudenten in Engeland. Hij beschrijft hoe artsen aan het eind van hun opleiding de volgende kwalitatieve, professionele disposities verworven hebben: ervaring – doordat ze veel patiënten gezien hebben; verantwoordelijkheid – door de medische handelingen die ze verrichtten en door de verantwoordelijkheid over patiënten te hebben; en kennis – door die zich eigen te hebben gemaakt. Daarnaast noemt hij nog andere disposities zoals idealisme, samenwerking en competitie. Samenwerking zou alleen dienen om de eerder genoemde kwalitatieve disposities te verwerven, bijvoorbeeld het samenwerken van studenten om hun examens te halen. Hij gebruikt niet het concept kapitaal, maar noemt status een aparte dispositie.

Luke nam de definitie van de habitus als belichaamde disposities heel letterlijk en onderzocht het ontstaan van de fysiek zichtbare houding tijdens de opleiding tot arts (Luke 2003).

In ons onderzoek gaan we anders te werk. We zullen Bourdieu volgen door zijn instrumenten – habitus, veld en kapitaal – in samenhang te gebruiken. We nemen de definitie van de habitus als belichaamde disposities ruim: met Jenkins beschouwen wij disposities als *rooted in the body* en *inside the head* (Jenkins 1992/2002: 75). Dat betekent dat wij karakteristieke handelwijzen en houding, omgangsvormen en opvattingen als uiting van de habitus zien.

Onderzoek doen volgens het conceptuele kader van Bourdieu betekent dat we zowel de externe als de interne structuren van het veld in ogenschouw moeten nemen (Bourdieu & Wacquant 1992).

We hebben in dit onderzoek met twee verschillende externe structuren te maken: die van de medische wereld en die van de organisatie. In de inleiding van dit hoofdstuk beschreven we verschillende objectieve kenmerken van de organisatie als onderzoekssetting. Objectieve kenmerken van de medische wereld zijn bijvoorbeeld de geneeskundeopleiding met zijn formele toelatingseisen en examens, het afleggen van de eed, het medisch tuchtcollege en de wetenschappelijke beroepsverenigingen. De artsenbul en

de registratie als specialist kunnen we beschouwen als de formele vorm van kapitaal van de medische habitus.

Verschillende subvelden van de medische wereld zijn in de onderzoekssetting vertegenwoordigd: uiteenlopende medische specialismen via de stafgroepen met hun eigen afdelingshoofd.

We spreken over de medische habitus als de gemeenschappelijke beroepshabitus: we gaan op zoek naar disposities die specifiek zijn voor dokters. We zullen ook de interactie tussen specialismen analyseren. Op basis van de literatuurverkenning is te verwachten dat naast eventuele verschillen de overeenkomsten tussen specialismen groot zijn door het grotendeels gemeenschappelijke socialisatieproces.

We hanteren de letterlijke definitie van een dispositie als: een duurzaam, onderbewust schema van waarneming en waardering, dat aanzet tot en richting geeft aan handelen. We spreken van een dispositie als die iets zegt over de wijze waarop men de wereld waarneemt en uiting is van een wereldbeeld. De visuele, letterlijke manier van zien is dan een uiting van het innerlijke waarnemen, dat het handelen bepaalt. Schema's van waarnemen en waarderen leiden tot een beperkt aantal strategieën die overigens niet altijd bewust worden toegepast. Ze kunnen zich manifesteren in bepaalde zichtbare gedragspatronen, opvattingen en omgangsvormen. Hieruit kunnen disposities afgeleid worden: zij 'verraden' zich in het handelen.

Op zoek naar disposities van de medische habitus zullen we in hoofdstuk 3 enkele karakteristieke medische universitaire praktijken analyseren. Uit deze analyse herleiden we de disposities, de wijze van waarnemen en waarderen van de arts en de daarmee gepaard gaande strategieën. We beperken ons hierbij tot de *médische* disposities. Andere, meer individuele disposities ten gevolge van andere en eerdere socialisatieprocessen blijven hier buiten beschouwing.

Excelleren in bepaalde strategieën kan leiden tot onderscheidingswinst. Een dispositie kan zo een bron van gezag vormen. We onderzoeken hoe disposities de gezagsverhoudingen in de groep beïnvloeden.

In het UMC vindt in de meeste stafgroepen de opleiding tot arts en medisch specialist plaats. Met het onderzoek verwachten we ook zicht te krijgen op het socialisatieproces waarin de medische habitus tot stand komt, het verborgen curriculum in de geneeskunde. In dit socialisatieproces verandert de eerdere habitus. We kunnen spreken van een conversie van de habitus als zowel iemands *zienswijze* als zijn *handelingsgerichtheid* verandert. Op momenten van overdracht van disposities worden deze mogelijk nog duidelijker zichtbaar.

In de analyse van het functioneren van de groep betrekken we samenwerking en strijd

binnen en tussen groepen. Dat doen we in hoofdstuk 4. Voor samenwerking analyseren we hoe gedrag patronen en omgangsvormen een rol spelen bij het lidmaatschap van de groep. Welke investeringsstrategieën bevestigen dit lidmaatschap en kunnen we zo relateren aan sociaal en groepskapitaal? Strijd beschouwen we als een teken van competitie om het kapitaal. We onderzoeken mogelijke oorzaken van strijd en de inzet die daarbij op het spel staat.

Hoofdstuk 5 richt zich op de leidinggevende taak van het afdelingshoofd binnen de medische wereld. We gebruiken de concepten *wise man* en *spokesman* om de betekenis van dit leiderschap te onderzoeken. Het afdelingshoofd is benoemd als vertegenwoordiger van de groep, waarmee hij als *spokesman* beschouwd kan worden. We onderzoeken de bronnen van zijn gezag en de waarde hiervan voor zijn leidinggevende taak: *wise man* met gezag op basis van cultureel kapitaal, de habitus en/of *spokesman* met gezag op basis van het sociaal kapitaal van de groep.

De meerwaarde van het begrip kapitaal van Bourdieu is de relatie met zijn andere concepten veld en habitus: zo kunnen we de wisselwerking tussen het perspectief van de leider, de volgers en de veldstructuren in de analyse betrekken. Spillane e.a. zeggen het zo: 'Rather, we believe that, as they go about the task of leadership, people enact forms of capital. In valuing the forms of capital enacted by others, followers attribute leadership to them. In this process, leaders make use of the capital they possess, and followers value the forms of capital enacted by leaders' (Spillane e.a. 2003: 8).

We bekijken op welke wijze het afdelingshoofd invloed uitoefent, wat daarbij de beperkingen zijn en wat de invloed is van het groepsfunctioneren. Op basis van deze inzichten kunnen we concluderen of de medische groep inderdaad vooral de kenmerken van een clan vertoont (Ouchi 1980).

In hoofdstuk 6 analyseren we welke invloed de medische habitus heeft op de managementtaak van het afdelingshoofd. Daarbij beschouwen we de ziekenhuisorganisatie als een machtsveld. Dit machtsveld herbergt tenminste twee werelden, de medische en de managementwereld, met beide een eigen logica. We onderzoeken tekenen van strijd en de inzet daarvan. Het afdelingshoofd, afkomstig uit de medische wereld, is *spokesman* van en naar de managementwereld.

Het invoeren van 'managementinstrumenten' beschouwen we als een pedagogische activiteit (Oakes 1998). Het is een activiteit waarmee de managementwereld invloed uitoefent op de medische wereld, door een andere logica te introduceren. We beschouwen bijvoorbeeld het voeren van jaargesprekken door het afdelingshoofd met zijn staf als een managementinstrument dat in de medische wereld is geïntroduceerd en onderzoeken hoe de medische habitus het gebruik van dit instrument in de praktijk beïnvloedt.

2.6.2 Ordening en analyse

In verband met de grote hoeveel tekstmateriaal, is het materiaal geordend met Kwalitan (Kwalitan 2000). Dit is een databaseprogramma dat de analyses van grote hoeveelheden tekstmateriaal ondersteunt. Het zorgt voor een efficiënte opslag van gegevens en biedt diverse hulpmiddelen om het kwalitatieve materiaal systematisch te ordenen en te analyseren, zoals coderen, selecteren en terugzoeken van gegevens, het ordenen van codes in categorieën of in een hiërarchische boomstructuur en het opslaan van memo's.

Er kunnen codes aan stukken tekst, aan specifieke gedeeltes daarvan, of aan een enkele zin worden toegekend. Aan hetzelfde stuk tekst kunnen meerdere codes toegekend worden. We hebben verschillende soorten codes gehanteerd: **locatiecodes**, **kwalitatieve** en **interpretatieve codes**. **Locatiecodes** zijn vooral gebruikt om snel te kunnen zoeken in het materiaal, zoals *patiëntenbespreking*, *huiswerkcasus*, of *stafoverleg*. **Kwalitatieve codes** zijn codes als: *interactie staf*, *oordeel over organisatie*, *(gebruik van) medische taal* en *rol onderzoeker*. Hiermee kan in het materiaal gezocht worden naar momenten waarop deze zaken aan de orde waren. Wel ligt hierin het oordeel van de onderzoeker besloten, die deze momenten van waarde acht. In **interpretatieve codes** komt de interpretatie van de onderzoeker nog duidelijker tot uiting, zoals in de codes *conflict vermijden*, *verantwoordelijk voelen*, *leven en dood* en *omgaan met fouten*. Zij kunnen ook refereren aan ontzag voor bepaalde kwaliteiten, zoals *gezag op basis van anciënniteit*, of juist naar negatief geladen opvattingen zoals *denigrerend* of *incompetent voelen*.

Vooraf deze interpretatieve codes ontwikkelden zich in het pendelen tussen empirie en theoretische concepten door meer te abstraheren. Dit werd in memo's bijgehouden. Zo ontwikkelde de algemene code **gezag** zich in dit proces tot codes die naar verschillende disposities van de medische habitus verwijzen, zoals *gezag op basis van ervaring* of *gezag op basis van kennis*. Bij dit abstraheren maakten we gebruik van boomstructuren. We gebruikten deze structuren om clusters van codes te vormen die opdoemden in het analyseproces. Zo ontstond een cluster met als thema **competitie**: hierin werden codes opgenomen als *statusverschillen* en *denigrerende opmerkingen*. Een ander voorbeeld is de cluster **gezag en habitus** met codes als: *gezag op basis van ervaring*, *gezag nemen*, *gezag krijgen*, *wie leidt overdracht*. De cluster **de regels in de groep** bevatte codes als *loyaliteit*, *omgaan met kritiek*, *geen opdrachten*, *diensten verlenen*.

Codes kunnen in meerdere boomstructuren voorkomen. Een boomstructuur geeft vaak een te simpele voorstelling van de werkelijkheid. Zo wekt een hoofdtak met steeds kleinere subtakken de suggestie van allerlei lineaire verbanden. De boomstructuren dienden daarom vooral als richtsnoer voor het vormen van clusters. De clusters werden gaande de analyse aangepast door voortschrijdend inzicht. De frequentie van bepaalde codes ondersteunden hier de analyse, niet als hard kwantitatief gegeven, maar als leidraad voor relevantie.

De invoering van het materiaal in Kwalitan werd gestart nadat een belangrijk deel van de dataverzameling gedaan was. Drie intervisiegroepen waren afgerond, de vierde was net gestart. Er waren vier observaties gedaan met bijbehorende interviews. Bij het invoeren van de overige data werden daarna nog maar weinig nieuwe codes toegevoegd, noch van de intervisiebijeenkomsten, de observaties en de interviews. Dit wijst op verzadiging, als teken dat nieuwe of extra bronnen van data niet veel nieuwe gezichtspunten zouden opleveren.

2.6.3 Onderzoeker van binnenuit

Voor een onderzoek als dit is het belangrijk dat de onderzoeker reflecteert op zijn eigen specifieke disposities, die hij deels gemeenschappelijk heeft met het wetenschappelijke veld waartoe hij behoort. Hiermee kijkt hij immers naar de sociale wereld; ook de onderzoeker heeft een habitus die zijn waarneming en waardering en uiteindelijk zijn handelen, bepaalt. In deze paragraaf reflecteren we op de werelden waaruit de onderzoeker afkomstig is, als 'onderzoeker van binnenuit'.

In twee opzichten komt de onderzoeker van dit onderzoek van binnenuit. In de eerste plaats is de onderzoeker afkomstig uit de medische wereld en, hoewel nu niet meer praktiserend, verscheidene jaren als huisarts werkzaam geweest. De achtergrond als arts is tegelijkertijd een voordeel en een handicap. Een voordeel is dat men als collega, afkomstig uit de 'eigen gelederen', makkelijker toegang heeft tot het onderzoeksveld en geaccepteerd wordt. Bovendien is de combinatie arts/onderzoeker in dit onderzoek een extra voordeel, want 'de definitie van specifieke inzetten en belangen, dat een specifiek veld bepaalt, kan niet worden waargenomen door iemand die er niet op is 'gebouwd' om toe te treden tot dat veld' (Bourdieu 1989c). Daarnaast is het een voordeel vertrouwd te zijn met het jargon en de gebruiken in de medische wereld: het verkort de benodigde inwerk- en observatietijd.

Een handicap is deze verwantschap ook omdat het, om met Morgan te spreken, 'een geestelijke gevangenis' kan betekenen (Morgan 1996). In de grot van Plato moet de onderzoeker steeds wegens zoeken om naar buiten te gaan, zodat de schaduwen niet met hun werkelijkheid verward worden door te grote betrokkenheid en te weinig afstand.

Een vergelijkbare handicap is dat de onderzoeker ook als organisatieadviseur binnen de organisatie van onderzoek werkzaam is; de in het onderzoek betrokken afdelingshoofden zijn tevens klant van de adviseur. Ook dit gegeven heeft verschillende voordelen, zoals 'having access to the 'real world', as a generator of basic research problems and a source of data' (Van de Ven 2001: 397). Bovendien geeft de bekendheid in de organisatie makkelijker toegang en medewerking van betrokkenen.

Bij het creëren van afstand kunnen medeonderzoekers behulpzaam zijn. Deze mogelijkheid was beperkt door het belang van vertrouwelijkheid voor de betrokken afde-

lingshoofden. Dit vertrouwen genoot de onderzoeker juist door van binnenuit te komen, maar kon niet eenvoudig op anderen worden overgedragen. Daarnaast speelden pragmatische overwegingen mee: er waren weinig middelen beschikbaar, zodat ook om die reden één onderzoeker de uitvoering deed: selectie, faciliteren van interview, interviewen, observeren, uittypen en het verwerken van de gegevens. Dat geldt ook voor de analyse. Wel zochten we samenwerking met andere professionals die op verschillende andere terreinen *professional science* bedrijven. Juist omdat zij afkomstig zijn uit andere werelden konden zij de onderzoeker attent maken op vanzelfsprekendheden en blinde vlekken, die in andere werelden een heel andere waarde hebben. Het begrippenkader van Bourdieu hielp om afstand te scheppen tussen het onderzochte en de waarnemingen en interpretaties van de onderzoeker, om dingen te zien die anders mogelijk buiten beeld waren gebleven. Ook hielp het om dat wat waargenomen werd, met meer afstand te waarderen en te interpreteren. In hoofdstuk 7, het laatste hoofdstuk, reflecteren we op de rol van de onderzoeker in deze studie.

In de volgende hoofdstukken, 3 tot en met 6, bespreken we het onderzoek van het empirisch materiaal. We analyseren de medische habitus in hoofdstuk 3 en het functioneren van de groep in hoofdstuk 4. Deze inzichten zijn belangrijk bij de kwestie van de invloed van de medische habitus op het leidinggeven van het afdelingshoofd, dat in hoofdstuk 5 en 6 aan de orde komt.

Hoofdstuk 3

De medische habitus



'Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen...'

(Eerste regels van de Nederlandse artseneed, 2003)

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de medische habitus en wat die betekent voor de gezagsverhoudingen in de groep.

Eerst analyseren we enkele karakteristieke praktijken van een universitaire medische stafgroep. Dat zijn achtereenvolgens de patiëntenbespreking (paragraaf 3.2), de visite (paragraaf 3.3), de operatie (paragraaf 3.4) en de onderzoeksbespreking (paragraaf 3.5). Deze praktijken omvatten de verschillende kerntaken van de medisch specialist en de opdracht van het afdelingshoofd in een UMC. Patiëntenzorg en opleiding/onderwijs zijn aan de orde in de patiëntenbespreking, tijdens de visite en de operatie. Wetenschap komt expliciet in de onderzoeksbespreking naar voren.

In de praktijken die we beschrijven zijn patiëntenzorg en het opleiden van assistenten en co-assistenten onlosmakelijk met elkaar verbonden. In het verborgen curriculum worden disposities overgedragen, die we definieerden als duurzame en onderbewuste schema's van waarneming en waardering, die aanzetten tot en richting geven aan het handelen. Waarnemen en waarderen bedoelen we hier niet alleen als 'zien' in de letterlijke, visuele betekenis, maar ook als het innerlijk waarnemen. De schema's van waarnemen en waarderen leiden tot een beperkt aantal strategieën, die niet altijd bewust worden toegepast. Disposities worden zichtbaar in het handelen: zij manifesteren zich in de voor deze wereld kenmerkende gedragspatronen, omgangsvormen en opvattingen. Uit de vier verschillende praktijken herleiden we in paragraaf 3.6 disposities van de medische habitus.

De gezagsverhoudingen in de groep van arts-assistenten en stafleden analyseren we in paragraaf 3.7. Deze gezagsverhoudingen worden ook in het verborgen curriculum overgedragen, als onderdeel van het leerplan. We onderzoeken hoe disposities als bronnen van gezag de verhoudingen in de groep beïnvloeden. In paragraaf 3.8 vatten we de bevindingen samen en maken we de balans op voor de medische habitus en de gezagsverhoudingen in de groep.

3.2 De patiëntenbespreking

Patiëntenbesprekingen zijn er veel. Hier worden patiënten besproken die in een dienst zijn opgenomen of onderzocht (overdracht), nieuw zijn op de polikliniek, die voorge-

steld worden voor behandeling of operatie, of patiënten waarbij complicaties geweest zijn (complicatiebesprekingen). Er zijn ook patiëntenbesprekingen waar meerdere specialismen betrokken zijn bij diagnostiek en behandeling (multidisciplinaire besprekingen) of ad hoc besprekingen over ingewikkelde patiënten. Daarnaast zijn er besprekingen met verpleging en paramedici, vaak papieren visite genoemd. Tijdens een papieren visite wordt als het ware een ronde gemaakt langs de papieren van de patiënten, bijvoorbeeld als voorbereiding voor de echte visite, een ronde langs de bedden.

In de patiëntenbespreking bespreken meerdere artsen diagnostiek en behandeling van patiënten die zelf niet lijfelijk aanwezig zijn; de verhalen en gegevens over patiënten passeren de revue. Deze besprekingen zijn belangrijk voor zowel de patiëntenzorg als de opleiding en het onderwijs. De duur ervan is mede afhankelijk van de beschikbare tijd, het doel van de bespreking en de omvang van de afdeling. Hij kan variëren van een kwartier tot twee uur. Tijd vormt een beperkende factor bij bijvoorbeeld een overdracht op maandagochtend, als op een grote klinische afdeling veel patiënten besproken moeten worden. Iedereen moet weer op tijd beginnen aan zijn polikliniek, visite of operatie. Op zulke momenten is het onderwijs- en opleidingsdoel ondergeschikt, daar is dan onvoldoende tijd voor.

De besprekingen vinden vaak op vaste momenten plaats, ze kunnen wisselen in frequentie en samenstelling en in stijl en sfeer. De groep kan uit veertig mensen bestaan, maar ook uit tien. Een patiëntenbespreking kent vaste momenten, die een aantal karakteristieke handswijzen en omgangsvormen laten zien. We zullen ze in chronologische volgorde bespreken, maar in de praktijk lopen deze fasen soms door elkaar heen.

Het startpunt vormt altijd het verhaal over een patiënt. In paragraaf 3.2.1 komt het presenteren van de patiënt aan de orde. Daarna kunnen de deelnemers vragen stellen en opmerkingen maken naar aanleiding van de presentatie. Dit beschrijven we in paragraaf 3.2.2: vragen, vragen, vragen. Hierna bespreken we in paragraaf 3.2.3 het volgende stadium: discussie en besluitvorming.

De patiëntenbespreking toont veel aspecten die ook relevant zijn in de praktijk van de visite, de operatie en de onderzoeksbespreking. Deze aspecten worden daar niet opnieuw uitgebreid herhaald.

3.2.1 Het presenteren van de patiënt, het verhaal van de dokter

Tijdens de ochtendoverdracht presenteert een assistent een patiënte:

'Eerst op de afdeling, later op de IC is opgenomen mevrouw X, 84 jaar. Zij was aangemeld voor een coloscopie, maar het werd een operatie. Haar voorgeschiedenis vermeldt hypertensie, extrasystolen en een meniscusoperatie. Zij heeft sinds twee weken last van een bolle buik, toegenomen defaecatie-frequentie zonder bloed en ze kreeg vandaag zeer veel pijn, voornamelijk bij doorzuchten. Tevens vervoerspijn in de buik, zonder dat sprake was van misselijkheid, braken of koorts.

Bij lichamelijk onderzoek zag ik een zeer pijnlijke vrouw, die stil in bed lag, zonder koorts, 36,8 graden. Een bloeddruk van 180/100, een tachycardie van 100 en een lage saturatie, 94 procent. Aan hart en longen geen afwijkingen. In de buik spaarzame peristaltiek, doffe percussie, met name in de middenlijn, percussie was zeer pijnlijk. Er was loslaatpijn, de buikwand was actief aangespannen, zodat palpatie niet mogelijk was. Bij het laboratoriumonderzoek hebben we een leucopenie van 2,6 met 76 procent neutrofielen, een laag CRP van 8 dat snel stijgt tot 21. Verder normale electrolyten en leverenzymen. Bloedgas: PH: 7.41, PCO2 4,7; bicarbonaat van 20, excess van -2, PO2 90,2 en een saturatie van 93 procent. Het urinesediment was niet afwijkend. Op het buikoverzicht zien we eigenlijk alleen maar colprostase en geen uitgezette lissen.

Concluderend betreft het hier een 84-jarige vrouw met een discrepantie tussen de bevindingen en de pijn die ze aangeeft, tevens een verrassende leucopenie. Op verdenking van een diverticulitis en misschien een perforatie, is er een CT-scan van de buik verricht, waarop vrij lucht werd gezien en patiënte is met spoed geopereerd. Er bleek sprake van een sigmoidperforatie. Patiënte is nu nog op de IC, heeft wat respiratoire problemen en wordt beademd.'

Vaak zijn het de arts-assistenten, soms de co-assistenten, die het verhaal van de patiënt die zij 'gezien' hebben, presenteren. Dat kan zijn tijdens een consult op een verpleegafdeling of de spoedeisende hulp, op de polikliniek, voor opname op de afdeling voor diagnostiek, behandeling en/of operatie. Een patiënt 'gezien hebben' kan verschillende dingen betekenen. In ieder geval hebben zij de anamnese afgenomen - een vraaggesprek volgens een vaste structuur -, vaak ook lichamelijk onderzoek gedaan en een eerste differentiaal diagnose opgesteld. Er kan aanvullend onderzoek zijn verricht, soms is een definitieve diagnose gesteld en is al gestart met een behandeling.

De *presentatie* van de patiënt aan de collegae die de patiënt zelf niet gezien hebben, gebeurt volgens een vaste structuur. Men begint vaak met de conclusie, beschrijft de hoofdklacht van de patiënt, de resultaten van de anamnese, lichamelijk onderzoek, differentiaal diagnose, aanvullend onderzoek, diagnose en een voorstel voor behandeling. In dit verhaal worden de klachten van een patiënt en het beloop van diens ziekte 'vertaald' in het medisch denkmodel van de arts (Abbott 1988). In de presentatie laat de assistent zien in hoeverre hij de kunst van het vertalen machtig is. Een afdelingshoofd: 'Wij zien hieraan meteen of iemand het vak een beetje beheerst.'

Hoe kan iemand dat laten zien? Dit vindt men vaak lastig expliciet onder woorden te brengen. Het gaat om verschillende aspecten. De inhoud van het verhaal is van belang, maar ook een bepaalde vorm en cadans: de manier waarop het verhaal verteld wordt.

Een staflid zei het in een interview zo: 'Ken je het verhaal van de bijenkorf? Nou, er is één bij, die dansend de anderen de weg naar de honing moet vertellen. Daarvoor danst hij op een bepaalde manier met zijn achterlijf, hij trilt op een bepaalde manier. Als dat niet klopt wordt er niet naar hem geluisterd, dan denken ze: Wat is dat voor een gekke bij?' Men hecht veel belang aan het vermogen om hoofd- en bijzaken te onderscheiden,

maar ook moet de presenterende arts niet te veel en niet te weinig woorden gebruiken en geen onnodige details vermelden. Er moet een juiste structuur in de opbouw van het verhaal zijn en een goede uitspraak van medische termen.

De houding is ook van belang. Een staflid zegt over een assistent: 'Hij houdt een goede presentatie, maar is te bescheiden. Ik probeer hem wat meer macho te maken.' Macho staat hier voor zelfverzekerdheid. De presentatie moet niet te onzeker zijn, maar ook niet te arrogant: de toon moet passen bij de fase van opleiding en ervaring. Dit geldt ook voor de andere genoemde aspecten. Men verwacht hierin vooruitgang te zien tijdens de assistentschappen. Op een gegeven moment wordt men ook geacht de presentatie uit het hoofd te doen, waarmee men demonstreert boven de stof te staan.

De inhoud van het verhaal en de wijze van presenteren zijn dus beide belangrijke criteria waarop de assistent beoordeeld wordt. De presentatie gaat daarom, zeker bij beginnende assistenten, met de nodige spanning gepaard. Een assistent die zich hierover onzeker voelde, vertelde dat hij voor iedere overdracht waar hij moet presenteren, een bètablokker slikt om deze stress beter te kunnen hanteren.

De presentatie is niet alleen het vertellen van het verhaal over een patiënt, maar ook het verhaal van de dokter. De arts - dit geldt ook voor een staflid - presenteert zijn verhaal over de patiënt en daarmee zichzelf. Hij toont zijn vermogen tot het vertalen van het verhaal en de onderzoeksbevindingen en tot klinisch redeneren om zo tot de goede diagnose en therapie te kunnen komen. De aanwezige collegae kunnen in de presentatie horen of er inconsistenties zijn in het verhaal over de patiënt, onbegrijpelijke redeneringen, omissies of onjuistheden. Dit leidt tot de volgende kenmerkende fase van de patiëntenbespreking: veel vragen stellen.

3.2.2 Vragen, vragen, vragen

Na de presentatie kunnen de voorzitter en stafleden reageren. Deze reacties hebben opvallend vaak de vorm van vragen. Die dienen verschillende doelen, soms meerdere tegelijk. Soms is een vraag alleen gericht op verduidelijking. In dat geval behoeft de vragensteller meer informatie. Drie andere veel voorkomende doelen van vragen zijn toetsing, het uiten van kritiek en het etaleren van kunde.

Als het de vragensteller te doen is om kennis te toetsen, weet hij zelf het antwoord en vraagt hij naar de bekende weg. Een staflid nodigt bijvoorbeeld een assistent uit om te beschrijven wat hij op een röntgenfoto ziet of wat de criteria voor een bepaalde ingreep zijn. In de chirurgische patiëntenbesprekingen zijn vragen vaak gericht op anatomische kennis en bijvoorbeeld gerelateerd aan operatiemogelijkheden.

Ook kan degene die de presentatie doet, gevraagd worden of hij aan een bepaald aanvullend onderzoek gedacht heeft en welke overwegingen hij heeft voor een diagnose of behandeling. Dan kan hij bijvoorbeeld de vraag krijgen: 'Wat was de vraag voor de

echo?’ De vragensteller is niet zozeer geïnteresseerd in het exacte antwoord, maar wil weten of het denkpatroon logisch is. De vragen zijn vooral gericht op de wijze van klinisch redeneren.

Als een assistent tijdens zijn presentatie een element vergeet te vermelden, wordt hij daarop gewezen met vragen als: ‘Was er rood bloedverlies per anum? Is er een positieve familieanamnese? Zijn er geen tekenen van portale hypertensie?’

De elementen die de assistent in de presentatie niet genoemd heeft, zijn belangrijk voor de differentiaal diagnose. Het kan gaan om het noemen van een afwezige positieve bevinding, maar ook om een aanwezige negatieve bevinding. Op deze manier toetst de vragensteller of iemand zichzelf deze vragen gesteld heeft en hij geeft daarmee het belang ervan aan. De antwoorden op de vragen zijn nodig om alle denkstappen goed te zetten.

Ook kunnen vragen gesteld worden om te toetsen of iemand op basis van de diagnose tot de juiste behandeling komt, bijvoorbeeld: ‘Wat stel je voor?’

De vraag als toetsing kan geleidelijk overgaan in een vorm van kritiek. Een beginnende assistent wordt meer vergeven dan een ouderejaars. Bij een beginnende assistent of een co-assistent kunnen vragen ook betrekking hebben op het medisch jargon, want zowel de woorden als de uitspraak moeten kloppen. Een afdelingshoofd vraagt na de presentatie van een co-assistent: ‘Is transaminitis een goed woord?’ Transaminitis bestaat niet, de patiënt waar hij over sprak had geen teken van ontsteking, waar -itis naar verwijst, maar een stijging van de transaminasen, leverenzymen. Hij had dus moeten zeggen dat er sprake was van verhoogde transaminasen.

De vraag: ‘Heb je overwogen om een punctie te doen?’ kan een leerdoel hebben. Deze vraag geeft de assistent een idee mee. Maar het kan ook betekenen dat hij eraan had moeten denken of de overwegingen had moeten vermelden.

Via kritische vragen maakt staf ook duidelijk dat de assistent hoofd- en bijzaken niet goed heeft onderscheiden, zoals de volgende fragmenten uit twee verschillende patiëntenbesprekingen illustreren.

De arts-assistent is al enige tijd aan het woord over de patiënt, als staflid X hem wat geïrriteerd in de reden valt: ‘Wat is nu de hoofdklacht, in twee zinnen?’

Hij wacht het antwoord niet af en gaat verder: ‘Ik vind het moeilijk te volgen, omdat je zoveel vertelt. Dus haar probleem is...’ en hij vat in één zin de twee hoofdklachten van de patiënt samen.

Als de assistent klaar is met zijn verhaal, vraagt de voorzitter wat spottend: ‘Is deze patiënt op de chirurgie opgenomen voor haar respiratoire insufficiëntie?’

Respiratoire insufficiëntie, het tekortschieten van de ademhalingsfunctie, is een aandoening waarvoor je niet op de afdeling chirurgie wordt opgenomen. Met deze vraag

geeft de vragensteller aan dat de assistent niet duidelijk heeft gemaakt waarvoor de patiënt dan wel op deze afdeling is opgenomen.

Het stellen van de juiste vragen dwingt minstens zoveel respect af als het kunnen geven van de goede antwoorden en daarmee kan iemand dus ook zijn kunde tonen. Een goede vraag kan laten zien dat de verteller iets over het hoofd heeft gezien waar de vragensteller wel aan heeft gedacht. Een vraag kan ook de inleiding zijn voor het aanhalen van een studie, richtlijnen, of voor de beschrijving van een interessante patiënt die de vragensteller ooit zelf heeft behandeld.

Als de diagnose of behandeling van een patiënt nog onduidelijk is, proberen stafleden ook onderling via vragen samen de meest waarschijnlijke diagnose of de zinnigste behandeling vast te stellen: 'Weten we zeker dat...?'

Het stellen van vragen hangt nauw samen met de kunst van het leggen van verbanden en klinisch redeneren. Ook voor stafleden is dit de belangrijkste manier om elkaar te bekritisieren. Dit is vaak de inleiding tot een discussie, de volgende fase.

3.2.3 Discussie en besluitvorming

Tijdens een patiëntenbespreking.

Staflid A: 'Ik heb vrijdag op de poli meneer van Bemmelen gezien, verwezen door collega X, uit ziekenhuis Y.' Hij eindigt zijn verhaal op kritische toon: 'Collega X heeft afgewacht, en nog eens afgewacht en hem uiteindelijk naar ons verwezen zonder goede stagering. De vraag is, doen we nu toch aanvullend onderzoek met een biop?''

Staflid B: 'Doen we dat niet altijd in zo'n geval?'

Staflid A: 'Nee, dat denk ik niet.'

Afdelingshoofd: 'Het verandert het beleid niet.'

Staflid B: 'Het geeft wel inzicht, daar moet je niet te krenterig in zijn.'

Afdelingshoofd: 'Maar wat schiet je ermee op?'

Staflid D: 'We hebben toch een klinisch stadium.'

Staflid C: 'Maar dan hebben we PA (Pathologische Anatomie) en kunnen we scoren, dat is wel een belangrijke prognostische waarde.'

Staflid B: 'Ik vind het geen goed argument dat het beleid niet verandert, waardoor volledige diagnostiek niet nodig is'

Staflid A: 'Maar wat is het nut?'

Afdelingshoofd: 'De PA is het belangrijkste argument.'

Staflid B: 'Dan kun je overwegen hormonen te geven. En je maakt verschil tussen *immediate* of *high risk*.'

Afdelingshoofd: 'Ik vind dat misschien wel een reden om het te doen en zo zeker te zijn dat we de optimale therapie geven.'

Staflid A: 'Oké, en dan eventueel hormonaal behandelen.'

Wanneer men het niet eens is over diagnose of behandeling, ontstaan er vaak discussies, die soms heftig kunnen verlopen. Met vuur worden vragen gesteld en argumenten aangedragen. Men lijkt ook op te veren bij een ingewikkelde patiënt: gedreven en enthousiast zijn de verschillende Sherlock Holmes aan het werk.

Zo worden chirurgen enthousiast bij het zien van een angiogram:

Tijdens een patiëntenbespreking vertelt chirurg X over de bevindingen op het angiogram van een patiënt en zegt, haast opgetogen: 'Een fistel tussen arterieel en veneus, heel gaaf om te zien!' Het afdelingshoofd, dat net nog zei dat er geen tijd meer was, reageert enthousiast: 'Laat maar zien.' De beelden worden opgezocht en verschijnen: 'Prachtig.'

Alsof de dader op heterdaad is betrapt. Zoals het voor de detective een uitdaging is om te achterhalen wie het gedaan heeft, zo wil de arts er met de grootst mogelijke zekerheid achter komen welk ziektebeeld de klachten verklaart, zodat de patiënt genezen kan worden. Hoe kunnen klachten, een onverklaarbaar beloop van een ziektebeeld of het niet aanslaan van een behandeling begrepen worden? Het zijn allemaal puzzels die opgelost moeten worden.

Tijdens een intervisiebijeenkomst vindt het volgende gesprek plaats.

Afdelingshoofd B (beschouwend) vertelt dat hij het hele weekend dienst gehad heeft.

Afdelingshoofd O (ondersteunend): 'We hebben geen obducties vandaag, dus er is niemand overleden.'

Afdelingshoofd B: 'Nee, ik stop met mijn dienst, dus dat zal nu wel snel gaan gebeuren.' Wat gelach.

YW (facilitator / onderzoeker): 'Je moet toch vaker dienst doen.'

Afdelingshoofd B: 'Nou het is niet waar, één meneer is overleden, we hadden dolgraag obductie willen doen, ik begreep er echt helemaal geen bal van, een Turkse man van in de zestig, met enorme hypoglycemiën en door zijn hele lichaam granulomen met necrose zonder dat het tb (tuberculose) was, althans ooit aangetoond was.'

Afdelingshoofd O: 'Maar geen obductie verkregen.'

Afdelingshoofd B: 'Nierfalen en leverfalen. We hebben gepraat als brugman.'

Er wordt regelmatig benadrukt dat men alleen op basis van goede, inhoudelijke argumenten een beslissing over de diagnose kan nemen, of kan besluiten tot eventueel aanvullend onderzoek. Of dat afgeweken kan worden van een afspraak, protocol of gebruikelijke handelwijze. Over welke goede, inhoudelijke argumenten gaat het dan en hoe verloopt de besluitvorming? Welke kenmerkende patronen zien we hier?

'Goede, inhoudelijke' argumenten

Bij het aanvoeren van argumenten put men uit ervaring en wetenschappelijke kennis. Een argument vanuit eigen klinische ervaring kan, al dan niet ingeleid met een vraag,

als volgt beginnen: 'Ik heb ook eens iemand gezien...' Hierop volgt een betoog over de gang van zaken toen, die wel of juist niet een keuze voor diagnose of behandeling in het huidige geval ondersteunt.

Andere argumenten refereren aan de stand van zaken in de wetenschap. Kennis van wetenschappelijk onderzoek kan richting geven aan diagnose of behandeling. Men beroept zich op *evidence-based medicine* en uitkomsten die vertaald zijn naar richtlijnen en protocollen. '*Evidence-based medicine* is een denkwijze die ervan uitgaat dat het zinvol is het medisch handelen zoveel mogelijk te baseren op feiten die uit wetenschappelijk onderzoek zijn verkregen' (Offringa ea 2003: 9). Deze kennis kan als argument worden gebruikt om bijvoorbeeld een bepaalde procedure te verrichten, de ene diagnose als waarschijnlijker te beoordelen dan de andere of een bepaalde behandeling als zinvoller dan een andere. Deze verschillende argumenten worden ook in relatie tot elkaar gebruikt, en kunnen dan botsen.

Fragment uit een multidisciplinaire patiëntenbespreking:

Seniorassistent: 'Op mijn vorige afdeling waren we gewend dergelijke mensen antibioticaprofylaxe te geven.'

Afdelingshoofd: 'Dat is iets voor de protocolbespreking, dan kunnen we ook de literatuur erbij halen.'

Staflid A: 'Dat is een moeilijke, dat hebben ze in X (ziekenhuis elders) ook gedaan, toen hadden ze opeens acht van deze patiënten per jaar en wij maar één. Ik heb het in al die jaren nog maar twee keer gezien. Literatuur is wel belangrijk, maar...'

Voor assistenten geven richtlijnen houvast, terwijl stafleden, die per definitie meer ervaring hebben, er soms denigrerend over doen. Ze relativeren het nut van richtlijnen of wijzen op de negatieve effecten ervan. Een assistent (!) mompelt naar aanleiding van een besproken patiënt: 'Ze hebben de *drain* eruit gehaald, volgens protocol: mensen denken niet na...' Een beschouwend afdelingshoofd formuleerde het als volgt:

'Wij zitten niet te springen om die guidelines, het gaat erom dat je ze op de goede manier toepast in het geval van de individuele patiënt. Elk geval is weer anders, daar moet je mensen op trainen (...). Het gaat over de kernpunten, waar geneeskunst zich onderscheidt van geneeskunde: het beschrijvend benaderen van het individuele geval waarbij ieder zijn kennis put uit de geneeskunde als wetenschap. *Guidelines* zijn gebruiksmiddelen, maar er zijn nogal verschillende graden van betrouwbaarheid. Dan moet je weer op je intuïtie vertrouwen. Een groot deel doe je op je intuïtie, dat is de aanleg voor het vak. Als je alleen maar in algoritmen kan denken, word je nooit een goede dokter.'

Argumenten op basis van ervaring en kennis kunnen goed samengaan of elkaar zelfs

versterken. Een afdelingshoofd: 'Je probeert altijd *evidence* te verzamelen: literatuur en ervaring samen.'

Een ander argument dat in discussies naar voren komt, is de gevoelde noodzaak iets voor de patiënt te moeten doen. De arts moet de patiënt iets kunnen bieden, ook al is de kans op succes heel klein. Zeker als het om leven en dood gaat.

Een afdelingshoofd vraagt naar aanleiding van een presentatie van een patiënt:

'Schrijf je dat geneesmiddel nog voor, als het zo'n gif is?'

Assistent: 'Er is geen ander middel..'

Staflid: 'Het is ook eerst in de ban gedaan.'

Assistent weer: 'Er is geen ander middel. Als het gestaakt wordt, gaat iemand dood aan zijn ritmestoornis.'

Het is een machteloos gevoel niks te kunnen doen, men heeft dan het gevoel het hoofd in de schoot te leggen. Niets doen voelt soms als falen, alsof je niet je uiterste best hebt gedaan.

Tijd, moeite of kosten zijn geen goede argumenten, de vraag is of een behandeling 'klinisch relevant' is en of een patiënt er baat bij heeft.

Staflid: 'Het laatste nadeel van deze behandeling elders laten doen, is dat die niet vergoed wordt en dan krijgen we helemaal niks. Nou kan dat me gestolen worden.'

Afdelingshoofd: 'Laten we dat er inderdaad buiten houden.'

In de loop van de discussie wordt meer of minder expliciet een beslissing genomen. De 'eigen' dokter speelt hierbij een belangrijke rol.

De eigen dokter beslist

Tijdens een ingelaste bespreking over een acute patiënt overlegt beschouwend staflid A met twee chirurgen, afdelingshoofd B en staflid C. A wil weten of de chirurgen de patiënt willen opereren. Hij vat de voorgeschiedenis en diagnose van de patiënt samen en vraagt: 'Als jullie denken dat hij, ondanks het hoge risico, wel operabel is, dan gaan we een plan maken. Als jullie nul op het rekest geven...'

Afdelingshoofd B: 'Hoe gaat het met beademen?'

Staflid A: 'Prima.'

Afdelingshoofd B: 'De prognose is dim.'

Staflid A: 'Als we niks doen, is-ie nul.'

Afdelingshoofd B: 'Academisch is het niet interessant.'

Staflid C: 'Welke code¹ heeft de patiënt?'

Staflid A: 'A, anders lag hij hier ook niet, hij is al twee keer gereanimeerd, met succes.' (...)

¹ Het codesysteem verwijst naar het beleid waarbij patiënten een code krijgen die aangeeft of en in hoeverre men ingrijpt met behandeling als de situatie van de patiënt verslechtert. Bijvoorbeeld niet reanimeren, wel behandelen bij infecties en dergelijke.

Afdelingshoofd B: 'C, wat denk jij?'

Staflid C: 'Ik geef geen cent voor zijn leven, wat we ook doen.'

Afdelingshoofd B: 'Er zijn geen regels hier. We hebben 5x per jaar zo'n patiënt.'

Afdelingshoofd B neemt het heft in handen: 'Jij bent zijn dokter?'

Staflid A: 'Ja nu wel.' (Omdat hij hem gisteravond gereanimeerd heeft)

Afdelingshoofd B: 'Wat zou je willen, wat stel je voor?'

Staflid A noemt de ingreep, opereren dus.

Afdelingshoofd B: 'Oké.'

In dit fragment bieden kennis of ervaring geen oplossing. Men vermoedt dat een ingreep de patiënt niet veel zal helpen. Toch besluiten ze de risicovolle operatie uit te voeren omdat ze de noodzaak voelen iets voor de patiënt te moeten doen. De kleine kans die de patiënt hiermee krijgt, moet benut worden. Staflid A, de 'eigen' dokter, mag de beslissing nemen. Toch is het ook een beslissing die in samenspraak wordt genomen. Soms wordt de positie van de eigen dokter expliciet benadrukt.

Tijdens een patiëntenbespreking ontstaat discussie bij een patiënt over het belang van een zekere diagnose. Afdelingshoofd: 'We moeten ons focussen op de primaire zekere diagnose...'

Verschillende stafleden geven hun mening, assistenten nemen geen deel aan de discussie.

Staflid A zegt op een gegeven moment: 'Het beeld is glibberig, klinisch ook.'

Afdelingshoofd: 'Mijn voorstel is dat we ons op ons artikel richten...' (door eigen afdeling geschreven wetenschappelijk artikel over betreffende onderwerp).

Staflid A gaat er weer tegenin en dan zegt het afdelingshoofd: 'Jij bent de dokter, A, dit is een advies, maar ik zou... stoppen.'

Hier wilde de 'eigen' dokter, staflid A, de mening van anderen niet overnemen. In deze situaties wordt geen gezamenlijke beslissing genomen, de 'eigen' dokter beslist.

Vaak verloopt het besluitvormingsproces impliciet. Als er bij het presenteren van de patiënt geen duidelijke ongerechtigheden zijn, wordt zonder veel commentaar de volgende patiënt gepresenteerd, na soms alleen: 'Oké, volgende.' De beslissingen over diagnose en/of behandeling worden blijkbaar stilzwijgend overgenomen. Het beslis-moment kan onduidelijk zijn. Na de laatste argumenten volgt geen weerwoord, en lijkt dit de conclusie te zijn, of misschien het meest relevante advies. De voorzitter van de bespreking, of de 'eigen' dokter, besluit een discussie met: 'Oké, dan doen we het zo', of: 'Oké, daar past het beeld toch het beste bij.'

De positie van de eigen dokter komt ook naar voren bij onduidelijkheden of kritiek: 'Van wie is die patiënt?' Of: 'Wie kent hem?' Of de assistent die zich op voorhand verdedigt, als

hij de patiënt van een collega moet presenteren: 'Ik ga voorlezen uit andermans werk.' De eigen dokter heeft de patiënt meestal als eerste gezien. Hij 'kent' de patiënt, kan een oordeel vellen en op grond daarvan een beslissing nemen. Dit betreft dan wel de supervisor, een stafid, niet de assistent.

Een stafid in een interview: 'De eindverantwoordelijke hakt de knoop door. In dat opzicht is het rapport (de overdracht) iets wat niet besluitvormend is. Er worden meningen uitgewisseld. Het uiteindelijke beleid wordt dan gedaan door het stafid dat verantwoordelijk is voor de patiënt.'

De eigen dokter beslist, maar toch kan de mening van anderen wel degelijk leiden tot een ander besluit. En hoewel een manager in een interview verzuchtte het onbegrijpelijk te vinden dat dokters zo weinig aan toetsing doen, zijn deze besprekingen toch te beschouwen als één grote toetsing.

3.3 De visite

Een andere karakteristieke medische praktijk is de visite. Eén of meerdere artsen - stafleden, co- en arts-assistenten - lopen langs de bedden van de opgenomen patiënten, meestal samen met een verpleegkundige. De visite dient in eerste instantie het doel van patiëntenzorg. Dan draagt men gegevens over, stippelt beleid uit en toetst. Daarnaast heeft de visite een functie in opleiding en onderwijs.

Vaak vindt in de ochtend een korte ronde plaats, die als overdracht dient - hoe is het de afgelopen nacht gegaan - en om nieuwe plannen te maken. Later op de dag loopt de zaalarts meestal nog visite met een verpleegkundige. Bij 'de grote visite', die vaak eenmaal per week plaatsvindt, ligt het accent meer op het opleiding- en onderwijsdoel. De term grote visite duidt vooral op de intensiteit waarmee visite gelopen wordt. Men bespreekt uitgebreid de verschillende patiënten, waarbij met name assistenten getoetst worden. Het aantal artsen dat de visite bijwoont, is meestal groot. Zij heeft daarom ook wel de bijnaam 'witte vloed'.

Net als bij de patiëntenbespreking is het in de regel de co- of assistent die de patiënt presenteert. Hierna worden vragen gesteld, eventueel een discussie gevoerd en zo nodig besluiten genomen. Om herhaling te voorkomen gaan we daar alleen uitgebreid op in wanneer dit tot andere gezichtspunten leidt.

We bespreken de algemene gang van zaken in paragraaf 3.3.1: aan het bed. Hierna beschrijven we de karakteristieke, klinische houding van de artsen in paragraaf 3.3.2.

3.3.1 Aan het bed

Observatie van een visite 's ochtends vroeg op de intensive care, meteen na de overdracht.

Bij de eerste patiënt vertelt de assistent het verhaal, een andere assistent bedient de computer

waarop de uitslagen te zien zijn. Er is geen commentaar en de groep gaat naar het volgende bed. Over de tweede patiënt, die beademd wordt en buiten bewustzijn is, is men bezorgd. Een stafid zegt tegen de onderzoeker (YW): 'Hij ligt er niet goed bij, dat gaat niet goed.'

Een assistent geeft enkele waardes van het bloedonderzoek.

Het afdelingshoofd: 'Weten we zeker dat er geen tamponade is? Ik vraag steeds of er al een echo gedaan is, maar krijg geen duidelijk antwoord.'

Er komt geen duidelijke reactie en hij zegt: 'We moeten een echo hebben, misschien moeten we zeggen dat het beeld op een endocarditis lijkt, dan doen ze het vandaag nog.'

Een assistent schrijft iets op en de groep gaat door naar de derde patiënt. Deze patiënt wordt ook beademd en is niet bij bewustzijn. Een assistent vertelt het verhaal. Een stafid voegt nog iets toe.

Het afdelingshoofd vraagt: 'Kunnen we het ECG bekijken? Het moet vannacht gemaakt zijn.' Hij bekijkt het, stafid A kijkt mee en merkt op: 'Het was postoperatief ook al zo.'

Het afdelingshoofd: 'We zien het wel vaker. Zijn dit alle ECG's? Dat kan ik me niet voorstellen.'

Het afdelingshoofd, stafid A en stafid B staan te overleggen. De overige aanwezigen, nog twee staffleden en vier assistenten, wachten af.

Het afdelingshoofd tegen de verpleegkundige: 'Hij heeft dus een lage vaatweerstand... En de diurese?' De verpleegkundige antwoordt. Het afdelingshoofd, terwijl hij de deken van de voeten tilt: 'En die voeten, was dat gisteren ook al zo?'

Men praat wat met elkaar op de achtergrond. Als je achteraan staat, is het gesprek niet goed te volgen. Het afdelingshoofd nog een keer: 'Was dat gisteren ook al zo jongens?'

Stafid A: 'Ze waren niet zo blauw.'

Het afdelingshoofd concludeert: 'Oké, ik denk dat...' en de stoet gaat naar de volgende patiënt. Hier schudt stafid C de patiënt de hand, die blij lijkt hem te zien. Een assistent leest op de computer naast het bed wat uitslagen voor en meldt dat de patiënt om 6 uur is gedetubeerd.

Het afdelingshoofd: 'En het kreat en de vochtbalans waren ook goed, neem ik aan?' De assistent knikt.

De assistenten presenteren meestal de patiënt, in dit geval *live*; zij geven een korte samenvatting van de belangrijkste relevante punten, inclusief het beloop van het ziektebeeld tot nu toe. Afhankelijk van de omvang van de groep en de aanwezigen worden vragen gesteld. Soms wordt een gericht lichamelijk onderzoek verricht en worden de gegevens van de verpleging – temperatuurbeloop, pijnklachten et cetera – bij het overleg betrokken. In bovengenoemd fragment lag het accent op de patiëntenzorg. Gaat het volgens verwachting of moet er ingegrepen worden? Moet er aanvullend onderzoek worden verricht of moet de medicatie worden aangepast? Tijdens deze visite wordt ook degene geïnformeerd die overdag verantwoordelijk is voor de gang van zaken.

De gestelde vragen zijn in deze situaties vaak inhoudelijk, maar hebben ook een toetsingskarakter, zowel in de richting van patiëntenzorg als de opleiding. Zoals de vraag: 'En het kreat en de vochtbalans waren ook goed, neem ik aan?' De assistent was verge-

ten deze relevante gegevens te vermelden. Ook hier puzzelt men met elkaar - 'Weten we zeker dat er geen tamponade is' - en worden er beslissingen genomen. Als er geen commentaar volgt op het verhaal van de assistent, zijn de artsen blijkbaar akkoord met de voorgestelde gang van zaken. Het is vaak onduidelijk voor een buitenstaander wie de conclusies uitvoert, maar er is altijd een 'eigen' verantwoordelijke dokter, die zich aangesproken voelt, en bijvoorbeeld de echo zal aanvragen.

Het meest in het oog springende verschil tussen de patiëntenbespreking en de visite is de aanwezigheid van de patiënt. Daardoor verloopt de intercollegiale interactie tijdens de visite, met name de discussie, meer 'gecensureerd'. In het bijzijn van de patiënt vinden meestal geen heftige discussies plaats.

Zelfs tijdens een snelle ochtendvisite wordt het verborgen curriculum zichtbaar.

Een visite op een kinderafdeling.

In de visite lopen het afdelingshoofd, drie stafleden en twee co-assistenten mee. Aangekomen bij het derde bed presenteert de assistent het verhaal van het patiëntje. Het afdelingshoofd dat de visite leidt, probeert ondertussen de neussonde van het kind wat losser te maken. Hij vertelt dat hij een keer heeft meegemaakt dat een kind een neusvleugel is kwijtgeraakt, omdat de neussonde te strak zat.

Hier wordt niet alleen kennis overgedragen: een neussonde mag niet te strak zitten, want dan kan de bloedtoevoer door druk in gevaar komen en een neusvleugel afsterven. Maar ook zien de co-assistenten hoe het afdelingshoofd als dokter naar een patiënt kijkt. Hij luistert niet alleen naar het verhaal over de patiënt, maar ziet deze ook, door de ogen van zijn ervaring en verantwoordelijkheid en handelt daarnaar.

3.3.2 De klinische houding

Tijdens een visite nemen de artsen die om het bed van de patiënt staan opgesteld, een bepaalde houding aan, in fysieke zin. Men staat op gepaste afstand van de patiënt, vaak met de handen op de rug of voor de buik gevouwen. Er staan weinig of geen emoties op de gezichten te lezen. Ook hun optreden kenmerkt zich door een zekere mate van afstandelijkheid in het contact met de patiënt.

Tijdens een visite.

Een assistent vertelt het verhaal van de vrouw die in bed ligt. Hij richt zich daarbij tot het afdelingshoofd die de visite leidt. Tegen de mensen aan de andere kant van het bed zegt de patiënt ondertussen: 'Ik ben springlevend hoor.' Even later telt ze hardop hoeveel mensen er om haar bed staan. En als iemand naar haar voeten kijkt om de kleur en eventueel oedeem te beoordelen, zegt ze: 'Lekker luchtig'.

Op de uitspraken van de patiënt wordt niet echt gereageerd. De artsen overleggen met elkaar over haar medische toestand. Als de witte jassen weglopen naar het volgende bed, roept zij hen achterna:

‘Wanneer mag ik naar huis?’ Een assistent blijft even staan en zegt haar: ‘Zo spoedig mogelijk.’ En snel sluit hij zich dan weer bij de stoet aan.

In dit fragment zien we hoe de patiënt en de dokters elk hun eigen interpretatie volgen: de patiënt beoordeelt de conditie van haar voeten als luchtig, zo zonder deken. De arts ziet de kleur en de mate van oedeem en relateert deze gegevens aan de klinische situatie van de patiënt. Het zijn symptomen die kunnen wijzen op minder functioneren van het hart- en vaatstelsel. De vraag van de patiënt – ‘Wanneer mag ik naar huis?’ – is voor de artsen lastig; het beloop is vaak moeilijk te voorspellen en voor een langer gesprek is op dit moment geen tijd. De assistent zit er een beetje tussenin; deze ziet ook nog een vrouw die misschien gerustgesteld wil worden, waartoe hij dan een poging doet. Het is zeker niet zo dat men tijdens visites niet met de patiënten zelf overlegt; meestal doet de zaalarts, in deze setting vaak de assistent, dat op een ander moment.

De artsen vertonen een karakteristieke afstandelijkheid in hun houding en praten met de patiënt. Een stafid zei het zo in een interview:

‘Het belangrijkste is dat je je professionaliteit houdt. Dat jij je vak als dokter zo goed mogelijk probeert uit te oefenen. Wat dat betekent? Dat je niet je persoonlijke gevoelens over mensen de boventoon laat voeren. Bijvoorbeeld als er iets heel ergs is en mensen zijn heel gevoelig of gespannen, dan moet je je gevoel uitschakelen. Rationeel informatie geven, en uitleg...’

Emoties van de patiënt en van zichzelf leiden de dokter af. Vandaar die klinische houding. Klinisch betekent letterlijk: ‘direct voor de arts zichtbaar’, aan het ziekbed. Klinisch komt van *klinikos* (Gr.): van het bed, *kliné*: bed. In de Van Dale staat als eerste betekenis: op ziekteverschijnselen betrekking hebbend die bij onderzoek van een patiënt direct blijken. Als tweede betekenis: onaangenaam om in te verblijven. In de Engelse Van Dale verwijst de tweede betekenis naar koel: onbewogen, zakelijk, strikt objectief. De klinische houding verwijst naar een vorm van *clinical detachment*, die de Webster Dictionary vertaalt met: *dispassionately curious*. Nieuwsgierig op zoek naar symptomen, maar zonder emotie, want die leidt af.

Deze houding is zichtbaar bij clinici aan het bed van de patiënt. Er zijn op dit punt wel verschillen tussen specialismen. Kinderartsen bijvoorbeeld vertonen in het algemeen minder afstand in hun houding, snijdende specialismen meer. Degene die daadwerkelijk technische handelingen bij de patiënt moet verrichten en het lichaam van een ander ‘schendt’ zoals de snijdende specialist, moet die afstand misschien ook wel meer in acht nemen. Hier hangt waarschijnlijk ook mee samen, dat men als dokter niet geacht wordt ‘naasten’ te behandelen: dan is het zeer lastig om deze afstandelijkheid vol te houden. Andere, meer emotionele overwegingen zullen de kwaliteit van het medisch handelen verminderen.

Ook is het afhankelijk van de ernst van de situatie: wanneer snel ingrijpen van belang is, is men vooral gericht op het ziektebeeld en minder op de patiënt als mens.

Het klinisch handelen staat in de praktijk van de visite op de voorgrond. Daarnaast zien we hoe men zich inspant om bijvoorbeeld bepaald onderzoek voor elkaar te krijgen. Assistenten krijgen het te horen als ze dingen niet of niet goed geregeld hebben, dan wel vergeten zijn. Ze worden geacht hun verantwoordelijkheid te nemen en de goede keuzes te maken: eerst iets voor de patiënt afhandelen, dan pas gaan eten of naar huis gaan. Afdelingshoofden en stafleden hebben het idee dat assistenten hierin minder verantwoordelijkheid nemen dan zij zelf deden en doen.

Een fragment uit een intervisiebijeenkomst.

Afdelingshoofd 1: 'Ik bedoel, ik heb het hele weekend hier nu rondgelopen en dat vind ik altijd wel een beetje triest, toen ik – dat meen ik serieus – toen ik assistent was (...) ging je op vrijdagochtend het ziekenhuis in en maandagavond kwam je weer naar buiten. En dan had je die vrijdag, die zaterdag, die zondag en die maandag steeds verschillende supervisors. Nu is het precies andersom. Ik zie nu vanaf vrijdag half zes tot maandagochtend half negen meer dan tien assistenten langskomen, want we hebben altijd twee man in huis. (...) En dan ben jij dus de rode draad, voor de continuïteit van de patiëntenzorg.' (...)

Afdelingshoofd 2: 'Je houding wordt dan ook anders. Ik denk dat je vroeger nog even een uurtje bleef als een patiënt of de familie van een patiënt je wilde spreken. (...) Dan belde je naar huis: ik ben wat later want die en die... Nu is het niet meer zo.'

Afdelingshoofd 1: 'Een huwelijk *au bain marie* hè, was dat vroeger. (...) Moet je nu om kwart voor zes gaan kijken, dan zie je al die assistenten rennen om op tijd bij de crèche te zijn'

3.4 De operatie

De operatiekamer, in het Engels treffend aangeduid met *the theatre*, vormt het karakteristieke decor voor de chirurg. De operatie is in zekere zin een echt schouwspel. De verschillende spelers bereiden zich voor en kleden zich om: de patiënt wordt geschoren en krijgt ziekenhuiskleding aan, de chirurgen en operatieverpleegkundigen wassen hun handen volgens een vast ritueel en worden in speciale gewaden en handschoenen geholpen. De patiënt, voorbereid door de anesthesist, wordt midden op het podium klaargelegd. De operatieverpleegkundigen en de arts-assistent nemen hun plaats in, waarna de hoofdrolspeler opkomt: de chirurg, die niet zonder zijn rechterhand kan, de anesthesist.

Het schouwspel kan beginnen. Dit kan soms kabbelend verlopen, met een muziekje op de achtergrond, maar kent ook momenten waarop de spanning tastbaar is. De spelers beginnen te transpireren en de stemming raakt geprikkeld: gaat het lukken of niet? Als

de plot op bevredigende wijze is afgewikkeld, ontspannen alle spelers zich, behalve de patiënt, die was het al. De hoofdrolspeler verlaat na zijn hoogstandje, vlak voor het eind het toneel, terwijl de assistent de epiloog verzorgt.

Het verloopt niet altijd zo dramatisch, maar het opereren heeft wel zijn eigen dynamiek, alleen al door de speciale setting: een afgesloten deel van het ziekenhuis, met eigen kleding en regels. We staan stil bij een aantal karakteristieke fenomenen van deze praktijk; eerst bij het opereren zelf en daarna bij de discussie en besluitvorming.

3.4.1 Het opereren

Observatiefragment op de operatiekamer (OK).

Een assistent chirurg opereert onder leiding van het afdelingshoofd. Aanwezig verder, behalve de onderzoeker: anesthesist, anesthesieassistent, operatieassistent (aan tafel), een operatieassistent als 'omloop' en twee co-assistenten.

Als we de OK binnenkomen, ligt de patiënt al onder narcose op tafel, de assistent en operatieassistent staan al klaar. Eenmaal 'aan tafel', geeft het afdelingshoofd de assistent aanwijzingen over de goede plek voor de incisie, in een plooi van de huid.

Gedurende de ingreep geeft het afdelingshoofd constant aanwijzingen, op een rustige manier: 'Je kan het ook zo doen'; 'Oppassen voor...'; 'Er zijn mensen die..., maar ik prefereer..., je hebt namelijk meer kans op...'; 'Nee, alleen spreiden, dan zit je altijd in het goede vlak.'

Ook geeft hij aanwijzingen voor de keuze van instrumenten: 'Je kan beter een pincet nemen.'

Ondertussen stelt hij vragen aan de co-assistenten, die als toeschouwers aanwezig zijn: 'Wat is de gewenste leeftijd voor deze ingreep, welke risico's loopt de patiënt als je het later doet?'

Ook in de operatiekamer zijn patiëntenzorg, opleiding en onderwijs nauw verweven. De arts-assistent leert al opererend hoe hij een bepaalde ingreep uitvoert en wordt daarbij gecoacht door de chirurg. Afhankelijk van de fase van de opleiding zal hij eerst assisteren, later meer zelf gaan doen en constant de kunst afkijken. Hij begint met eenvoudige ingrepen onder supervisie. Bij meer ingewikkelde, risicovolle ingrepen assisteert hij vooral. De assistent zorgt voor goed zicht in het operatiegebied en coaguleert eventuele bloedende bloedvaatjes. Hij maakt de huidincisie en sluit de wond na afloop. De co-assistent wordt getoetst op kennis die de argumenten en besluitvorming voor het opereren betreffen. Als hem na afloop gevraagd wordt waarom hij de co-assistent al die vragen stelt, antwoordt het afdelingshoofd dat hij mag hopen dat de arts-assistent alle antwoorden weet. Als dat niet zo is, kan hij er nog wat van leren. De technische ingreep en het kennisniveau worden beschreven in het formele curriculum, maar tijdens de operatie wordt het verborgen curriculum zichtbaar.

Het afdelingshoofd vraagt de co-assistent: 'En hoe zit het dan met...? Want als jij het niet vraagt, doe ik het (op spottende toon).'

Als de co-assistent na een vraag meteen zegt het niet te weten, zegt het afdelingshoofd: 'Kom op, denk eerst eens even na, ik hoor je hersenen nog niet kraken.' Als de radio aangezet wordt, klinken er stemmen. Het afdelingshoofd: 'Wat hoor ik nu, gepraat?' Het dringt eerst niet tot iedereen door, maar als er muziek klinkt, zegt het afdelingshoofd: 'Doe die radio maar uit, dat leidt de operateur maar af. Bovendien dat gehijg, daar zit niemand op te wachten.'

De assistent zegt niets. De radio gaat uit en het afdelingshoofd voegt toe dat muziek bij korte ingrepen averechts werkt voor je concentratie. Maar dat het misschien anders is bij urenlange ingrepen. De assistent zegt niets. Als het sein van de opererende assistent gaat, neemt de co-assistent op. Hij wil iets met de assistent overleggen, het gaat over een patiënt die opgenomen is op de verpleegafdeling. Het afdelingshoofd onderbreekt hem: 'Hij staat te opereren, als er iets acuuts is, moeten ze het staflid op zaal bellen en anders belt hij later terug.' Ook nu zegt de assistent niets. Als de co-assistenten later weg zijn, vraagt het afdelingshoofd of hij hun misschien het vuur te na aan de schenen heeft gelegd. De assistent vertelt dat de ene co iets moest doen op zaal en de andere zijn presentatie voor de bespreking van vanmiddag aan het voorbereiden is.

Door de co-assistent te bevragen wordt allereerst het belang van het stellen van vragen overgedragen. Het gaat niet alleen om de antwoorden, het gaat erom dat de arts zichzelf de vragen stelt en bepaalde klinische redeneerpatronen ontwikkelt. Ook wordt een gevoel van verantwoordelijkheid overgedragen: als je een antwoord niet weet, is er de noodzaak je in te spannen en op zoek te gaan naar de juiste antwoorden. Ook het belang dat men hecht aan geconcentreerd bezig zijn, is een uitdrukking van je verantwoordelijkheid voor de operatie en de patiënt.

Tijdens een andere operatie, uitgevoerd door een afdelingshoofd waarbij arts-assistenten assisteren, wordt weinig gezegd op spannende, voor de chirurg lastige momenten. Men ontziet de chirurg, uit respect voor zijn concentratie. De chirurg zelf geeft alleen korte opdrachten of stelt korte vragen aan de anesthesist en de instrumenterende operatieverpleegkundigen. Hij verricht een deel van de procedure opnieuw omdat hij niet helemaal tevreden is. De 'omloop' protesteert hier een beetje tegen, maar de operateur wil het zekere voor het onzekere nemen. Een ander staflid dat binnenloopt om iets te vragen, wacht tot deze fase voorbij is.

Hierna ontspannen alle aanwezigen merkbaar en het gesprek wordt als het ware hervat. De juniorassistent wordt hierna door het afdelingshoofd 'van tafel' gestuurd om wat te gaan eten en drinken. De seniorassistent blijft, als vanzelfsprekend, staan.

Dit betreft een operatie die soms een hele dag kan duren. Hoe houden ze dat vol? De anesthesist vertelt desgevraagd:

'Oh, die hebben niks nodig. Soms stuur ik ze weg. Sommigen zijn zo verdwenen, anderen blijven staan tot ze omvallen. Maar als Jezus veertien dagen en nachten in de woestijn kon lopen, wat

zeuren wij dan? Hier worden de mannen van de jongens gescheiden.'

Bij sommige specialismen is dit een belangrijke, ongeschreven, eis: dat ze zonder fysieke problemen zo lang aan een operatietafel kunnen blijven staan. Ook in dit fysieke aspect speelt verantwoordelijkheid een rol. Dit geldt ook voor de lange en onregelmatige werktijden en dat ze 's nachts het bed uit moeten in diensten. Daarnaast beïnvloeden deze praktijken ook het privéleven van de arts.

Het opleiden van specialisten en de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg heeft twee kanten. Een afdelingshoofd: 'Opereren is nu eigenlijk vooral opleiden. Dat is wel leuk en eigenlijk moeilijker dan zelf opereren. Soms jeuken je handen en moet je geduld hebben.'

Maar het wringt soms.

Een observatiefragment.

Het afdelingshoofd loopt, als hij klaar is met zijn eigen operatie, nog even bij de burens binnen, op de OK ernaast. Er is net wat consternatie, het ECG is slecht, en de anesthesist is druk bezig. Het staflid dat daar de assistent superviseert, loopt met ons mee naar de wasruimte en het afdelingshoofd spreekt wat geruststellende woorden: 'Het kan ook lucht zijn, dat hadden wij net ook zo, laat maar even, wacht het even af, het herstelt zich waarschijnlijk wel.'

Het staflid vraagt zich ongerust af of dat ook gebeurd zou zijn als hij de operatie helemaal zelf gedaan had.

Het afdelingshoofd: 'Waarschijnlijk niet, maar dat maakt niet uit, hij moet het ook doen, dat is nu eenmaal zo.'

Opereren leer je vooral al doende. De aankomend chirurg moet zich de technische handelingen eigen maken en in acute situaties snel kunnen en durven beslissen.

3.4.2 Discussie en besluitvorming

Een afdelingshoofd vertelt over de operatie die hij zo gaat verrichten:

'Deze patiënt wordt nu voor de derde keer geopereerd, de mortaliteit van de operatie is nu zeker vijftien procent. Maar ja, als je niks doet is die man met een paar maanden dood, dus je hebt geen keus.'

Het argument 'iets voor de patiënt kunnen doen' vormt in de discussies en besluitvorming rond operaties soms een belangrijk argument. Ook al is het risico hoog, de dokter heeft 'geen keus': hij moet het doen. Het risico betreft in de eerste plaats de patiënt, maar ook voor de dokter heeft het een grote impact als een patiënt 'op tafel' overlijdt. De arts moet alles gedaan hebben wat binnen zijn vermogen ligt. Zowel besluiten durven nemen als het opereren zelf.

Hij moet niet alleen beslissen of hij opereert, maar ook hoe.

Een afdelingshoofd vertelt tijdens een intervisiebijeenkomst: 'De crux zit hem natuurlijk ook in de indicatiestelling. Als ik een patiënt van mezelf opereer of selecteer, weet ik bijvoorbeeld dat daar drie oplossingen voor zijn, of één oplossing voor de vijf problemen die ik tegen kan komen. Die heb ik al helemaal in mijn hoofd.'

Ook tijdens het opereren moeten steeds beslissingen genomen worden. Zo kan men, vanwege de afwijkende anatomie die men aantreft, besluiten om van een standaardprocedure af te wijken. Of men twijfelt aan de eerder gestelde indicatie door wat men tijdens de operatie aantreft.

Een afdelingshoofd wordt op zijn kamer gebeld door een staflid dat op de OK staat te opereren. Het staflid wil overleggen over het al dan niet verrichten van een bepaalde ingreep. Het afdelingshoofd zet een aantal argumenten over het beloop van de patiënt op een rijtje, geeft daar betekenis aan vanuit zijn ervaring en geeft zijn beslissing in de vorm van een advies: 'We weten bij dit soort gevallen dat het er op het eerste gezicht uitwendig redelijk uit kan zien, in tegenstelling tot de inwendige toestand. Maar gezien het klinisch beeld van de patiënt die nu voor de tweede keer zo slecht is, zou ik het nu toch doen.'

Als hij de telefoon neerlegt, zegt hij uit de grond van zijn hart: 'Daarom is het zo'n mooi vak hè, zo'n beslissing nemen.' En hij benadrukt dat het ook niet niks is, wat je zo'n patiënt aandoet, met een grote, deels invaliderende operatie. Het is een beslissing die veel impact heeft voor de patiënt.

Tijdens het opereren kan de besluitvorming een sociaal proces zijn. Lastige operaties doet men vaak met twee stafleden, of men loopt even bij elkaar naar binnen om te overleggen of advies te vragen en te geven. Maar de gezamenlijke besluitvorming begint al eerder. De eigen dokter, degene die in eerste instantie de operatie-indicatie stelt, is niet altijd de operateur. Toch ziet de chirurg zichzelf tijdens de operatie als verantwoordelijke en ook hij moet dus achter de beslissing tot de operatie staan.

3.5 De onderzoeksbespreking

Tijdens een refereerbijeenkomst presenteert een assistent bevindingen uit de literatuur. Het gaat om een studie waaruit blijkt dat de diagnose na het verrichten van een bepaald onderzoek in 45 procent van de gevallen werd aangepast. Hij besluit met een *take home message*: doen, niet denken. Hij betoogt dat het besproken onderzoek in een bepaalde situatie altijd verricht moet worden en hij benadrukt het belang van bepaalde criteria.

Het afdelingshoofd: 'Dus jij propageert: eerst niet denken, maar later toch wel' (op de toon van een grapje).

De assistent lacht wat beamend en zegt: 'De dd (differentiaal diagnose) van een clinicus klopt niet altijd.'

Staflid A merkt wat tegenspuiterend op: 'Maar dat onderzoek kost ook wat.'

Staflid B: 'Het betreft ook een IC populatie.'

Staflid A: 'Maar wat moeten we dan bepalen?'

De assistent tovert een dia met *guidelines* tevoorschijn.

Staflid A: 'Het zijn allemaal associatiestudies. Het is heel anders als je het moet toepassen om klinisch beleid te voeren.'

De assistent, verdedigend: 'Ik maak ook gebruik van wijze mensen die daarover hebben nagedacht.'

Staflid A: 'Leidt dit nu tot relevante kennis voor beleidsverandering?'

De onderzoeksbespreking gaat over wetenschappelijk onderzoek, op verschillende manieren en niveaus. In meer individuele gesprekken bespreekt het afdelingshoofd of een ander staflid de voortgang van het onderzoek met een assistent en eventueel andere betrokkenen.

Er is een bespreking die vaak 'refereren' wordt genoemd. Hier houden meestal de assistenten het verhaal. Voor de assistenten fungeert dit als oefening voor het houden van verhalen op congressen. Zij bespreken de wetenschappelijke stand van zaken met betrekking tot een bepaald onderwerp of een speciale patiëntencasus. Ze vatten een aantal artikelen samen en trekken daaruit conclusies. Gedeeltelijk heeft dit dezelfde vorm als de patiëntenbespreking, al presenteren zij meestal met behulp van *power point*.

Er zijn ook onderzoeksbesprekingen waarin men op vergelijkbare wijze de stand van zaken met betrekking tot het eigen onderzoek op de afdeling presenteert.

Na de presentatie stellen de andere aanwezigen vragen en er wordt gediscussieerd. De vragen die de spreker moet beantwoorden, betreffen vaak kennis uit de wetenschappelijke literatuur. Als de assistent over voldoende kennis beschikt, kan hij zijn eventuele ingenomen stelling verdedigen. Het wordt lastiger voor de assistent als de vragen betrekking hebben op klinische aspecten, zoals in bovenstaand fragment. Hier lijken wetenschappelijke en klinische uitkomsten soms strijdig. Bovendien komt er nog een ander argument naar voren. Uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek zijn vooral relevant als ze *klinische* consequenties hebben: zij moeten bijvoorbeeld leiden tot een ander beleid voor de patiënt:

In een onderzoeksbespreking heeft een 'fundamentele' onderzoeker, die geen arts is, net de resultaten van zijn onderzoek gepresenteerd. Het afdelingshoofd vat eerst de belangrijkste zaken samen en merkt op: 'Het gaat ook om de praktijk. Er zijn wel meer studies gepubliceerd, maar de kunst is, wie heeft er voordeel bij?'

Staflid A valt de onderzoeker bij. Het afdelingshoofd: 'Maar het precieze mechanisme is nog niet ontrafeld. En ook verkorting van de behandelingsduur heeft al effect (...), in de praktijk wel, maar

niet voor iedereen.’ Staflied D: ‘Dat laatste is heel belangrijk, niet voor iedereen.’

De fundamentele onderzoeker raakt enthousiast over een positief effect op het niveau van bijvoorbeeld een cel, de clinicus wil effect zien bij de patiënt. Naast het bestaan van deze verschillen, die soms aanleiding geven tot strijd, is er meestal sprake van een vruchtbare samenwerking tussen deze groepen. Zoals een afdelingshoofd opmerkte:

‘Dit maakt een universitair centrum bijzonder. Vandaar dat wij als arts-onderzoekers bruggenbouwers moeten zijn, dus wat zich in de kliniek afspeelt bij patiënten, dat moet hij (de fundamentele onderzoeker) allemaal op moleculair-biologisch niveau uitvoeren.’

In de bespreking van deze vier praktijken zagen we kenmerkende gedragspatronen. Welke disposities kunnen we hier nu uit afleiden?

3.6 Disposities

Uit de analyse van de beschreven praktijken leiden we drie disposities af: de klinische, de wetenschappelijke en de professionele dispositie.

Ten eerste de **klinische** dispositie. Het schema van waarneming en waardering van deze dispositie kunnen we samenvatten met ‘de mens als patiënt zien’. Dat betekent dat de arts niet zomaar een mens ziet, hij ziet een patiënt. Dit schema leidt tot strategieën waarin de arts op zoek gaat naar klachten, symptomen en verschijnselen die kunnen wijzen op een bepaalde aandoening of een ziektebeeld dat opgespoord en behandeld moet worden. De patiënt moet genezen, de orde moet worden hersteld. Het uitgangspunt is dat elke patiënt anders is. Om deze dispositie te verwerven en te onderhouden, moet de arts veel patiënten ‘gezien’ hebben en blijven ‘zien’.

Aandoeningen of ziektebeelden verlopen in de praktijk altijd net anders dan ze in de literatuur beschreven worden, dat zijn ‘de klassieke gevallen’. De arts die de patiënt gezien heeft, is daarom het beste in staat om een oordeel te vellen. Het uitgangspunt dat elke patiënt anders is, impliceert ook dat een arts blijft leren door het zien van steeds weer nieuwe patiënten.

Hij moet veel geneeskundige trajecten met patiënten hebben meegemaakt: van het stellen van de diagnose, het besluiten tot een behandeling en het behandelen tot het meemaken van het beloop, succesvol of niet. Het zien van patiënten betekent voor beschouwende specialismen bijvoorbeeld spreekuren draaien op een polikliniek en patiëntenzorg verrichten op een verpleegafdeling.

Voor de chirurg ligt het accent meer op het opereren. Een ondersteunend specialisme, zoals de radiologie of pathologie, krijgt op zijn specifieke terrein aanvragen van andere artsen over patiënten. Hierbij komt de patiënt meestal niet geheel fysiek in beeld.

Genoemde specialisten zien de patiënt door de verhalen van collegae en de specifieke beelden van hun specialismen, preparaten voor de patholoog, beeldvorming voor de radioloog. Sommige ondersteunende specialismen, zoals de radiotherapie en revalidatiegeneeskunde hebben wel eigen patiënten, die zij, onafhankelijk van verwijzende specialisten, behandelen.

De klinische dispositie manifesteert zich in bepaalde redeneerpatronen. Deze patronen worden bijvoorbeeld zichtbaar in de manier waarop de patiënt gepresenteerd wordt en in de vragen naar aanleiding van de presentatie. Men laat hiermee zien over analytisch vermogen te beschikken en klinisch te kunnen redeneren. Met dit vermogen kan de arts van klacht en symptoom tot diagnose komen. Dit vormt de basis voor het kunnen genezen van de patiënt. De chirurg moet bovendien ‘anatomisch’ kunnen kijken en vooral goed kunnen opereren: de chirurgische blik. Zo zijn er accentverschillen tussen de specialismen, zoals tussen de snijdende en de beschouwende specialismen. Hier komen we ook in het volgende hoofdstuk nog op terug.

Vragen vormen een belangrijk middel om de klinische dispositie over te dragen.

De klinische houding is de fysiek zichtbare uiting van deze dispositie (vergelijk ook Luke 2003). Het is de karakteristieke houding en manier van praten van de arts met de patiënt. Het is een houding van klinische afstandelijkheid, nodig om de mens als patiënt te zien. De arts staat vaak met de handen op de rug of voor de buik gevouwen. Er staan weinig of geen emoties op zijn gezicht te lezen. Ook tijdens intercollegiale ontmoetingen, zoals bij het presenteren van patiënten, zijn weinig expliciete emoties zichtbaar. Daarnaast vertoont hij een bepaalde mate van zelfverzekerdheid.

De tweede dispositie die we afleiden, is de **wetenschappelijke**. Het schema van waarneming en waardering omschrijven we als ‘geneeskunde zien als een wetenschappelijk gefundeerde discipline’. Dit schema genereert strategieën gericht op het verwerven en *up to date* houden van wetenschappelijke kennis. De dispositie manifesteert zich in onderzoeksbesprekingen, het lezen van wetenschappelijke literatuur en congresbezoek. Zij wordt zichtbaar in vragen die wetenschappelijke kennis veronderstellen; in het citeren van *evidence-based* argumenten of richtlijnen op basis van resultaten uit studies bij discussies en besluitvorming. Wetenschappelijke kennis moet men wel gericht kunnen gebruiken, anders is er alleen sprake van een ‘omgevallen boekenkast’. De focus ligt op de toepasbaarheid van kennis; de klinische relevantie voor de patiënt is van groot belang.

De **professionele** dispositie is de derde die we afleiden. Het schema van waarneming en waardering geven we weer met ‘zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk zien’. De arts ziet het handelen rond een patiënt als zijn persoonlijke verantwoordelijkheid. Hij kan het verschil maken tussen ziekte en gezondheid, in het ultieme geval tussen leven en

dood. Dit schema leidt tot strategieën waarin de arts het belang van de patiënt voorop stelt en waarin hij moet beslissen over eigen patiënten. Alleen hij kan aangesproken worden op zijn handelen. De noodzaak het belang van de patiënt voorop te stellen manifesteert zich op allerlei manieren: in hard werken, diensten doen en eventueel fysieke ontberingen kunnen leiden.

Zo vertelde een afdelingshoofd wat lacherig over een staflid met wie hij had afgesproken om na vier en een half uur geen patiënten meer te ontvangen op de polikliniek, in verband met de dienstroosters van de verpleging. Het staflid ging schoorvoetend akkoord en sprak vervolgens met tien patiënten om vier uur af.

De dispositie wordt ook zichtbaar in de argumenten voor bepaalde behandelingen. Een kleine kans dat de therapie aanslaat moet bijvoorbeeld worden benut, ongeacht kosten en moeite. Vanuit de klinische dispositie gezien, zijn uitkomsten in de geneeskunde deels onzeker en niet helemaal voorspelbaar omdat iedere patiënt anders is. Als een slechte afloop maar niet verwijst naar het tekortschieten van de arts op basis van de professionele dispositie: de arts moet in ieder geval alles gedaan hebben wat in zijn vermogen lag. Hier komt misschien de *sick joke* vandaan: 'operatie geslaagd, patiënt overleden'. De arts heeft het goed gedaan, maar dat is toch geen volledige garantie voor succes. Van assistenten wordt vanuit deze dispositie stilzwijgend een bepaalde inzet verwacht. Het zou kunnen dat deze professionele dispositie aan het veranderen is. Arts-assistenten zouden zich veel meer aan de officiële werktijden houden, werk en privé sterker afbaken dan afdelingshoofden dat zelf doen en graag bij hen ook zouden zien. Maar ook stafleden werken meer dan vroeger parttime. Iets dat eigenlijk niet voor de afdelingshoofden geldt, ook niet voor de vrouwelijke. De meeste afdelingshoofden zien dit als een onomkeerbare ontwikkeling, mede ingegeven door maatschappelijke veranderingen. Ongeacht de discussies in de groep is het uiteindelijk de eigen dokter die beslist. De 'eigen dokter' veronderstelt ook 'eigen patiënten'. Het hebben van eigen patiënten brengt een arts in de positie zelf de verantwoordelijkheid voor beslissingen te kunnen en mogen nemen. Als je eigen patiënten hebt, zijn daarvoor bepaalde kwalificaties vereist. Voor patiënten die onder de hoede van een assistent en co-assistent vallen, is uiteindelijk een staflid, een 'klare' specialist verantwoordelijk.

In de volgende paragraaf beschrijven we de gezagsverhoudingen in deze praktijken en hun relatie tot de disposities.

3.7 Gezagsverhoudingen

De verschillende praktijken maken de gezagsverhoudingen in de groep zichtbaar en ook het verborgen curriculum waarin deze gezagsverhoudingen gereproduceerd worden. Hoe zien deze gezagsverhoudingen uit en wat levert gezag op?

Gezagsverhoudingen worden op verschillende manieren zichtbaar. In de eerste plaats is er meestal een waarneembare fysieke orde: wie neemt waar plaats? In besprekingen is er vaak een relatie tussen iemands positie en de plek waar hij plaatsneemt. De staf neemt bijvoorbeeld plaats aan tafel, de assistenten zitten er omheen langs de muur. In een zaaltje met een soort tribune neemt de staf vooraan plaats, de assistenten daarachter en de co-assistenten op de achterste rijen. Hierbij is de staf vrijer zich niet aan deze regels te houden dan bijvoorbeeld de co-assistenten.

Ook bij de visite zien we verschillende vaste posities. Het staflid leidt en staat vaak het dichtst bij de patiënt. Hij stelt de meeste vragen aan de assistent, maar ook aan de patiënt. De assistent die het verhaal vertelt en de vragen krijgt staat daar vlakbij. De anderen - stafleden, assistenten en co-assistenten - staan vaak in een kring om het bed, iets meer op afstand. Sommige aanwezigen moeten dan ook moeite doen om de conversatie te volgen.

In paragraaf 3.7.1 gaan we in op de gezagsverhoudingen in het verborgen curriculum. Hierna analyseren we de gezagsverhoudingen binnen de stafgroep, tussen collega medisch specialisten (paragraaf 3.7.2). In hoeverre kunnen disposities een bron van gezag vormen?

3.7.1 Gezagsverhoudingen in het verborgen curriculum

De disposities worden overgedragen in de praktijk, niet expliciet, maar *from practice to practice*. Arts-assistenten leren door mee te doen aan de patiëntenzorg, door het contact met patiënten en het verrichten van lichamelijk onderzoek en ingrepen. Ze leren ook door te zien en te horen hoe anderen dit doen, door het presenteren van patiënten en door vragen te krijgen en discussies bij te wonen.

De wetenschappelijke dispositie krijgen ze bijvoorbeeld overgedragen tijdens onderzoeksbesprekingen, maar ook daarbuiten. Assistenten zien hoe belangrijk men het vindt dat het medisch-wetenschappelijke jargon goed wordt uitgesproken, dat wetenschappelijke kennis betrokken wordt bij de besluitvorming over patiënten en dat er gehandeld wordt op basis van *evidence-based medicine*. Deze pedagogische activiteiten kunnen niet plaatsvinden zonder machts- of gezagsverhoudingen, die in het verborgen curriculum op verschillende manieren tot uiting komen.

Uit de verschillende besproken praktijksituaties bleek de vanzelfsprekendheid van bepaalde posities. De omgangsvormen maken duidelijk dat de assistent degene is die beoordeeld wordt. Hij is zelf ook degene die zich beoordeeld voelt door iemand die een hogere positie inneemt op basis van senioriteit. Bij die beoordeling staan er voor de assistent grote belangen op het spel: hij loopt het risico om buitengesloten te worden, niet in de medische wereld te worden toegelaten.

De arts-assistent doet in patiëntenbesprekingen meestal de presentatie van de patiënt

en krijgt vervolgens vragen; soms om informatie, vaker als toetsing of uiting van kritiek. Zoals een staflid het formuleerde: 'De assistent leert zijn beleid te verdedigen.' Deze vragen worden alleen door stafleden gesteld en betreffen veelal het klinisch redeneren. In een bespreking waar op een gegeven moment het enige aanwezige staflid tijdens een presentatie van een patiënt werd weggepiept, keken de overige assistenten en co-assistenten wat lacherig-verward naar elkaar: wie nam de rol van het staflid over? De assistent met de meeste senioriteit nam toen het woord en stelde de co-assistent enkele vragen.

Een saillant punt is de vraag als kritiek. De vraag wordt meestal gesteld aan de arts-assistent die de presentatie verzorgt, maar deze doet in principe alles onder supervisie van een staflid. De kritiek is daarmee ook kritiek op diens beleid. Als het betrokken staflid aanwezig is, gaat deze de discussie aan, maar dit is niet altijd het geval.

Arts-assistenten zijn meestal nog niet in de positie om over patiënten te beslissen; in wezen hebben zij nog geen 'eigen' patiënten. Zij formuleren dat bijvoorbeeld als volgt: 'Wat ik zou willen doen, is...' Zij krijgen vragen die dit vermogen toetsen en oefenen: 'Wat stel je voor?' Of: 'Waarom overweeg je geen...?' Soms krijgen ze opdrachten, zoals na een discussie over een patiënt: 'Straks nog even bij de patiënt langslopen', En: 'Ga er even achteraan, niets gaat in deze organisatie vanzelf.'

Iemand die net arts-assistent af is, moet soms even wennen aan een positie als staflid. Tijdens een papieren visite zegt een juniorstaflid wat verontschuldigend tegen de presenterende assistent: 'Ik heb het niet gehoord, ik heb misschien niet goed geluisterd, maar ik vraag me af...' Hij moet er nog aan wennen dat hij nu vragen kan stellen.

Na de presentatie van de patiënt kan de assistent het op twee manieren moeilijk krijgen door de vragen. Hij blijft het antwoord op een vraag schuldig en weet dus iets belangrijks niet. Of hij weet het wel, maar vermeldde de bevinding niet, omdat hij het belang er niet van inzag. Zo vertelt een assistent: 'Als ik een vraag krijg waar ik wel het antwoord op weet, denk ik toch: shit, iets belangrijks fout gedaan.' Hij is vergeten een relevante, hem bekende positieve of negatieve bevinding te vermelden waarmee hij kan laten zien de goede denkstappen te kunnen zetten. Hij kan hierdoor het gevoel krijgen gezichtsverlies te lijden en schaamt zich dan. Het wordt soms als vernederend ervaren. Een assistent: 'Sommige arts-assistenten krijgen veel meer vragen en kritiek dan anderen. Maar in die gevallen denk ik vaak: dit is ook niet handig, daar zou ik als baas ook op ingaan.' Deze arts-assistenten hebben de kunst van de bijendans duidelijk nog niet onder de knie. Een te onzekere assistent kan extra kritiek oproepen. Zoals een afdelingshoofd het verwoordde: 'Als iemand erbij zit alsof hij geslagen gaat worden, is er altijd wel iemand die gaat slaan.' Een enkele maal voegt iemand aan zijn vraag een denigrerende of geïrriteerde opmerking toe: 'Dat zie je toch zo, het water komt zijn ogen uit!'

Hier is de kritiek duidelijk te horen.

Toch worden vragen gewaardeerd. Co-assistenten vertellen dat het spannend is om een patiënt te presenteren, maar dat het vooral leerzaam is, juist ook door de vragen. Het vraag- en antwoordspel dat zich in deze fase afspeelt, moet zich uiteindelijk in het hoofd van de opgeleide arts gaan afspelen. Arts-assistenten zeggen ook dat het best kritischer mag of dat ze meer leermomenten willen, met vragen als: 'Hoe zou je dit oplossen, wat zou je volgende stap zijn?' Vragen fungeren als toetsingsinstrument, maar tevens als overdrachtsinstrument van het klinisch redeneren. Zij vormen een belangrijke pedagogische activiteit. Zowel arts-assistenten als afdelingshoofden en staf vinden dat hier meer tijd aan besteed moet worden, maar dat dit in de praktijk lastig is omdat besprekingen niet te lang kunnen duren.

In navolging van Bourdieu moeten we ook degene die zwijgt in de analyse betrekken. Bij discussies en besluitvorming zijn het vooral de arts-assistenten die zwijgen omdat zij nog niet functioneren als volwaardige collegae. Bepaalde zaken worden niet in hun aanwezigheid besproken, maar uitgesteld tot het moment dat de staf onder elkaar is. Dat kan bijvoorbeeld gaan om een incident met een ander specialisme. Zoals Atkinson het zegt: 'The discourse itself inscribes the asymmetry in status and power of the respective parties' (Atkinson 1995).

Bij wetenschappelijke besprekingen lijken de posities in eerste instantie anders te liggen. De goed voorbereide assistent houdt als een docent, met een bepaalde zelfverzekerdheid, een verhaal. Vragen die hij krijgt zijn vaak meer om informatie dan toetsend. De verhoudingen veranderen meteen wanneer klinische consequenties aan de orde komen. Dan treedt het belang van ervaring en senioriteit weer meer op de voorgrond. Deze senioriteit speelt een belangrijke rol in de gezagsverhoudingen. Als deze niet gerespecteerd worden, roept dat irritatie op.

Het afdelingshoofd steekt zijn hand op om iets te zeggen in een patiëntenbespreking, terwijl de assistent net begint te praten. Het seniorstaflid dat de bespreking leidt, merkt op tegen de assistent: 'Je spreekt voor je beurt.' Als het afdelingshoofd wat begint te zeggen, wil de assistent hem onderbreken, waarop het afdelingshoofd zegt: 'Je hebt mijn vraag nog niet gehoord, dus je kunt nog niet het antwoord geven.'

Tijdens een operatie assisteren een junior- en een seniorassistent het afdelingshoofd die de operatie uitvoert.

De junior vraagt aan het afdelingshoofd, als deze een groot gaas met jodium over de wond heeft gelegd: 'Is het nu goed, jodium hier of niet?'

Het afdelingshoofd op wat spottende toon: 'Wat denk je?'

De junior: 'Als jij het doet, is het natuurlijk goed, maar ik hoor verschillende meningen.'

Het afdelingshoofd legt dan het een en ander uit.

De junior antwoordt: 'Ik heb het wel vaker gevraagd, maar nog nooit zo'n goed antwoord gekregen.'

De gezagsverhoudingen komen bij de snijdende disciplines het meest uitgesproken naar voren. Zo vertelde een staflid hoe hij vroeger als jongste assistent altijd het bier koud moest zetten op vrijdagmiddag. Ook lijkt men eerder geneigd zich formeel op te stellen, zoals door het elkaar aanspreken met 'u' in de verhoudingen tussen (co-)assistent en staflid. Hierdoor wordt een zekere afstand gecreëerd. Dit gebeurt soms ook tussen stafleden onderling, vooral als er sprake is van kritiek.

Positieve verschillen spelen ook tussen junior- en senior assistenten.

Een observatie op de OK.

De seniorassistent bedient de diathermie, waarmee kleine bloedvaatjes dichtgebrand kunnen worden.

Even later vraagt de junior: 'Zal ik hier een haak zetten?' Niemand antwoordt. Ook niet als hij het een tweede keer probeert. Hij vraagt dan aan de operatiezuster: 'Mag ik de haak?' Hij krijgt hem en plaatst hem in de wond. Niemand levert commentaar.

De junior moet voorzichtig zijn het beleid van een senior ter discussie te stellen en zijn voorstel om op eigen initiatief een haak te zetten, is op het randje.

Het is een teken van respect om een seniorcollega als eerste de vloer te geven. Maar ook om gepast op vragen van senioren te reageren, iets dat de co-assistent in het volgende fragment niet doet.

Tijdens een patiëntenbespreking vertelt een co-assistent over een patiënt die is opgenomen voor een gastroscopie.

De opleider, tevens voorzitter van de bespreking, vraagt: 'Leverde het lichamelijk onderzoek nog iets bijzonders op?'

Co-assistent: 'Nee.'

Gelach van allen. De co-assistent verontschuldigt zich: 'Ik heb de patiënt zelf niet gezien.'

De vraag wijst de co-assistent erop dat hij de bevindingen van het lichamelijk onderzoek expliciet dient te vermelden. In zijn antwoord op de vraag hoort hij dit, ook uit respect voor de opleider, alsnog te doen. Daarom valt zijn 'nee' zo uit de toon. Het is met recht een dissonant en dit levert gelach op. Met zijn uitleg probeert hij het goed te maken: hij kan het niet vermelden, want hij heeft de patiënt zelf niet gezien.

De professionele dispositie is een belangrijk aspect bij de beoordeling van assistenten. Ze moeten tonen dat ze over de juiste houding en inzet beschikken en dat ze het eigen belang ondergeschikt kunnen maken aan dat van de patiënt. Deze dispositie wordt

overgedragen door de vanzelfsprekendheid van de inzet die senioren vertonen en die ook van de assistent verwacht wordt. Hij wordt hiertoe aangespoord.

Men verwacht in dit opzicht minder een leercurve dan bij de andere disposities, want als een assistent al niet meteen deze houding en inzet toont, is men somber. Dan lijkt hij de gewenste bereidheid te missen. Iets niet kunnen door een gebrek aan kennis, vermogen tot klinisch redeneren of technische vaardigheden, kan nog worden toegeschreven aan weinig ervaring. Daar kan de persoon in kwestie niets aan kan doen, al is het wel van belang hoe hij daarmee omgaat. Niet kunnen is minder erg dan niet willen. Hij toont hiermee geen respect voor de gezagsverhoudingen, dit wordt hem zwaarder aangerekend (zie ook Bosk 1979).

Bij de beoordeling van assistenten door de staf speelt dit respect voor de gezagsverhoudingen een belangrijke rol, ook al gaat het om schijnbaar onbelangrijke zaken. De assistent die tijdens een patiëntenbespreking op een stoel gaat zitten waarop normaal alleen de stafleden zitten, roept veel ergernis op; hij heeft 'geen gevoel voor verhoudingen'. Deze irritatie treedt zowel bij de staf op als bij zijn eigen collega-assistenten. Het gaat erom de betekenis hierachter te ontdekken. De ergernis over het plaatsnemen op de verkeerde stoel kunnen we beschouwen als een pars pro toto (zie ook hoofdstuk 2, par. 3.1). De assistent zit niet alleen letterlijk op de verkeerde plek, maar ook figuurlijk. Hij vertoont daarmee onvoldoende respect voor het kapitaal dat in de medische wereld van waarde is, zoals ervaring. Zijn gebrek aan respect voor senioriteit zou bovendien kunnen betekenen dat de assistent zich in zijn werk onvoldoende zal laten superviseren en adviseren. Door respect te tonen voor de gezagsverhoudingen toont de assistent dat hij beseft dat hij nog veel moet leren; dat hij zijn grenzen in acht zal nemen en tijdig advies vraagt. Sommigen hebben hier betere 'antennes' voor.

Fragment uit een observatie.

Een co-assistent komt bij een patiëntenbespreking binnen in een ruimte die hij niet kent. Er zijn nog geen andere mensen, alle stoelen zijn leeg. Hij blijft aarzelend staan. Op de vraag waar hij gaat zitten, antwoordt hij: 'Ik wacht even, dat doe ik altijd als ik ergens voor het eerst kom. Dan kan je niet op de verkeerde plek gaan zitten, straks zit je op de stoel van de voorzitter.'

Tijdens de opleiding verwerft de arts-assistent de disposities van de medische habitus als cultureel kapitaal. Als hij over deze disposities beschikt, is hij een vanzelfsprekende bewoner van de medische wereld. Het toetreden tot deze wereld verloopt als een proces. Een juniorassistent zal bijvoorbeeld eerder spreken over 'ik': 'bij lichamelijk onderzoek zie ik ...' Spreken over 'we' zou in dit geval als arrogantie opgevat kunnen worden. Eenmaal specialist is hij toegetreden tot de medische wereld. Nu kan hij een betere positie in de groep verwerven door te excelleren in de strategieën van de verschillende disposities. De disposities gaan dan functioneren als bronnen van gezag.

3.7.2 Gezagsverhoudingen binnen de stafgroep

De verschillende posities van stafleden onderling kunnen we aan disposities relateren. Waar kunnen stafleden gezag aan ontleunen? Vooral senioriteit en ervaring dwingen respect af. Een ervaren seniorspecialist neemt gezag en dwingt het af. Hij stelt de meest relevante vragen, geeft de meeste inhoudelijke argumenten en drukt een belangrijke stempel op de gang van zaken, ook in de besluitvorming. De anderen kijken naar dit staflid en geven hem op die manier het woord.

Aan de discussies binnen de staf nemen jongere stafleden minder vaak deel. Ook dit hangt samen met senioriteit.

Een seniorstaflid vertelt: 'Er wordt het meest geluisterd naar de senioren, of die geven de meeste commentaren. Als het goed is verdien je de aandacht die je krijgt. Hoe hoger je staat, hoe beter je moet zijn. Dat geldt ook voor kritiek geven. Dat werkt twee kanten op.'

Een jonger staflid: 'Er is dominantie van bepaalde stafleden. Dat merk je bij discussies en als het lastig is. Hoe dat komt? Ze hebben veel ervaring, ze hebben veel gezien.'

Senioriteit en ervaring drukken ook een stempel op het voorzitterschap en het leiden van de visite. Zowel het afdelingshoofd als de opleider kunnen de bespreking leiden, maar in ieder geval is het één van de oudsten in rang. Er zijn niet altijd vaste afspraken over het voorzitterschap. Soms verschilt men binnen een stafgroep zelfs van mening over wie nu eigenlijk de voorzitter is.

Het kan gebonden zijn aan een bepaalde plek: degene die daar gaat zitten, is de voorzitter. In een ander geval fungeert een schriftje waarin de besproken patiënten genoteerd worden als een soort equivalent van de voorzittershamer: 'Degene die het eerst het schriftje pakt, zit de bespreking voor. Als hij dan geen zin heeft, zegt hij dat hij geen pen bij zich heeft en geeft het schriftje aan iemand anders.' Er zijn niet altijd expliciete afspraken over vervanging als de gebruikelijke voorzitter afwezig is. Soms merkt een staflid dat men naar hem kijkt en wordt hij geacht het voortouw te nemen. Dit is een teken dat hij een zekere senioriteit bereikt heeft.

De afdelingshoofden leiden meestal de visite. Als zij het niet doen is het meestal één van de seniorstafleden. Net als bij de patiëntenbespreking is niet altijd op voorhand duidelijk wie de visite leidt; dit is niet altijd formeel afgesproken. Iemand neemt het initiatief en de assistenten richten hun verhaal dan tot hem. Maar iemand krijgt ook het initiatief: in één van de grote visites bleken assistenten zich steeds tot het ex-afdelingshoofd te richten in plaats van tot het nieuwe afdelingshoofd. Een assistent zegt hierover:

'Ja, we hadden inderdaad de neiging om ons tot het ex-hoofd X te wenden. Op een gegeven moment

hebben we afgesproken dat we ons tot het nieuwe hoofd Y zouden richten. Maar als X dan voor je staat en Y drie mensen daarachter, gaat dat automatisch. Bovendien is X helemaal in het wit, de hoogste knoop gesloten, keurig gericht naar de patiënt en Y staat daar een beetje in zijn dagelijkse kloffie, zijn witte jas niet helemaal dicht en zo. Misschien is het senioriteit....'

Senioriteit en ervaring verwijzen in de eerste plaats naar gezag op basis van de klinische dispositie. Vanuit dit gezichtspunt is elke patiënt anders en hoe meer patiënten iemand gezien heeft, hoe groter men het vermogen van de arts inschat. Hij zal ook in bijzondere en zeldzame gevallen in staat zijn een diagnose te stellen of te behandelen. Voor de beschouwende specialist ligt het accent op het vermogen tot klinisch redeneren, voor de snijdende specialist op het opereren:

Een beschouwend specialist over een goede clinicus:

'Een goede clinicus is doordeseemd van een sterk ontwikkelde logica. Hij kan associatieve verbanden leggen en goed redeneren; het is in feite een kunstvorm. Hij is op zoek naar herstel van orde, de patiënt moet beter worden.'

Een snijdend specialist over een goede chirurg:

'Gezag ontleen je aan patiëntenzorg, dat betekent voor een chirurg dus opereren.'

Hoe meer patiënten de arts gezien heeft, des te meer is de klinische dispositie een bron van gezag. Artsen kunnen de mate waarover zij over deze dispositie beschikken, op verschillende manieren en momenten etaleren. Bijvoorbeeld tijdens de presentatie van de patiënt tijdens de patiëntenbespreking. De arts presenteert zijn verhaal over de patiënt en daarmee zichzelf. Niet alleen artsassistenten worden hierop beoordeeld. Ook specialisten presenteren regelmatig een patiënt, bijvoorbeeld als zij collegae om advies willen vragen. Ook zij worden beoordeeld voor de wijze waarop zij deze presentatie doen.

Dit vermogen manifesteert zich ook in de vanzelfsprekende manier waarop iemand een patiëntenbespreking voorziet of de visite leidt. De voorzitter wordt geacht een kritische toehoorder te zijn van datgene wat naar voren gebracht wordt. Hij moet zelf dus enigszins boven de stof staan, zodat hij kritische vragen kan stellen. Anders loopt hij het risico dat er een kritische vraag van een ander staflid komt. Dat kan hem als voorzitter het gevoel geven iets gemist te hebben.

Vragen om kennis te toetsen worden alleen gesteld aan mensen in opleiding, zoals assistenten en co-assistenten. Stafleden onderling stellen ook veel vragen: om informatie, als vorm van kritiek of om de eigen kunde te etaleren. Met het stellen van de goede vragen kan men respect afdwingen. Vragen vormen vaak de inleiding tot het naar voren brengen van een interessante casus, die getuigt van ervaring.

Artsen moeten ook patiënten blijven zien om hun ervaring en gezag te (onder-)houden, middels spreekuren, supervisie en diensten doen. De chirurg kan vooral gezag houden als hij veel - ingewikkelde – patiënten blijft opereren. Assistenten signaleren dat de gerespecteerde chirurgen ‘erbij gehaald worden als het moeilijk is’.

Chirurgen doen er soms zelf denigrerend over: het opereren is een handigheidje dat iedereen zich eigen kan maken. Er wordt vaak nauwelijks gekeken bij de selectie van een assistent voor de opleiding, of iemand handig is. Terwijl men dit vervolgens altijd snel door heeft. Men gaat ervan uit dat ‘Iedereen het kunstje kan leren’, of sterker nog: ‘Je kunt het een aap leren.’ De één kan het na tien keer, de volgende na twintig, maar na vijftig keer ‘kunnen ze het allemaal.’

Toch ligt dit in de praktijk genuanceerder. Om gezag te krijgen in de groep is het niet genoeg dat je het kunt; het gaat erom dat je het goed kunt. Als men spreekt over een bekwame chirurg, of een begenadigd operateur, wat bedoelt men dan?

Een snijdend staflid: ‘Als je erbij staat te kijken en denkt: wat makkelijk, dat kan ik ook. Een goede chirurg gaat snel en doeltreffend op zijn doel af, weet de weg en heeft een aantal scenario’s, ook als het mis gaat.’

Een snijdend afdelingshoofd over een bekwame chirurg: ‘Die opereert heel economisch, ergonomisch, geen hechting of steek te veel, ieder knipje is precies goed, een plezier om naar te kijken...’

Een ander snijdend afdelingshoofd: ‘Kijk als jij de sterren van de hemel opereert, dat gaat wel door het gebouw. Collega X bijvoorbeeld deed nooit iets, alleen die jongen was zo handig, die opereerde zo goed. Die dacht ‘what the hack’, ze hebben me toch wel nodig als het hard bloedt, bij wijze van spreken. Nou ja ik zeg het een beetje overdreven, maar die ontleende daar zijn hele status aan...’

Dus handig zijn, goed kunnen opereren, is een belangrijke kwaliteit van de chirurg. Dit is meer dan het beheersen van een simpele technische vaardigheid of het uitvoeren van een standaardkunstje. Vooral de meer ingewikkelde, niet-routineuze chirurgie dwingt respect af:

Een assistent: ‘In wezen kan iedereen het kunstje leren, maar wat mooi is, is als je kennis in handelen ziet terugkomen. Alles is meteen raak, elke steek is goed. Dan ben je ook snel klaar en heb je het goed voor elkaar. Maar het is ook belangrijk dat je niet in paniek raken bij problemen, dat je een probleem snel op kan lossen (...) En je hebt er respect voor, als het niet de makkelijke chirurgie is.’

Afdelingshoofd: ‘Alleen dingen doen die iedereen kan en waar niks mis mee kan gaan, heeft minder aanzien’

Handig betekent ook snel. Zowel chirurgen onderling als de anesthesisten en operatiemedewerkers weten welke chirurgen traag zijn. En ofschoon snel kunnen opereren respect oplevert, is het niet het enige dat telt. Zoals een snijdend afdelingshoofd zei: 'Speed is an achievement of a good surgeon, but never a goal!' Een trage chirurg met weinig complicaties, zoals bloedingen, zal toch respect afdwingen.

Dit gezag op basis van goed kunnen opereren kunnen we relateren aan de klinische dispositie, waarbij het 'zien' van een patiënt zich vooral vertaalt in het handelen, het opereren. Als pendant voor de klinische blik kunnen we dit 'de chirurgische blik' noemen: de chirurg ziet de klachten, gerelateerd aan de anatomie van de patiënt. Hij vertaalt dit letterlijk in zijn handelen. Daarnaast speelt de professionele dispositie – zichzelf als verantwoordelijk zien – hier een belangrijke rol. Hoe zwaarder deze verantwoordelijkheid weegt, in combinatie met de risico's en moeilijkheidsgraad van de ingreep, hoe meer gezag de chirurg afdwingt.

De professionele dispositie vormt ook een basis van gezag voor de besluitvorming, zowel wat betreft het nemen als het krijgen van de verantwoordelijkheid daarvoor. Als de stemmen staken, neemt de voorzitter van een bespreking soms het heft in handen: 'Laat ik het volgende voorstellen, een Salomonsoordeel: als de kans kleiner is dan tien procent - dat kijken we even na - dan....' Er komt geen commentaar meer, de beslissing is genomen. De voorzitter kan, durft en mag de beslissing nemen en daarmee de verantwoordelijkheid.

Besluitvaardigheid kan ook bijdragen aan iemands gezag in de chirurgie: hoe ingewikkelder de ingreep, hoe groter de verantwoordelijkheid en hoe meer gezag. Omdat het handelen van de chirurg zichtbaar is, zijn fouten dat ook. Zijn gezag is hiermee kwetsbaar. De wens om te beschikken over de beste instrumenten, voor de grootste kans op succes, is hier een uiting van.

Fundamentele onderzoekers hebben weinig gezag vanuit de professionele medische dispositie gezien:

Een afdelingshoofd: 'Als arts neem je de verantwoordelijkheid voor een patiënt. Of je een celkweek verprutst is niet zo erg.'

Gezag op basis van de wetenschappelijke dispositie speelt wel een duidelijke rol bij onderzoeksbesprekingen:

Een assistent over zijn afdelingshoofd: 'Bij het refereren stelt hij altijd vragen. Of men vraagt hem: heb jij nog een vraag? Hij krijgt altijd het woord. (...) Je bent dan slimmer dan de rest, je hebt het verhaal het beste begrepen.'

Stafleden verschillen onderling wat betreft hun bijdrage aan discussies. Net als in de klinische praktijken nemen en krijgen sommigen eerder het woord. Bij de onderzoeksbespreking hangt dit vooral samen met gezag op basis van de wetenschappelijke dispositie. Stafleden die meer dan anderen over wetenschappelijke kennis beschikken, kunnen zich meer manifesteren. Zij maken opmerkingen en stellen vragen die zowel kritiek als kunde kunnen uitdrukken. De vraag vormt dan bijvoorbeeld de inleiding tot het aanhalen van relevante literatuur.

Het geeft nog meer gezag als je zelf wetenschappelijk actief bent. Niet zozeer het bijwonen van congressen telt, maar wel zelf onderzoek doen, publiceren en gevraagd worden als spreker op congressen, als voorzitter van een sessie op een congres, of als bestuurder van een internationale wetenschappelijke vereniging. Men spreekt soms over A en B stafleden, om de informele rangorde aan te geven, of ook wel over eerste- en tweederangs specialisten.

Men kan badinerend spreken over dokters die geen onderzoek doen: 'Hij vlucht in de patiëntenzorg.' Maar je hoort ook: 'Een 'echte dokter' doet geen onderzoek.'

Concrete bijdragen aan iemands wetenschappelijk gezag zijn publicaties of een boek op naam. Publicaties kunnen wel een aanleiding zijn tot strijd, bijvoorbeeld over de plek van de auteurs bij artikelen. De doctor- en de hoogleraartitel zijn de formele manifestaties van de wetenschappelijke dispositie en dragen bij aan de positie in de groep.

De wetenschappelijke dispositie telt dus wel, maar weegt voor het gezag in de groep meestal minder zwaar dan de klinische dispositie.

Discussie in een intervisiegroep.

Afdelingshoofd A (ondersteunend) vertelt dat chirurg X alom bekend is vanwege zijn wetenschappelijk onderzoek, maar: 'Daar hebben ze altijd van gezegd, die kan niet opereren.'

Afdelingshoofd B (snijdend): 'Nee.'

Afdelingshoofd A: 'En dat doet ie ook helemaal niet meer volgens mij.'

YW: 'Maar wordt hij dan door chirurgen wel serieus genomen?'

Afdelingshoofd C (snijdend), lachend: 'Nou door sommigen mensen buiten de chirurgie wel.' Hartelijk gelach van allen.

Binnen de chirurgische specialismen heeft de klinische dispositie meer gezag dan de wetenschappelijke dispositie, meer dan bij de beschouwende specialismen. Een snijdend staflid dat een belangrijke bijdrage aan de wetenschappelijke productie van de afdeling levert, vindt het toch belangrijk 'grote chirurgie' te doen, 'want anders heb je geen plaats in de groep.'

De klinische dispositie is van invloed op de waardering van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De toepasbaarheid en relevantie voor de patiëntenzorg is

belangrijk. De resultaten moeten idealiter consequenties hebben voor daadwerkelijk ander beleid om te komen tot diagnose of behandeling.

Aan deze gezagsverhoudingen zien we dat de gelijkheid binnen een stafgroep betrekkelijk is. Vooral de klinische dispositie kan een bron van gezag zijn en is bepalend voor de gezagsverhoudingen.

3.8 De medische habitus en de gezagsverhoudingen in de groep

In de beschreven praktijken zagen we drie disposities van de medische habitus: de klinische, de professionele en de wetenschappelijke dispositie. De besproken praktijken hebben een belangrijke functie in de opleiding van artsen en specialisten. Ze geven zicht op de wijze waarop de disposities worden overgedragen en verworven. De overdracht maakt de disposities nog beter zichtbaar. Voor de gezagsverhoudingen in de groep spelen de disposities een belangrijke rol.

De klinische dispositie is als bron van gezag bepalend voor de gezagsverhouding in de groep, vooral bij meer ingewikkelde patiënten. Gezag ontleent de arts vooral aan zijn vermogen om bijzondere en afwijkende gevallen te diagnosticeren, te behandelen of te opereren. Hij onderscheidt zich van zijn collegae als hij in deze situaties tot een diagnose en de meest aangewezen behandeling komt, als hij een bijzonder beloop kan verklaren en voorspellen. Hierin laat hij zien te excelleren. Dit vermogen neemt toe met de ervaring. Die ervaring wordt ook zichtbaar als de arts vertelt over 'bijzondere gevallen' die hij heeft meegemaakt. De arts die veel en bijzondere patiënten heeft gezien, kan met grotere zekerheid een beslissing nemen in een context die nooit complete zekerheid biedt. Deze ervaringskennis kan hij inzetten in de analyse van een nieuwe situatie. Hij vergroot hiermee het scala aan mogelijkheden en het inzicht in meer en minder waarschijnlijke verbanden.

Patiënten blijven zien is nodig om gezag te houden. De arts krijgt dit gezag toegeschreven doordat men naar hem kijkt bij het nemen van de beslissing en doordat hij het laatste woord krijgt en zo zijn stempel drukt op de klinische besluitvorming. Het verwerven van meer van deze dispositie is vooral een kwestie van tijd. In navolging van Bourdieu neemt de waarde van cultureel kapitaal toe naarmate het meer tijd en inspanning kost dit te verwerven. Dit is in overeenstemming met de wijze waarop senioriteit voor een groot deel de gezagsverhoudingen bepaalt. In de soms heftige discussies die kunnen ontstaan naar aanleiding van een patiënt, worden deze gezagsverhoudingen bekrachtigd of ter discussie gesteld. De 'overwinnaar' kan de beslissing op zijn

naam schrijven. Dit levert veel gezag op. De juistheid van een conclusie of besluit kan in de praktijk, in het beloop van de casus, steeds getoetst worden. Hiermee krijgt iemand wel of niet zijn gelijk.

Iemand die zichzelf als verantwoordelijke ziet, stelt het belang van de patiënt voorop en beslist over eigen patiënten: de professionele dispositie. Deze dispositie betekent altijd hard werken en de verantwoordelijkheid van beslissingen in zwaarwegende kwesties kunnen en durven nemen. In het ultieme geval zijn dit kwesties van leven en dood. Deze dispositie bepaalt de wijze waarop de arts zijn vak uitoefent. We kunnen de professionele dispositie beschouwen als het professionele geweten van de arts, dat zich in alle praktijken manifesteert. Men moet het goed doen en fouten voorkomen.

De wetenschappelijke dispositie functioneert als bron van gezag bij het beschikken over wetenschappelijke kennis die ook op ingewikkelde patiënten toepasbaar is. Nog meer gezag ontleent men aan het genereren van wetenschappelijke kennis: onderzoek doen en daarover publiceren in tijdschriften en boeken. Stafleden met gezag op basis van de wetenschappelijke dispositie geven richting aan de discussies en besluitvorming over onderzoek en patiëntenzorg. De geïnstitutionaliseerde, formele vorm van deze dispositie krijgt gestalte in de doctor- en professortitel. De doctorstitel geeft bijvoorbeeld arts-assistenten meer kansen op een goede opleiding of werkplek.

Aan het eind van het hoofdstuk zijn de drie disposities schematisch weergegeven.

Door disposities apart te bespreken brengen we eigenlijk een kunstmatige scheiding aan. Het 'zien' van de patiënt – de klinische dispositie – wordt uiteraard gevoed door wetenschappelijke kennis, en zonder de klinische en wetenschappelijke disposities heeft de professionele dispositie ook weinig waarde.

De verschillende disposities van de medische habitus dragen gezamenlijk bij aan het individuele gezag en de gezagsverhoudingen in de groep. Dat kan het gezag zijn van een briljante onderzoeker die zich in de medisch-wetenschappelijke wereld manifesteert, van de harde werker die zijn verantwoordelijkheid neemt of het gezag van de clinicus die de meest bijzondere gevallen kan diagnosticeren en behandelen. De chirurg die ingewikkelde, risicovolle operaties verricht, ontleent zijn gezag aan de klinische dispositie – een goede chirurgische blik – en de professionele dispositie: het kunnen en durven nemen van verantwoordelijkheid. Dit is een vermogen dat fysiek aanschouwd kan worden, in *the theatre*. Deze zichtbaarheid maakt de chirurg extra kwetsbaar: fouten kunnen maar naar één persoon wijzen, de operateur.

Ongeacht het kunstmatige van de aangebrachte scheiding tussen de disposities, kunnen we zeggen dat de medische habitus doordeesemd is van de klinische dispositie. Zij

vormt een belangrijke bron van gezag. Dit gezag verheft de geneeskunde tot de geneeskunst van de individuele arts.

De disposities functioneren in wisselwerking met elkaar, als systeem vormen zij de medische habitus. Er is vooral een wisselwerking tussen de wetenschappelijke en de klinische dispositie. De ervaringskennis van de klinische dispositie en de wetenschappelijke kennis van de wetenschappelijke dispositie zijn van een verschillende orde. Vanuit de klinische dispositie is elke patiënt verschillend en bepaalt de eigen individuele ervaring het handelen. Vanuit de wetenschappelijke dispositie is kennis gebaseerd op overeenkomsten tussen grote aantallen patiënten en wordt het handelen bepaald door de grootste *evidence*.

Als beide soorten kennis aanvullend zijn of tot dezelfde uitkomsten leiden, versterken zij elkaar. Zij vergroten de zekerheid van de arts bij zijn beslissingen. Als uitkomsten elkaar lijken tegen te spreken, wordt het verschil in de manier van waarnemen en waarderen tussen beide disposities manifest. Dit kan leiden tot strijd. Een individu kan hierdoor gaan twijfelen en het lastig vinden om een goede afweging te maken. Strijd uit zich ook in discussies in de groep, over de basis waarop de beslissing genomen moet worden. De klinische dispositie is in situaties waarin beide soorten kennis niet tot zekerheid leiden, vaak dominant. Hier gaat de interactie met de professionele dispositie een rol spelen. Blijkbaar geeft de klinische dispositie dan de grootste zekerheid om zelf de verantwoordelijkheid te kunnen nemen, in overeenstemming met het professionele geweten van de arts.

Dit maakt het begrijpelijk dat een assistent richtlijnen op basis van wetenschappelijke kennis vaak zwaar laat wegen. Hij beschikt immers nog niet over dezelfde klinische ervaring als stafleden.

Co- en andere assistenten zijn nog geen volwaardige leden van de groep en nemen de laagste posities in. De staf raakt geïrriteerd als assistenten de gezagsverhoudingen niet respecteren. Als ze falen, schamen de assistenten zich. Ook als ze niet door de staf vernederd worden en ze in hun eigen ogen tekort schieten. Gevoelens van schaamte en vernedering zijn heftige emoties, die meestal een negatieve connotatie hebben. Schaamte heeft echter ook een functie. Het kan fungeren als signaal dat de binding aan de groep bedreigd wordt (Scheff 2003). Om deze dreiging af te wenden, kan schaamte ertoe leiden dat iemand het gewenste gedrag aanneemt. Elias spreekt over de pijnlijke drempel die bijdraagt aan het aanpassen van gedrag en uiteindelijk ook de habitus (Elias 2001). De angst voor schaamte fungeert als een belangrijk sociaal controlemechanisme en speelt een rol bij het tot stand komen van de medische habitus.

Patiëntenbesprekingen zijn belangrijk voor het opdoen van ervaring en het blijven leren. Behalve voor assistenten geldt dit ook voor stafleden. Vele verschillende patiën-

ten passeren de revue, en deze patiënten, hoewel 'van papier', dragen bij aan de hoeveelheid patiënten die men 'gezien' heeft en hiermee aan het verwerven van de klinische dispositie:

'The mother of all learning is not repetition – it is variation. It is when ten or a hundred different lamps have been pointed out to him that a child learns the word and the concept of lamp.'

(Jönsson 1999)

Tijdens deze besprekingen is er een continue toetsing van zichzelf, collegae en het beleid van de groep als geheel. Men kan leren van fouten en verkeerd beleid bijsturen. Dit komt ook door de wijze van besluitvorming. Hoewel de eigen dokter beslist, blijkt dat de besluitvorming tijdens patiëntbesprekingen een sociaal proces is. Men toetst elkaar via vragen en het uitwisselen van argumenten en gebruikt elkaar om meer zekerheid te krijgen en op één lijn te komen. Zo wordt de verantwoordelijkheid voor de beslissing, die risico's met zich meebrengt, als het ware ook gedeeld. Het gebruik van 'we' in plaats van 'ik' illustreert dit: 'Weten we zeker dat...' 'We hebben een klinisch stadium...' Zo vormt de patiëntenbespreking een belangrijk moment waarop de habitus en de geneeskunde en -kunst worden overgedragen en bevestigd en draagt zij bij aan de zelfregulatie in de groep.

In dit hoofdstuk bespraken we drie disposities van de medische habitus en de betekenis voor gezag. Het zwaartepunt van analyse lag hierbij op het niveau van het individu. In de patiëntenbespreking zagen we echter al verschillende omgangsvormen die refereren aan het functioneren van de groep, zoals de functie van vragen, en de wijze van besluitvorming. In het volgende hoofdstuk vormt de groep het niveau van analyse.

MEDISCHE HABITUS, DRIE DISPOSITIES

DISPOSITIES		
KLINISCHE DISPOSITIE	WETENSCHAPPELIJKE DISPOSITIE	PROFESSIELE DISPOSITIE
De mens als patiënt zien	Geneeskunde als wetenschappelijk gefundeerde discipline zien	Zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk zien
STRATEGIEËN		
Op zoek naar symptomen om aandoeningen te genezen	Wetenschappelijke kennis vergaren / toepassen tbv patiënt	Belang van patiënt vooropstellen / beslissen over eigen patiënten
MANIFESTEERT ZICH IN		
Redeneerpatronen: presenteren patiënt / stellen vragen / argumenten in discussies	Citeren wetenschappelijke kennis / <i>evidence based</i> argumenten	Argumenten keuzes tbv patiënt. Hard werken / dienst doen. Kunnen / durven beslissen
EXCELLEREN		
Veel, bijzondere patiënten zien / diagnosticeren / behandelen	Citeren kennis bij bijzondere patiënten / genereren van kennis	'Altijd' werken / beslissen en handelen in ultieme kwesties voor patiënten
GEZAG		
Op basis van klinische ervaring (senioriteit)	Op basis van wetenschappelijke kennis	Op basis van dragen / nemen van verantwoordelijkheid in patiëntenzorg

De drie disposities uit dit hoofdstuk zijn hier schematisch weergegeven. Per dispositie wordt eerst het schema van waarneming en waardering beschreven met de bijbehorende strategieën. Hierna volgt de manifestatie van de dispositie in kenmerkende gedragspatronen / omgangsvormen. Bij excelleren hierin vormt de dispositie – cultureel kapitaal – een bron van gezag.

Hoofdstuk 4

Het functioneren van de groep



Fragment uit een interview.

Staflid: '...Het wij-gevoel is heel belangrijk. We werken hard, onder hoge druk en we zijn in onze positie vaak afhankelijk van anderen. Dan is het belangrijk dat je over dingen hetzelfde denkt, anders worden de verpleegkundigen bijvoorbeeld helemaal dol en onzeker. Je moet dingen op dezelfde manier doen en laagdrempelig met elkaar omgaan. Er mogen geen wrijvingen zijn, je moet met elkaar kunnen lezen en schrijven. Als je in de problemen bent, moet je onmiddellijk op iemand kunnen terugvallen, anders gaat het fout met patiënten of bij ingrepen. Collegialiteit is bepalend voor de veiligheid. Dat betekent dat je voor elkaar inspringt, er voor elkaar bent en elkaar niet laat vallen. Het is teamwork. We zijn een kleine staf, dat maakt je heel kwetsbaar.'

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag: hoe beïnvloedt de medische habitus het functioneren van de groep? Dit onderwerp is de opstap naar het volgende hoofdstuk waarin we onderzoeken hoe de medische habitus het leidinggeven van het afdelingshoofd in de groep beïnvloedt.

We onderzoeken in paragraaf 4.2 welke omgangsvormen karakteristiek zijn voor de groep. Ondanks het belang van deze omgangsvormen, worden ze regelmatig niet in acht genomen. Dit kan leiden tot conflicten die een bedreiging vormen voor het functioneren van de groep. Op basis hiervan leiden we de vierde dispositie van de medische habitus af. De verschillende specialismen kunnen we als subvelden van de medische wereld beschouwen. In het ziekenhuis functioneren groepen in relatie tot elkaar. Deze relaties vormen het onderwerp van paragraaf 4.3. We constateren dat ook hier onderlinge gezagsverhoudingen bestaan, die kunnen leiden tot onderlinge strijd. Tevens gaan we in op de manier waarop samenwerking vorm krijgt. In de laatste paragraaf, 4.4, maken we de balans op: de medische habitus en het functioneren van de groep.

4.2 Relaties binnen de groep

Door het lidmaatschap van een stafgroep kunnen stafleden, inclusief het afdelingshoofd, terugvallen op het gezamenlijke kapitaal (zie ook hoofdstuk 2, par. 3.2). De winst die het lidmaatschap van de groep oplevert is de basis van de groepssolidariteit. De groep kan gezien worden als het product van investeringsstrategieën, individueel en collectief, bewust en onbewust. Individuen investeren in de onderlinge relaties door elkaar bijvoorbeeld diensten te verlenen. Deze diensten en andere investeringen zijn een teken van wederzijdse erkenning van het groepslidmaatschap en reproduceren zo de groep. We bespreken drie karakteristieke omgangsvormen en hun betekenis voor het functioneren van de groep: collegiaal zijn, opdrachten geven en niet controleren en geen openlijke kritiek uiten (par. 4.2.1, 4.2.2 en 4.2.3). Hierna gaan we in op de bronnen van con-

flicten en hoe deze het functioneren van de groep kunnen bedreigen (par. 4.2.4). In paragraaf 4.2.5 leiden we de vierde dispositie van de medische habitus af.

4.2.1 Collegiaal zijn

Een afdelingshoofd zegt tijdens een interview: 'Wat collegialiteit voor mij betekent? Een instelling waarbij je solidair bent met medewerkers omdat zij deskundig en toegewijd aan hetzelfde doel werken. Dat je bereid bent voor elkaar in te vallen, bijvoorbeeld als iemand een probleem heeft en geen dienst kan doen. Maar ook naar buiten toe, als iemand wordt aangevallen op zijn handelen, bijvoorbeeld als er een complicatie is geweest en je weet dat iemand met goede intenties heeft gehandeld, maar het gaat toch mis. Dat je iemand dan steunt en partij kiest.'

Het uitgangspunt 'collegiaal zijn' komt op verschillende manieren tot uitdrukking. In de eerste plaats doordat men elkaar over en weer helpt en diensten verleent. Een ander vorm van collegialiteit is dat men loyaal is aan elkaar. Voor beide vormen geldt het belang van wederkerigheid.

Diensten verlenen

Collegiaal zijn betekent bijvoorbeeld dat de arts flexibel voor een collega waarneemt en inspringt. Gevraagd, maar ook ongevraagd: je laat elkaar niet vallen. Dit kan uiteenlopende situaties betreffen: iemand is ziek, wil naar het theater of een congres. Diensten, supervisie over assistenten en andere verplichtingen moeten dan overgenomen worden. Dit is meer dan het simpel ruilen van een dienst.

Een stafid steekt in een interview de wijsvinger van zijn rechterhand op: 'Die heb ik vorig jaar gebroken met hockey, ik ben nog nooit zo geschrokken. Het was een intra-articulaire fractuur. Het is gelukkig helemaal goed gekomen, maar ik heb drie maanden niet kunnen opereren. Ik heb iedereen erg bedankt, maar ja...'

De tegenprestatie is hier niet op voorhand duidelijk, noch met betrekking tot de inhoud van de dienst noch wat betreft de tijd. Toch is de wederkerigheid essentieel, het stafid in bovengenoemd citaat voelt een grote verplichting jegens de groep die hem van dienst is geweest. De vanzelfsprekendheid en schijnbare belangeloosheid waarmee ze dat doen zijn een grote investering in de relatie en brengen een verplichting met zich mee voor de ontvanger: als het nodig is, moet die een wederdienst bewijzen.

Niet alleen op individueel, maar ook op collectief niveau verleent men wederzijdse diensten. Door het doen van nacht- en weekenddiensten, onderwijs, het deel uitmaken van bepaalde multidisciplinaire besprekingen en ziekenhuisbrede commissies waarin de afdeling vertegenwoordigd moet zijn. De individuele arts verricht deze diensten ook voor de groep. Zeker in deze academische setting spelen onderwijs- en opleidingsver-

plichtingen een belangrijke rol. Dergelijke taken worden soms als corvee beschouwd. De wederkerigheid komt hier terug in belang dat men hecht aan het eerlijk verdelen van deze klussen. Dat geldt ook voor vakanties en congresbezoek: de lasten en de lusten.

Loyaal zijn

Een staflid tijdens een interview:

‘Als groep moet je bij lastige beslissingen over een patiënt ook loyaal aan iemand zijn. Een voorbeeld, niet echt hoor: iemand doet een operatie die je zelf nooit gedaan zou hebben en je wordt bij die patiënt geroepen vanwege veel pijn. Dan mag je nooit zeggen: die operatie zou ik nooit gedaan hebben. Je mag een collega nooit afvallen naar een patiënt toe.’

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

‘Vorige keer dacht ik achteraf: heb ik het niet te ongenueanceerd gebracht. Ben ik mijn stafleden niet onnodig afgevalen, want dat is niet de bedoeling. Dus ik heb geprobeerd het iets neutraler te formuleren.’

Loyaal zijn betekent om te beginnen dat men een collega niet in diskrediet brengt door buiten de groep kritiek op hem te uiten. Ook in intervisiebijeenkomsten kan loyaliteit tegenover collegae bepalen of je een casus inbrengt of juist niet: ‘Omdat ik besloten heb niet op de man te spelen, bovendien vind ik hem te aardig.’

De arts is niet alleen loyaal aan een individuele collega, maar ook aan de groep. Vertrek uit de groep kan betekenen dat hij de groep in de steek laat, of erger. Een afdelingshoofd vertelde dat hij wakker had gelegen toen een staflid onverwacht per mail liet weten dat hij ontslag nam: ‘Dat voelde als een dolk in de rug.’

Loyaliteit betekent dat je je houdt aan afspraken en beloftes, ook als ze niet zwart op wit staan, want ‘dat is binnen de collegiale verhoudingen niet nodig.’ Het zwart op wit zetten wordt als teken van wantrouwen opgevat.

4.2.2 Geen opdrachten geven en niet controleren

Een staflid in een interview:

‘Iemand kan je nooit opdragen een OK te doen die je zelf niet ziet zitten. Het is geen wiskunde. Chirurgie is op het scherpst van de snede: als ik een bronchus doorsnijd, heb ik het gedaan. Ik kan het wel proberen te repareren, maar het feit blijft.’

Het krijgen van een opdracht botst met de professionele dispositie. Deze dispositie betekent dat de arts in staat is zelf de verantwoordelijkheid te nemen en zijn eigen handelen vorm te geven. Hij geeft zichzelf opdrachten. Ook tegenover andere instituten, waarmee men samen patiënten behandelt, kan er een zekere schroom bestaan de eigen behandeling aan een ander op te leggen. Het uitgangspunt is dat iedereen gelijk is. De

specialist, eenmaal gekwalificeerd, beleeft het krijgen van een opdracht als een diskwalificatie. Het stelt zijn functioneren ter discussie, alsof hij niet in staat is zelf de verantwoordelijkheid en de goede beslissing te nemen. Door een collega een opdracht te geven, verheft de opdrachtgever zich boven de ander. In de opleidingssituatie is deze hiërarchie mogelijk, maar onder gelijken ervaart men het als niet respectvol.

Dit geldt ook voor het controleren van elkaar: een co- of assistent wordt gesuperviseerd en gecontroleerd, maar controle van een collega is niet meer nodig. Dat is zelfs te zwak uitgedrukt: het uitoefenen van controle en het geven van opdrachten is een teken van wantrouwen en wordt als een denigrerende actie beleefd: men beschouwt de betreffende collega blijkbaar niet als gelijke.

Ook in de manier waarop de groep besluiten neemt, zien we dit uitgangspunt terug. De besluitvorming is gebaseerd op consensus. Door pas een beslissing te nemen als iedereen het ermee eens is, hoeft een individu niet iets te doen of laten waar hij niet achter staat. Bovendien wordt voorkomen dat één of meer individuen buiten de groep vallen. Het is zowel een teken van loyaliteit aan de groep als aan het individu.

4.2.3 Geen openlijke kritiek uiten

Een afdelingshoofd vertelt in een interview naar aanleiding van een complicatiebespreking:

‘Nee, er wordt niet openlijk over fouten gesproken, maar daar is onder vier ogen al het nodige over gezegd en het hoort bij je professionaliteit dat je al aan een half woord genoeg hebt. Iemand krijgt een rood hoofd en doet het de volgende keer wel anders. En als je het duidelijker zou doen, krijg je weer toestanden zoals vroeger. Zoals tijdens mijn opleiding, bij de grote visite. We hadden een soort dienstruimte in het midden met badkamers en dergelijke en twee gangen aan weerszijden met kamers van patiënten. Een patiënt waar je niet zeker van was, of waar het niet goed gegaan was, werd in de badkamer gereden en als de visite op de andere gang was, weer terug naar de eigen kamer. Hij werd zo overgeslagen.’

In het vorige hoofdstuk zagen we dat kritiek vaak geuit wordt in de vorm van vragen. Kritiek wordt, behalve tegenover arts-assistenten, zelden openlijk geuit. Wat ligt er aan deze omgangsvorm ten grondslag? Er zijn verschillende drempels voor openlijke kritiek. In de eerste plaats is het lastig te bepalen of kritiek in een bepaalde situatie terecht is: wanneer is fout echt fout? En als dat wel het geval lijkt, is de volgende vraag lastig te beantwoorden: is de fout een teken van disfunctioneren? En als er daadwerkelijk sprake is van een fout of van disfunctioneren is de derde en belangrijkste drempel de angst dat kritiek gezichtsverlies betekent voor de ander.

Wanneer is fout echt fout?

Een staflid tijdens een interview:

‘Maar wanneer is het fout? Dat is vaak heel lastig. Je hebt verschillende stijlen. Ik heb net overlegd

over een enkelfractuur. Ik zou die niet opereren, maar ingipsen. Mijn collega wil hem morgen op het OK-programma zetten. Nou, oké. Het is een kwestie van veel leren, veel zien, veel meemaken.'

Fragment uit een intervisiebijeenkomst.

Afdelingshoofd 1: 'Weet je, er zijn nog geen gigantische complicaties aan de orde geweest, maar het is meer dat je wilt behoeden dat iemand, eh ja, ergere fouten maakt dan nodig is.'

Afdelingshoofd 2: 'Het is natuurlijk wat je een complicatie noemt, maar het is een vak waarbij waarschijnlijk geen enkele patiënt het ziekenhuis verlaat zonder dat je daar een paar complicaties bij kan turven.'

Wanneer kan een arts zijn collega van een fout betichten? Deze vraag vinden artsen in de praktijk soms lastig te beantwoorden. Verschil in aanpak kan een verschil zijn in stijl of 'school', zonder dat er van een fout gesproken hoeft te worden. Ook de hoeveelheid ervaring speelt mee in het beoordelen van een fout: een collega met minder ervaring kan zich meer fouten permitteren. Hij moet nog veel patiënten zien om te leren altijd de goede afwegingen te maken en de goede beslissingen te nemen.

Er is soms een onduidelijke relatie tussen een foute uitkomst en het maken van een fout. Ook hierdoor is deze vraag moeilijk te beantwoorden. Twee principes maken deze relatie onduidelijk: de eigen dokter kent zijn patiënt het beste en foute uitkomsten zijn soms onvermijdelijk in de geneeskunde. De arts zal daarom voorzichtig zijn met een oordeel over zijn collega; hij heeft de patiënt zelf niet gezien en bovendien zegt de uitkomst niet alles. Het gaat om de redeneringen en intenties die tot bepaalde beslissingen en handelen hebben geleid: zijn deze navolgbaar en goed? Deze worden met vragen getoetst. Want een uitkomst kan fout zijn, maar als de redeneringen goed waren valt de collega niets te verwijten: hij heeft geen fout gemaakt. Zo ligt het vanuit het perspectief van de medische habitus.

Een fout die de arts zich zeker moet aantrekken, is de fout die hij had kunnen voorkomen, omdat hij niet zijn uiterste best heeft gedaan.

Een stafid over hoe hij omgaat met het overlijden van een patiënt tijdens een operatie:

'Als je het gevoel hebt het goed gedaan te hebben, dat je het niet anders kon doen, dan is het geen probleem. Maar je moet niet in slechte vorm zijn, omdat je de dag te voren te veel gedronken hebt....'

In deze situatie zou de arts het belang van de patiënt niet vooropgesteld hebben.

Een foute uitkomst kan het gevolg zijn van een complicatie. Een complicatie is een immanent onderdeel van de geneeskunde: voortvloeiend uit een ziekte zelf of uit het noodzakelijke ingrijpen van de arts. Er is vaak de neiging om eufemistisch te spreken van complicaties of van incidenten, ook als het misschien om fouten gaat. Er is een glij-

dende schaal, van complicaties tot incidentele fouten tot fouten op basis van disfunctioneren.

Wanneer is een fout een teken van disfunctioneren?

Wanneer wijzen fouten of foute uitkomsten op structureel disfunctioneren? Een bloeding of een infectie na een operatie kunnen als een complicatie beschouwd worden, maar de collega die structureel meer van deze complicaties heeft, bij vergelijkbare ingrepen en patiënten, zou kunnen disfunctioneren.

Nog belangrijker dan het maken van fouten is of iemand in staat is om te reflecteren op zijn eigen handelen.

Een stafid in een interview:

‘De gevaarlijkste dokters zijn zij die geen eigen inzicht hebben.’

Als de arts die bij een fout betrokken is, niet kan reflecteren op zijn daden, handelt hij niet vanuit het uitgangspunt dat je in de geneeskunde altijd blijft leren. Elke patiënt is immers anders. Deze arts is daarom gevaarlijk. Hij leert niet van zijn fouten en hij kent zijn eigen grenzen niet. Hij kan patiënten behandelen en ingrepen verrichten die hij onvoldoende beheerst. Dan is duidelijk sprake van disfunctioneren.

De vraag wanneer fout echt fout is, is niet altijd eenduidig te beantwoorden. Dat geldt ook voor de vraag wanneer een fout een teken is van disfunctioneren. Dat betekent een drempel voor het geven van openlijke kritiek. Maar de grootste drempel voor onderlinge kritiek is het voorkomen van gezichtsverlies.

Gezichtsverlies voorkomen bij de ander

Een stafid naar aanleiding van disfunctionerende collegae:

‘Je kunt beter de schade afdekken dan iemand isoleren. Ik kan zelf moeilijk duidelijk zijn. Je doet iemand dan te veel pijn, je kwetst, hè.’

Het voorkomen van gezichtsverlies bij de *ander* is de belangrijkste drempel om iemand openlijk te bekritisieren. Met een kritische vraag kun je openlijk gezichtsverlies enigszins vermijden. De kritiek komt dan wel degelijk naar voren en de gedachtegang van betrokkene wordt getoetst. Voor de goede verstaander is impliciete kritiek via een vraag voldoende om het eigen handelen tegen het licht te houden. Hij is zo in staat om te leren.

De angst voor gezichtsverlies wordt al in de opleiding overgedragen, zagen we in het vorige hoofdstuk. Deze angst fungeert ook bij de volwassen habitus als een belangrijk sociaal controlemechanisme en heeft een functie voor het professionele geweten van de arts. De arts doet zijn uiterste best zonder expliciete druk van regels of andere dwang

van buitenaf. Hij levert een maximale inspanning om het zo goed mogelijk te doen en niet te falen, om uitstoting uit de groep te voorkomen.

De keerzijde van de angst voor gezichtsverlies is dat de confrontatie met een fout heftige gevoelens oproept bij een arts. Een fout maken betekent falen als persoon. Zoals Gawande in zijn boek *Complicaties* naar aanleiding van een door hem gemaakte fout zegt: 'Dit was geen schuldgevoel: schuldgevoel is wat je ervaart als je iets fout hebt gedaan. Ik voelde: ik was zelf de fout' (Gawande 2002: 75). Het is indrukwekkend om de heftigheid te zien waarmee artsen kunnen reageren op een klacht van een patiënt via het tuchtcollege. Ook als ze zeker weten dat ze geen fout gemaakt hebben, overwegen ze minstens enige tijd, tot in het diepst van hun ziel gekrenkt, om te stoppen met hun vak. Alsof de arts door een klacht zijn hele vermogen – kapitaal – is kwijtgeraakt.

Gezichtsverlies moet ook bij de ander tegen een hoge prijs voorkomen worden (vergeleijk ook Goffman 1967). Er is een grote identificatie met de ander, waardoor er op voorhand al sprake is van plaatsvervangende schaamte. De angst voor deze schaamte vormt een belemmering voor het leveren van openlijk kritiek. Door een collega gezichtsverlies te laten lijden, laat de arts hem als persoon vallen. Dit is zeer bedreigend, ook voor de kritiekgever. Schaamte is een signaal dat de binding aan de groep bedreigd wordt (Scheff 2003). Het maken van fouten, maar ook het openlijk uiten van kritiek, appelleert via de schaamte aan de angst om buitengesloten te worden. Een angst die ook de kritiekgever ervaart.

De besproken omgangsvormen zijn gericht op goede onderlinge relaties en op solidariteit met elkaar. Toch worden zij niet altijd in acht genomen. Dit kan leiden tot conflicten die het functioneren van de groep bedreigen.

4.2.4 Conflicten

Tijdens een stafvergadering is het agendapunt 'vakanties' aan de orde.

Staflid A zegt dat hij zijn wintersport wil gaan plannen, dat ze thuis aan zijn hoofd zeuren wanneer het nu eindelijk afgesproken wordt. Er wordt rekening gehouden met kindervakanties. Een vrouwelijk staflid met jonge kinderen zegt dat ze nog wel een keer buiten de schoolvakantie kan gaan, maar dat ze dan wel extra naschoolse opvang moet inkopen.

Twee andere vrouwelijke stafleden reageren geïrriteerd: 'Ik heb dat voor mijn congres ook moeten doen.' Er wordt geroepen dat eerst de mensen met kinderen voorgaan, daarna de meer flexibele.

Staflid B, die op dit moment binnenkomt, beaamt dit en blijkt al geboekt te hebben.

Hierop reageert staflid A verontwaardigd: 'Dat is ook een manier.'

Staflid B: 'Nou, het is ook een blijk van vertrouwen.'

Staflid A: 'Ik zit de hele tijd te wachten met boeken.'

Er klinkt gemor en iedereen praat door elkaar heen.

Een discussie in een stafvergadering over het op tijd bespreken van congresbezoek.

Staflid A benadrukt dat er ook rekening gehouden moet worden met reizen in het weekend en verwijst naar een akkefietje dat hij hierover had met staflid B. Die moest vanwege de reis opeens het weekend voorafgaand aan het congres al weg en vroeg hem zijn dienst over te nemen, een verzoek dat staflid A heeft geweigerd.

Staflid B: 'Je kan niet alles voorzien.'

Staflid A: 'Nou, ik wel, helemaal precies, en ik heb daarom mijn poot stijf gehouden. Ik snap wel dat het niet in het belang van de afdeling is, maar.....'

Meer of minder heftige conflicten komen regelmatig voor binnen een stafgroep. Er zijn verschillende oorzaken voor deze conflicten.

Op stafvergaderingen staat regelmatig de vakantie- en congresplanning op de agenda: wie gaat wanneer en wie blijft achter. In deze situaties verschillen de uit te wisselen diensten in omvang en tijd en ze worden door betrokken partijen soms verschillend gewaardeerd. Zij zijn vaak niet op voorhand geregeld. Vertrouwen mensen die onaangekondigd afwezig zijn op de collegialiteit van anderen, die 'moeten' inspringen?

Soms betreft het een dienstverlening voor de groep: stafleden vallen in voor een collega die naar een congres gaat, mede om de reputatie van de afdeling hoog te houden. Er zijn stafleden die dat veel minder vaak doen. Wat moet daar tegenover staan? Op welke termijn? Zelfs het simpel ruilen van een dienst vergt een flexibiliteit die niet iedereen op dezelfde manier opvat of zich kan permitteren. Ook al is de tegenprestatie op voorhand niet altijd duidelijk, de wederkerigheid is belangrijk. Soms meet men echter met verschillende maten, wat kan leiden tot langdurig verstoorde onderlinge verhoudingen.

Tijdens een stafvergadering stond de afspraak voor aflossing bij het ingaan van de dienst op de agenda. Er ontstond een ingewikkelde discussie over hoe die afspraak ook alweer was: vraagt een dienstdoende aan het eind van de dag of hij de operateur die nog bezig is moet aflossen, of maakt de operateur altijd zijn operatie af en vraagt hij aflossing als dit nodig is? Achteraf bleek dat er een heftig incident was geweest, waar de gemoederen hoog waren opgelopen. Oude, vergelijkbare incidenten lagen hieraan ten grondslag. Nieuwe gebeurtenissen doen het conflict steeds weer oplaaien, ook hier lijkt het principe van wederkerigheid te gelden: kwaad wordt met kwaad vergolden.

Een conflict tussen twee stafleden kan een conflict binnen de hele staf tot gevolg hebben en wordt daarom als bedreigend ervaren.

Een afdelingshoofd zegt tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Het is een heel klein groepje, dat kan helemaal desintegreren en dan is het een groot slagveld, want dan heb je allemaal kampen.'

Een afdelingshoofd tijdens een andere intervisiebijeenkomst:

‘Het is ontzettend vervelend voor de teamgeest als je een conflict hebt in je team, ook voor verpleegkundigen. Het is slecht voor de kwaliteit van de patiëntenzorg en heeft enorme consequenties. Je moet makkelijk met elkaar kunnen praten, elkaar makkelijk kunnen opzoeken en daarvoor heb je zekere vriendschappelijke relaties nodig.’

Vaak raken er meer mensen bij een conflict betrokken en er ontstaat snel kampvorming. Dit heeft gevolgen voor het medisch functioneren van een groep. Om een goede patiëntenzorg te kunnen leveren, moet er een goede samenwerking zijn. Stafleden die op geen enkele manier meer wilden samenwerken, brachten bij vakanties patiënten onder bij een assistent in plaats van bij elkaar. Een staflid vertelde dat hij niet samen met een bepaalde collega opereerde, dat zou niet goed gaan: ‘Dan vallen er doden!’ Men valt elkaar af tegen collegae en assistenten. Op die manier geven conflicten een negatief beeld naar buiten en bedreigen zo de goede naam van de groep.

Een conflict heeft een enorme emotionele impact, zowel op het individu als op de groep. Conflicten die jaren geleden speelden, worden soms nog met veel details en emoties verteld en werken ook in het privéleven door. Een staflid vertelde in een interview over een ruzie met een collega, jaren geleden: ‘zelfs mijn vrouw wilde hem wat aan doen.’ De heftigheid van emoties verwijst naar een enorme onderlinge afhankelijkheid. Conflicten in de groep zijn bedreigend, ze brengen het functioneren van het individu en de groep in gevaar, maar kunnen ook het belang van de patiënt schaden.

Het schenden van de omgangsvormen in de groep geeft aanleiding tot conflicten, die het functioneren van de groep bedreigen. Als de impact van conflicten zo groot is, waarom probeert men die dan niet te vermijden?

In de eerste plaats vanwege de kwetsbaarheid van het principe van wederkerigheid. Diensten verlenen en loyaliteit zijn ‘belangeloze’ investeringen waarvan de waarde soms moeilijk te bepalen is of waarover men van mening kan verschillen. Ook het moment van de wederdienst ligt niet altijd vast. De schijnbare belangeloosheid vergroot de waarde van de investering. Toch moet er een tegenprestatie volgen, maar als die te lang uitblijft of onvoldoende waarde heeft in de ogen van de ontvanger, kan de verhouding verstoord raken.

Daarnaast speelt de onderlinge competitie een rol. Een gemeenschappelijke habitus voorkomt geen competitie, integendeel (Bourdieu 1990). Iedereen streeft naar het schaarse kapitaal en verschillen roepen jaloezie en competitie op. Hoewel men vindt dat iedereen gelijk is en alles eerlijk verdeeld moet worden, is de praktijk ingewikkelder. Er zijn verschillen, ook in deze groep ‘gelijken’, zoals we aan de gezagsverhoudingen in het vorige hoofdstuk zagen. Stafleden die wetenschappelijk goed presteren en

die gevraagd worden als spreker op congressen, hebben soms meer onderzoekstijd en doen soms minder als corvee beleefde taken dan anderen. De wederkerigheid van diensten komt in zo'n geval onder druk te staan en diensten worden soms geweigerd, ook uit jaloezie. Hoewel goede wetenschappelijke prestaties ook de groep ten goede komen, zal vooral het betreffende staflid hiervan profiteren. Het gezag komt vooral op zijn conto; de corvee wordt gedaan door anderen. Juist hierdoor liggen de verschillen dan ook gevoelig. Men spreekt soms over A en B, of eerste- en tweederangs stafleden om deze verschillen aan te duiden. Bij de verdeling van taken die als corvee beleefd worden, worden de termen middenvelders of waterdragers genoemd. En hoewel iedereen vindt dat een team zonder hen niet kan functioneren, beschouwen stafleden deze termen onmiskenbaar als een diskwalificatie.

In de strijd om het kapitaal of als straf voor oncollegiaal gedrag, kan het onthouden van collegialiteit of loyaliteit als machtsmiddel ingezet worden. Stafleden kunnen elkaar diensten weigeren of zich niet loyaal gedragen.

We bespraken de omgangsvormen die belangrijk zijn voor het functioneren van de groep. Het afwijken van deze omgangsvormen kan, bijna paradoxaal, de bron zijn van conflicten.

4.2.5 De vierde dispositie van de medische habitus

Als een arts zich houdt aan de omgangsvormen – collegiaal zijn, geen opdrachten geven en niet controleren, geen openlijke kritiek uiten – bevestigt hij de solidariteit met de groep. De reciprociteit van omgangsvormen is van groot belang. Schending hiervan gaat met conflicten gepaard. Conflicten zijn bedreigend voor het individu, maar ook voor de groep en voor de patiënt. Een individu loopt het risico niet meer bij de groep te horen en niet op de groep terug te kunnen vallen. Het lidmaatschap van de groep en de groep zelf staat op het spel. Er is een grote wederzijdse afhankelijkheid, zowel vakinhoudelijk als praktisch.

Als stafleden gevraagd wordt naar het doel van de patiëntenbespreking, blijkt uit de antwoorden hoe zij elkaar vakinhoudelijk nodig hebben:

- 'Je kan niet in je eentje behandelen, dus je moet het wel eens zijn'
- 'Ook het *cover your ass* principe: als het mis gaat, moet je je wel gedekt weten door de groep'
- 'Elkaar helpen bedenken wat je gemist zou kunnen hebben'
- 'Voorkomen van fouten, fouten eruit halen'
- 'Formuleren van beleid voor moeilijke patiënten'

De groep helpt het individuele staflid zijn werk goed te doen; de groep toetst en legitimeert het individuele beleid. De verantwoordelijkheid wordt als het ware gezamenlijk gedragen.

Het belang van de groep komt ook tot uiting in het gebruik van *we*: ‘Bij lichamelijk onderzoek zagen *we* een vitale zestigjarige vrouw...’; ‘Weten *we* zeker dat...?’ *We* wordt vooral gebruikt door de stafleden. Is hier sprake van een *pluralis majestatis*? Het lijkt meer een vorm van de *pluralis modestiae*. Als een staflid over *ik* spreekt, wekt dit vaak irritatie op en wordt hem arrogantie verweten: hij behandelt de patiënt niet alleen als individuele dokter, maar de behandeling gebeurt ook door de groep.

De praktische afhankelijkheid komt voort uit de plicht om te zorgen voor continuïteit in de patiëntenzorg en de andere academische taken. Daarom is men bereid om in de groep te investeren. De verleende diensten bevestigen het lidmaatschap van de groep en de grenzen van de groep: daar waar men elkaar geen diensten verleent.

Hieruit leiden we de vierde dispositie van de medische habitus af, die uitdrukt hoe het individu zich tot de groep van collegae verhoudt: de collegiale dispositie. Het schema van waarneming en waardering omschrijven we als ‘het lidmaatschap van de groep gelijken als onlosmakelijk verbonden zien met het eigen functioneren.’ Dit schema betekent dat men de ander als gelijke behandelt, niet laat vallen en geen gezichtsverlies laat lijden. Dit zijn de investeringen die men doet in het reproduceren van de groep.

De collegiale dispositie wordt al tijdens de opleiding overgedragen. Ook assistenten moeten gezamenlijk een aantal groepsverplichtingen vervullen en de continuïteit in de patiëntenzorg waarborgen. Zij moeten een dienstrooster kloppend maken en elkaar bij ziekte of vakantie waarnemen. Als assistenten zich hier niet voldoende voor inzetten, leidt dit tot irritaties:

Het afdelingshoofd zit op zijn kamer nog na te briesen over een assistent:

‘Er moest iemand aanwezig zijn van de assistenten op de afdeling, wegens vakanties en zwangerschap. Assistent X, die het meest in aanmerking kwam, wilde daarvoor niet zijn onderwijsdag afzeggen. Een andere mogelijkheid was assistent Y, maar die had iets anders en is al vaker ingesprongen. Dus ik zei tegen X dat hij het moest doen. Hij zei toen: ‘En toch verander ik niet van mening.’ De blaag! Het is vooral moeilijk verteerbaar dat hij niet gevoelig is voor het feit dat ik vind dat hij het wel moet doen en dat hij zijn verantwoordelijkheid niet neemt. Ik heb hem samen met Y naar buiten gestuurd en gezegd dat ze het samen moesten oplossen. Nu doet de andere assistent, Y, het. Maar X krijgt het nog wel te horen, in een beoordelingsgesprek. Zo kan je later ook niet samenwerken...’

Deze assistent is niet bereid te investeren in de groep, collegiaal te zijn, maar neemt vanuit het perspectief van de professionele dispositie ook niet zijn verantwoordelijkheid naar de patiënt. Daarnaast toont hij geen respect voor senioriteit.

In deze paragraaf hebben we vooral gekeken naar relaties binnen een stafgroep en de wijze waarop de collegiale dispositie het functioneren van de groep beïnvloedt. In paragraaf 4.3 besteden we aandacht aan de relaties tussen stafgroepen. Hoe manifesteert de collegiale dispositie zich in het functioneren van deze onderlinge verhoudingen?

4.3 Relaties tussen groepen

Tijdens een intervisiebijeenkomst vond, met toenemende hilariteit, het volgende gesprek plaats:

Afdelingshoofd A: 'Hoeveel werkt een honderd procenter eigenlijk?'

Afdelingshoofd B (snijgend): 'Het hangt ervan af of het een anesthesist is.'

YW: 'De chirurg over de anesthesist.'

Afdelingshoofd A: 'Geen commentaar.'

Afdelingshoofd C tegen afdelingshoofd B (snijgend): 'Jullie roepen altijd slapper, slapper.'

Afdelingshoofd B (snijgend): 'Inderdaad. En dan roept hij terug, dat is de rigor mortis.'

Binnen de medische wereld zijn verschillende subvelden, in het UMC vertegenwoordigd door verschillende stafgroepen met hun eigen afdelingshoofd. Hoe werken die samen en in hoeverre is er strijd tussen groepen specialisten in de medische wereld?

Binnen een stafgroep kan competitie om het ongelijk verdeelde kapitaal tot strijd leiden, waarbij het onthouden van collegialiteit als machtsmiddel ingezet kan worden. Bestaan er tussen de specialismen ook verschillen in het beschikken over kapitaal, die aanleiding geven tot competitie? Hiertoe onderzoeken we in paragraaf 4.3.1 het bestaan van gezagsverhoudingen tussen specialismen. In hoeverre kunnen we eventuele gezagsverhoudingen tussen de verschillende specialisten relateren aan de medische habitus?

In paragraaf 4.3.2 staan we stil bij enkele veel voorkomende ontmoetingen tussen verschillende specialisten. We onderzoeken de aard van de onderlinge relatie en hoe samenwerking en strijd zich manifesteren.

4.3.1 Gezagsverhoudingen tussen de verschillende specialismen

Een ongelijke verdeling van kapitaal tussen de diverse specialismen leidt tot het innemen van verschillende posities en daarmee tot strijd om de beste posities. In deze strijd oefenen deelnemers op verschillende manieren macht uit. Bourdieu spreekt van daden van erkenning en miskennis (Bourdieu 1985). Deze zijn erop gericht de eigen positie in een veld te versterken of te consolideren. Denigrerende opmerkingen en complimenten beschouwt hij als een zwakke vorm van machtsuitoefening, hoewel het effect mede zal afhangen van de positie die de maker van de uitspraak inneemt (hoofdstuk 2, par. 3.2). Denigrerende opmerkingen en complimenten verwijzen naar kapitaal dat door betrokkenen in een bepaalde wereld van waarde worden geacht.

We onderzoeken aan de hand van opvattingen in hoeverre er sprake is van gezagsverhoudingen tussen de specialisten en waar deze op zijn gebaseerd. We tekenden regelmatig spontane grappen en denigrerende opmerkingen op over andere specialisten. Om beter zich te krijgen op de onderlinge relaties vroegen we de geïnterviewden om een rangorde of 'statuslijstje' te maken van alle klinische MSRC erkende specialisten. Die rangorde moest vooral inzicht geven in de criteria die men gebruikt en welke de relatie is met de medische habitus. De criteria mochten de geïnterviewden dan ook zelf bepalen, maar zij werden wel verzocht deze te expliciteren.

Al deze opvattingen geven een perceptie van de gezagsverhoudingen tussen de verschillende specialismen weer, die grote overeenkomsten vertoont. Deze gezagsverhoudingen kunnen we relateren aan de verschillende disposities van de medische habitus als bronnen van gezag. Daarnaast geeft deze analyse inzicht in verschillen van waardering van de disposities binnen de medische habitus.

We bespreken eerst de relatie van onderlinge gezagsverhoudingen met de klinische en de professionele dispositie, daarna die met de wetenschappelijke en de collegiale dispositie.

De klinische en de professionele dispositie

De klinische dispositie is belangrijk bij de waardering voor een specialisme. Zo vindt men meestal dat de 'grote' vakken, zoals de heelkunde en de inwendige geneeskunde hoog in de hiërarchie staan. Door de toenemende differentiatie waardeert men de beoefenaars van grote specialismen als generalisten, die de hele geneeskunde bestrijken. Zij 'zien' de patiënt in zijn geheel en bovendien een grote groep patiënten. Dit was voor twee geïnterviewden een reden om de huisarts, die als niet-klinisch specialisme niet betrokken werd in de rangorde, toch te noemen. Zoals iemand zei: 'Eigenlijk moet de huisarts bovenaan staan, als echte generalist.' Ook de intensive care zet men op een hoge plek, omdat men ook hen als generalisten beschouwt.

Het omgekeerde geldt voor de deelspecialismen, waarover geïnterviewden uitspraken deden als: 'Desnoods doe ik het zelf'; 'Gastro-enterologie kan ook een internist doen'; 'De urologie kan ook de algemeen chirurg doen'; 'Het zijn allemaal in verhouding kleinere vakken, goed op hun eigen gebied, maar wat heb je eraan?'

Een argument om specialismen als de medische microbiologie, pathologie en klinische chemie laag in de rangorde te zetten, is dat ze fysiek verder van het ziekbed verwijderd zijn: zij zien geen of veel minder 'echte' patiënten: 'Een patholoog en een radioloog zijn toch geen echte dokters' en 'Revalidatieartsen zijn er om thuis de trapleuningen aan te passen, maar niet om aan de patiënt te komen.'

Criteria refereren soms zowel aan de klinische dispositie – de patiënt moet genezen – als aan de professionele dispositie: of iemand zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk ziet. Het blijkt een criterium of een specialisme daadwerkelijk iets voor de patiënt kan

doen, zeker als het gaat om leven en dood. Specialismen zoals de chirurgie, de inwendige geneeskunde, de intensive care geneeskunde, de cardiologie en de cardiothoracale chirurgie, geeft men een hoge plaats in de hiërarchie omdat ze zich bezighouden met de vitale organen. Zo scoort ook de anesthesiologie als ondersteunend specialisme hoog, omdat zij in de acute geneeskunde belangrijk en verantwoordelijk is. Soms is het een reden om de heelkunde boven de inwendige geneeskunde te zetten: 'In de oncologie zijn er minder mogelijkheden tot genezing dan in de chirurgie, de interne is vaak palliatief....' Dermatologie - 'gaat alleen maar over jeuk en roodheid' - krijgt vaak een lage plek.

Specialisten die minder geacht worden te behandelen, scoren ook relatief laag, ondanks andere kwaliteiten. Zo zegt men over neurologen: 'Het is prachtig detective-werk, maar daarnaast kunnen ze niets herstellen.' En: 'Een veelwetende specialist die niet veel kan doen.' Over de klinische genetica: 'Wel belangrijk, maar niet voor de behandeling.' Over de neurochirurgie werd opgemerkt: 'Een prachtig vak, maar het is heel erg beperkt in zijn mogelijkheden.' Of: 'Ze zijn te arrogant voor wat ze doen, hoe vaak maken ze mensen nou beter?'

Over het verschil tussen beschouwend en snijdend maken ondersteunende specialisten veelvuldig opmerkingen als:

- 'De heelkunde is een groot vak, zij durven beslissingen te nemen, hebben nog overzicht. Ze kunnen sneller reageren dan bijvoorbeeld de interne.'
- 'De inwendige geneeskunde is de intellectuele tegenhanger van de chirurg. Maar de chirurg weet meer van de interne dan andersom.'
- 'Is uit onderzoek niet gebleken dat internisten gemiddeld wat intelligenter zijn?'

Een beschouwer geeft als reden om de heelkunde lager in de rangorde te plaatsen dan de inwendige geneeskunde: 'Omdat het een vaardigheidsspecialisme is, ondersteunend aan de inwendige geneeskunde.' Of: 'In de chirurgie word je al Academisch Hoofd Specialist als je het mes aan de goede kant vastpakt.'

Een snijder redeneert juist andersom, want: 'Mijn vak heeft een extra dimensie in vergelijking met de interne. Als we zijn uitgepuuzeld wat het is, kunnen we nog kijken ook.' Een snijdend afdelingshoofd benadrukt dat een goede chirurg juist goed moet kunnen nadenken, want 'Iedereen kan het kunstje leren, maar nadenken kan niet iedereen.'

Chirurgen zijn soms een beetje cynisch als zij betiteld worden als snijders en dus niet als beschouwers. De criteria die men hanteert geven soms een karikaturaal beeld van de verschillen tussen beschouwende en snijdende specialisten: de denker en de doener. Wat is meer van waarde: de klinische of de chirurgische blik? In de volgende paragraaf komen we hier nog op terug.

De professionele dispositie speelt een rol bij de hoge plaats van de chirurgie in de

rangorde. Een ondersteuner: 'Het maakt niet zoveel uit of patiënten door een collega of door mij behandeld worden, maar bij chirurgen telt dat wel zwaar. Verschillen tussen chirurgen tellen veel meer.' Of, zoals een ander het verwoordt: 'Het gaat om de incidentie van mortaliteit en de eindverantwoordelijkheid daarvoor.' Zo geeft iemand de radiologie bij nader inzien een hogere plek: 'Zij doen ook interventies, zijn therapeutisch bezig. Wie neemt beslissingen, het gaat om het hebben van eigen autonomie in je vak.' En de cardiothoracale chirurgie 'neemt voor de patiënt vaak gewichtige beslissingen.'

Vanuit ditzelfde perspectief worden er wel denigrerende opmerkingen gemaakt over ondersteunende specialismen zoals pathologie, nucleaire geneeskunde, medische microbiologie en klinische chemie. Een uitspraak over de patholoog: 'Die speelt vrijwel geen rol in het medisch handelen, want hij heeft allang niet meer het laatste woord.....' En over de medische microbioloog: 'Ook al doet hij het fout, de arts die het middel voorschrijft heeft het gedaan.'

Ook vanuit de professionele dispositie waardeert men hard werken en je uiterste best doen. Men spreekt denigrerend over *life style* specialismen, zoals de klinische genetica: 'De niet-klinische en neuzelvakken. *Nine to five jobs*, ze doen geen dienst, dragen geen persoonlijke verantwoordelijkheid voor patiënten, maar willen er wel mee bezig zijn'; 'Specialisten die hun werk in kantoor tijden kunnen doen en parttime kunnen werken'; 'Je hoeft er 's nachts niet uit, bent niet belangrijk, men kan zonder je.'

De wetenschappelijke en de collegiale dispositie

Criteria op basis van de wetenschappelijke en collegiale dispositie noemt men minder vaak als argument voor een plaats in de rangorde. Vanuit de wetenschappelijke dispositie komt de waardering voor innovatie in een specialisme naar voren. Innovatie die tot uitdrukking komt in wetenschappelijke of technische ontwikkelingen. Belangrijk is wel dat deze ontwikkelingen klinisch relevant zijn, zoals het verbeteren van de diagnostiek of vergroten van de therapeutische mogelijkheden. Met dit argument geeft men bijvoorbeeld de radiologie als ondersteunend specialisme een relatief hoge plek in de rangorde: zowel patiënten als collega-specialisten profiteren van nieuwe beeldvormende technieken. Hierdoor wordt men ook meer afhankelijk van het betreffende specialisme.

Afhankelijkheid heeft een relatie met de collegiale dispositie. Specialismen waarmee men samenwerkt of die men vanwege aanvullende expertise nodig heeft, komen hoger in de rangorde. Een snijder over de anesthesie, die hij de tweede plek geeft: 'Zonder hen kunnen we niet opereren.' Een ondersteunend specialist zet daarom alle ondersteunende specialismen bovenaan met het argument: 'Zonder hen kan de rest niet of minder functioneren.' En over de ondersteunende specialisten zegt men bijvoorbeeld: 'Zonder hen kan je geen diagnose stellen.' En over de pathologie: 'Daar varen we enorm op, het is één van onze fundamenteën.'

Er zijn duidelijke gezagsverhoudingen tussen de specialismen die we kunnen relateren aan de verschillende disposities van de medische habitus. De disposities vormen een bron van gezag, die tot verschillen leiden in posities. Vooral de klinische en de professionele dispositie dragen bij aan het gezag dat een specialisme afdwingt. Deze specialisten 'zien' de gehele patiënt, dragen meer bij aan herstel van orde, of hebben meer individuele verantwoordelijkheid hiervoor.

Deze uitkomst bevestigt het belang van de klinische dispositie als basis voor gezag ten opzichte van de andere disposities. De professionele dispositie staat op een goede tweede plaats.

In de volgende paragraaf onderzoeken we de aard van de relaties tussen specialisten in de praktijk aan de hand van enkele veel voorkomende situaties.

4.3.2 Samenwerking en strijd

We bespreken drie veel voorkomende situaties waarin verschillende specialisten elkaar ontmoeten rondom een patiënt: bij intercollegiale consultatie, in het samenspel met de ondersteunende specialist en bij nieuwe ontwikkelingen. Hoe bepaalt de collegiale dispositie samenwerking en welke inzet staat op het spel bij strijd?

Intercollegiale consultatie

Specialisten vragen elkaar regelmatig in consult, wanneer hun patiënt ook een aandoening heeft die op het terrein van een ander specialisme ligt. Deze consultatie vindt voor een groot deel plaats door middel van het intercollegiale consult en in de multidisciplinaire patiëntenbespreking.

Het intercollegiale consult vindt op ad hoc basis plaats, als specialisme X voor zijn patiënt specialisme Y in consult vraagt voor advies over diagnostiek of behandeling van een aandoening op diens terrein. Specialisme X is en blijft hoofdbehandelaar van de patiënt en beslist zelf over het al dan niet opvolgen van de adviezen.

Intercollegiale consultatie kan ook de vorm hebben van een multidisciplinaire patiëntenbespreking. Zo behandelen verschillende specialisten, met aanvullende expertise, oncologische patiënten. Zoals een afdelingshoofd het verwoordde: 'Oncologie is teamwork in de patiëntenzorg.' In een multidisciplinaire oncologiebespreking schuiven een aantal specialisten vast aan, zoals de internist-oncoloog, de chirurg, de patholoog en de radiotherapeut. Deze collegiale samenwerking is erop gericht optimale diagnostiek en behandeling voor patiënten met elkaar af te stemmen. Men informeert elkaar over nieuwe ontwikkelingen en bepaalt gezamenlijk de volgorde van de verschillende stappen. Men gebruikt elkaars aanvullende expertise om dezelfde patiënt te behandelen. Het eigen specialisme consulteert als hoofdbehandelaar andere specialismen om de patiënt zo optimaal mogelijk te behandelen, maar hij beslist zelf. Hij kan de adviezen overnemen of niet.

Meestal verloopt intercollegiale consultatie in goede samenwerking, waarbij arts-assistenten en stafleden betrokken zijn. De verschillende specialisten hanteren onderling de omgangsvormen zoals we die in paragraaf 4.2 bespraken. Zij zijn collegiaal, geven geen opdrachten, controleren niet en uiten geen openlijke kritiek. Maar strijd ligt op de loer.

Een afdelingshoofd vertelt hoe hij als specialisme X specialisme Y in consult vroeg voor een patiënt met een bijzondere, ongebruikelijke manifestatie van zijn ziekte. Specialisme Y trok de diagnose in twijfel. Hij was het dan ook niet eens met de voorgestelde behandeling van specialisme X en wilde de patiënt overnemen: de patiënt zou bij hen meer op zijn plaats zijn. Toen specialisme X het hier niet mee eens was, werden de afdelingshoofden erbij betrokken. Er ontstond een conflict tussen de beide afdelingshoofden en de verhoudingen tussen beide specialismen waren verstoord. Specialisme X consulteerde uiteindelijk specialisme Y in een ander ziekenhuis.

Ook in een multidisciplinaire patiëntenbespreking vinden regelmatig discussies plaats over diagnostiek en de beste behandeling tussen de verschillende specialisten die de bespreking bijwonen. Soms is een specialisme van mening dat de patiënt beter door een ander specialisme behandeld kan worden en dus door het betreffende specialisme overgenomen moet worden. Als men het hier niet over eens wordt en zeker als de hoofdbehandelaar het er niet mee eens is, ontstaat een lastige situatie.

Tijdens een multidisciplinaire bespreking ontstond enige animositeit over de vraag door wie de ingebrachte patiënt het beste gezien zou kunnen worden. In een interview naar aanleiding hiervan vertelt een staflid waarom hij zich hier zo boos over maakte:

‘Hij (de collega van een ander specialisme) zei ‘die patiënten kunnen jullie niet zien.’

YW: ‘Dus die mogen jullie niet zien?’

Het staflid: ‘Niet kunnen zien, dat is veel erger, dat is een agressieve daad.’

Het andere specialisme was in dit geval een aanpalend specialisme: er is een zekere overlap in het vakgebied, waardoor beide gedeeltelijk dezelfde categorie patiënten zien. Als er strijd ontstaat of de stemmen staken, worden vaak de afdelingshoofden erbij betrokken. Hierop komen we terug in hoofdstuk 5.

Samenspel met de ondersteunende specialist

Een ondersteunend specialisme werkt samen met veel andere specialismen. Als hoofdbehandelaar vragen deze specialisten de ondersteuner iets te doen: bijvoorbeeld een pathologisch-anatomisch, bloed-, bacteriologisch of beeldvormend onderzoek. Het ondersteunend specialisme heeft eigen expertise op zijn vakgebied, maar de beslissingsruimte is beperkt. Als de ondersteunende specialist het aangevraagde onderzoek

bijvoorbeeld niet zinnig vindt in relatie tot de vraag, kan hij een ander, meer geëigend onderzoek voorstellen, maar dit gaat in principe in overleg met de behandelend arts. Op basis van de uitslag van verricht onderzoek beslist de aanvrager, als behandelend arts, vervolgens zelf weer welke gevolgen hij hier voor de patiënt aan verbindt.

Met de anesthesie als ondersteunend specialisme vindt een bijzonder samenspel plaats; de anesthesist en chirurg zijn tegelijkertijd aan het werk met dezelfde patiënt.

Enkele voorbeelden van interactie tussen de anesthesist en de chirurg tijdens een operatie, waarbij een kunstklep wordt ingebracht:

Chirurg: 'Hoe is het met de waarde van (...) ?'

Anesthesist geeft de waarde.

Chirurg: 'Oké.' (...)

Chirurg: 'Mag de tafel iets naar mij worden gedraaid?' (...)

Anesthesist: 'Mogen de benen ietsje hoger?'

Chirurg: 'Ja, dat mag.' (...)

Chirurg: 'De beademing mag weer aan.'

Anesthesist: 'Beademen?'

Chirurg: 'Niet hard, ietsje pietsje.'

Anesthesist: 'Kunnen wij al richting Trendelenburg?'

Chirurg: 'Ja dat kan.' (...)

Er verschijnt een verontrustend ECG-beeld op de monitor.

Chirurg: 'Is dat de circumflexa?'

Anesthesist: 'Weet ik niet, maar ik denk het niet. Is ook niet te hopen, het was de beste die hij had' (is coronair arterie).

Chirurg: 'Dan zet ik er nog een omleiding bij.'

Anesthesist: 'Ga je toch nog achter kijken?' Chirurg: 'Ja, naar de circumflexa, ik zie er niks aan, maar...' Chirurg: 'Geef maar wat vulling.' (...)

Chirurg: 'Is er een onregelmatig ritme?'

Anesthesist, op de echo kijkend, die trans-oesofageaal geschiedt: 'De klep lekt niet.'

Chirurg: 'Dat moest er nog bij komen, ik ben wel tevreden.' (...)

Anesthesist: 'Dat ziet er voortreffelijk uit (kijkend naar de echo): het trekt beter samen dan eerst.'

Chirurg: 'Het kan ook aan de anesthesie liggen.'

De anesthesist en de chirurg werken nauw samen, maar hebben hun eigen terrein. In een goede samenwerking zijn ze vaak aanvullend en collegiaal: ze geven elkaar geen opdrachten, maar stellen zo nodig vragen, om medewerking of informatie. Als de operateur zegt dat hij iets nader wil checken en zo nodig iets extra's aan de operatie toe wil voegen, zegt de anesthesist: prima. Wel bepaalt de operateur voor een groot deel de

gang van zaken en het tempo, tenzij er een probleem ontstaat met de patiënt dat op het terrein van de anesthesist ligt en dat eerst opgelost moet worden.

Wat zou een anesthesist doen als hij wil dat de chirurg de operatie beëindigt vanwege de toestand van de patiënt? 'Ach, het is maar hoe je het brengt. Ik zeg vaak zo iets als: als je doorgaat gaat het niet goed met de patiënt.' Hierbij doet hij een beroep op de professionele dispositie van de chirurg, die beslist en de verantwoordelijkheid neemt voor die beslissing. Daarbij zal hij, als hij verstandig is, de overwegingen van de anesthesist betrekken.

In de relatie met ondersteunende specialisten kunnen problemen ontstaan als er een verschil van inzicht is over het terrein waarover de verschillende specialismen beslissen. Een ondersteuner kan besluiten een aanvraag niet of niet direct te honoreren of prioriteit aan een ander te geven, gezien de bevindingen of nieuwe inzichten. Als hij een andere patiënt voor laat gaan op de operatiekamer, bij beeldvormend onderzoek of bij radiotherapeutische behandeling, kan dit tot irritaties leiden bij de aanvrager omdat hij niet kan bepalen wat zijn patiënt krijgt. Hij krijgt niet wat hij had besteld, of niet binnen de gewenste tijd en voelt zich verantwoordelijk. De ondersteuner kan geïrriteerd raken als hij niet naar eigen inzicht kan beslissen hoe en wanneer te handelen op zijn terrein. Hij huldigt niet het standpunt 'u vraagt, wij draaien'. Meestal worden irritaties opgelost via overleg en discussies met inhoudelijke argumenten, maar deze situaties kunnen wel tot strijd leiden over wie uiteindelijk beslist wat er met de patiënt gebeurt.

Nieuwe ontwikkelingen

Toename van kennis en technologische mogelijkheden leidt tot nieuwe aandachtsgebieden binnen een specialisme, maar ook tot nieuwe, aanpalende, specialismen. Hierdoor veranderen de grenzen tussen de verschillende subvelden. De grenzen van een veld staan altijd onder druk, omdat er altijd een min of meer openlijke strijd is over de legitieme indelingsprincipes van het veld: wie wel en niet mogen meedoen aan het spel (Pels 1989, hoofdstuk 2, par. 3.1). Deze strijd zien we ten gevolge van nieuwe ontwikkelingen op verschillende momenten ontstaan.

Longartsen vragen zich af of zij moeten ingrijpen als de IC-arts ook een bronchoscopie doet. Deze handeling was aanvankelijk voorbehouden aan de longarts.

In voorgaande jaren was de cardiologie een beschouwend specialisme, dat in voorkomende gevallen nauw samenwerkte met de cardiothoracale chirurgie. Patiënten die medicamenteus niet afdoende behandeld konden worden, kon de cardiothoracaalchirurg behandelen door operatief in te grijpen. De expertise van de verschillende specialismen was voor een bepaalde patiëntencategorie grotendeels aanvullend en het eigen specialisme nam de besluiten, ook over het al dan niet doorverwijzen naar elkaar. Door

verschillende technologische ontwikkelingen doet de cardioloog nu soms interventies en is zo minder een beschouwend specialisme geworden. Hiermee zijn de grenzen tussen de specialismen veranderd. De cardioloog behandelt met bijvoorbeeld dotterbehandelingen patiënten die eerder naar de cardiothoracaal chirurg verwezen werden voor operatie. Er ontstaat soms een overlap van patiënten en de positie van de verschillende specialisten ten opzichte van elkaar verandert. Dit kan een voedingsbodem voor strijd vormen: van wie is de patiënt, bij wie is de patiënt het beste af, wie beslist wat er gaat gebeuren?

Specialistische groepen verlenen elkaar diensten, geven elkaar advies en behandelen samen de patiënt. Net als binnen een groep, speelt de collegiale dispositie een rol in de samenwerking tussen groepen. De specialisten investeren hier in het gezamenlijk functioneren van de groepen. Men maakt, net als in de stafgroep in engere zin, in feite gebruik van het gezamenlijke kapitaal. We zagen dat ook tussen groepen conflicten en strijd om het kapitaal op de loer liggen. Samenwerking en strijd liggen soms dicht bij elkaar.

In de volgende paragraaf maken we de balans op en relateren het functioneren van de groep aan de medische habitus.

4.4 De medische habitus en het functioneren van de groep

We zien de medische habitus als een systeem met vier disposities: de klinische, de wetenschappelijke, de professionele en de collegiale dispositie (zie schema aan het eind van het hoofdstuk). De collegiale dispositie is belangrijk voor samenwerking van de groep, maar kan, ook in wisselwerking met de andere disposities, deze samenwerking eveneens op scherp zetten.

Relaties binnen de stafgroep

Vanuit de collegiale dispositie voelt de individuele arts zich in zijn functioneren onlosmakelijk verbonden met de groep. Investeringsstrategieën van individuen in de groep dragen bij aan het voortbestaan van de groep. Door het lidmaatschap van de groep kan een individu gebruik maken van de verschillende vormen van gezamenlijk kapitaal: economisch, sociaal en cultureel.

Het sociale en culturele kapitaal maken het individu in hoge mate afhankelijk van een medische groep: men kan of moet terugvallen op collegae binnen de eigen groep. **Vakinhoudelijk** (cultureel kapitaal) maakt een staflid gebruik van zijn collegae. De groep helpt het individuele staflid zijn werk goed te doen, zoals we ook zagen in het vorige hoofdstuk. De groep toetst en legitimeert als het ware het individuele beleid. Daarnaast is er een **praktisch** aspect van groot belang (sociaal kapitaal). Gezamenlijk

zorgt de groep voor continuïteit in de patiëntenzorg, naast allerlei andere taken op het terrein van opleiding, onderzoek en organisatie. Er moeten polikliniekspreekuren, onderwijs, supervisie van arts-assistenten, operaties, diensten, vakanties en congressen worden verdeeld. Men kan als individu zijn werk in de praktijk niet (goed) doen en zijn privéleven niet goed plannen, zonder de groep. Men kan gezag ontleen aan het lidmaatschap van de groep als die prestigieus is. Dat is een groep die gezag heeft binnen het ziekenhuis, maar vooral ook binnen het eigen specialisme landelijk, of internationaal. Dit gezag kan verbonden zijn aan de patiëntenzorg of meer wetenschappelijk getint zijn en het straalt af op de individuele leden van de groep.

De collegiale dispositie kan de professionele dispositie versterken. Als een collega niet in staat is een patiënt te helpen, maakt de collegiale dispositie dat de anderen hem niet laten vallen en zich ook als medeverantwoordelijk zien voor de patiënt.

We zien de wisselwerking tussen deze twee disposities aan de behoefte om in consensus te beslissen. Door de sterke onderlinge afhankelijkheid wil men de ander niet beschadigen (zie ook Van Oorschot 1995, Ouchi 1980). Dit zou kunnen gebeuren als een lid van de groep iets geacht wordt te doen waar hij niet achter staat, waar hij niet de verantwoordelijkheid voor kan nemen. Paradoxaal genoeg heeft het streven naar consensus in de besluitvorming juist een mitigerend effect op de regel 'de eigen dokter beslist'. We zagen in het vorige hoofdstuk hoe belangrijk steun van de groep is voor het beleid van de 'eigen' dokter. De collegiale dispositie draagt op deze wijze bij aan de zelfregulatie in de groep.

Strategieën van de collegiale dispositie worden niet altijd of voldoende gevolgd. Dat kan, zoals we zagen, komen door de kwetsbaarheid van het principe van wederkerigheid en door de onderlinge competitie om het schaarse kapitaal. In de strijd om het kapitaal, of als 'straf' voor oncollegiaal gedrag, kan het onthouden van collegialiteit of loyaliteit als machtsmiddel worden ingezet. Men volgt de regels van de groep, alleen voor zover ze in het eigen belang zijn (Bourdieu & Wacquant 1992).

Spanning tussen individuen of binnen de groep is bedreigend voor het functioneren van de groep. En een individu dat bij het conflict betrokken is, loopt het risico op letterlijke of figuurlijke uitstoting uit de groep. Bovendien kan de patiëntenzorg in gevaar komen. Bij spanningen versterkt de collegiale dispositie niet langer de professionele dispositie en de verantwoordelijkheid naar de patiënt dreigt ondergeschikt te raken aan het intercollegiale conflict.

De heftigheid van conflicten waarbij zelfs het belang van de patiënt op het spel gezet wordt, kan echter niet alleen verklaard worden door de onderlinge afhankelijkheid en interne competitie. Empson beschrijft in haar studie over de advocatuur, waar andere afhankelijkheden gelden, de betekenis van de groep en de verbazingwekkende heftig-

heid waarmee men over het schenden van collegiale regels spreekt (Empson 2006). Misschien vormt het intensieve gemeenschappelijke socialisatieproces wel een betere verklaring voor de heftigheid van emoties in deze situaties. In het socialisatieproces ontstaat een sterke, gemeenschappelijke habitus, waarbij het individu zijn identiteit in hoge mate aan het lidmaatschap van de groep ontleent (West e.a. 1999). Het onvoldoende volgen van investeringsstrategieën van collegae en het slecht functioneren van de groep brengen het lidmaatschap van de groep in gevaar. Bedreigingen van dit lidmaatschap zijn hiermee altijd een bedreiging voor het individu zelf.

Relaties tussen de specialismen

In de relatie tussen verschillende specialismen beschreven we zowel voorbeelden van samenwerking als van strijd en soms lagen die dicht bij elkaar.

Net als binnen de groep bevestigt de onderlinge dienstverlening het belang van de samenwerking tussen specialismen. Door het lidmaatschap van de grotere groep kan een individu gebruik maken van het kapitaal van collegae van andere specialismen. Het kapitaal waar het hier om gaat is vooral cultureel kapitaal, vakinhoudelijke expertise, die de belangrijkste reden is van onderlinge afhankelijkheid.

Specialisten werken vooral collegiaal samen wanneer men aanvullende expertise nodig heeft bij de behandeling van de patiënt, zeker als dit wederzijds is. Beide partijen ontleen winst aan deze samenwerking. De expertise van de geconsulteerde specialist wordt gewaardeerd, de consultvrager verbetert hiermee zijn eigen werk en blijft hoofdbehandelaar. Bij de operatie van een patiënt werken de chirurg en de anesthesist maximaal samen. Dan nemen ze allebei beslissingen, elk op hun eigen terrein, waarbij de anesthesist ondersteunend is aan dat wat de chirurg doet.

Soms is sprake van een grijs gebied, als het snijdend specialisme als hoofdbehandelaar de beslissingen neemt. Dit kan aanleiding geven tot problemen. Bij de afhandeling van een klacht van een patiënt naar aanleiding van een operatie, is het kernpunt wie de uiteindelijke verantwoordelijkheid heeft en zou moeten hebben, de chirurg of de anesthesist (Crul & Rijksen 2004).

De hoofdbehandelaar zal, in goede samenwerking en met respect voor de expertise van de ander, het advies van de ondersteunend specialist opvolgen, of dat met goede redenen naast zich neerleggen.

Maar ook de samenwerking tussen specialismen kan onder spanning komen te staan. De belangrijkste oorzaak hiervan is competitie om het schaarse kapitaal. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren als de gevestigde positie van een specialisme bedreigd wordt, of bij de mogelijkheid om deze te verbeteren. Het gaat erom wie het primaat heeft om de ultieme beslissing te nemen, want er besluit er maar één. Denigrerende opmerkingen maken is in dit licht de zwakste vorm van machtsuitoefening.

Het kapitaal dat hier op het spel staat betreft vooral de klinische en de professionele dispositie als bronnen van gezag, maar ook de wetenschappelijke dispositie kan een rol spelen. De kans op competitie is daarom vooral groot tussen aangrenzende specialismen. Dergelijke specialismen zien patiënten met dezelfde aandoening en hanteren dezelfde behandelwijzen, zoals opereren. Voorbeelden vormen de orthopedie en traumatologie. Ook kunnen specialismen verschillende behandelingen voorstaan bij dezelfde patiënt. Dit kan ook binnen één specialisme het geval zijn als er verschillende scholen bestaan: bijvoorbeeld het conservatief of operatief behandelen van bepaalde fracturen. Deze competitie speelt ook bij nieuwe ontwikkelingen, waardoor nieuwe machtsverhoudingen tussen specialismen ontstaan. Men probeert de eigen positie te verbeteren, te behouden, dan wel die van de andere partij te verzwakken. De inzet van de competitie is wie kan beslissen over de patiënt: wie beschikt over de grootste en meest geëigende expertise? Want die heeft en verdient het primaat. Officiële erkenning door het MSRC geeft een nieuw specialisme meer gezag en erkent een bepaalde positie met een formele status: teken van een gewonnen strijd.

Bij het optreden van competitie zien we ook hier dat collegialiteit als machtsmiddel in de strijd kan worden gebruikt. Op deze momenten kan ook de patiëntenzorg in gevaar komen. De heftigheid van emoties die hierbij optreedt, wijst erop dat het gemeenschappelijke socialisatieproces van de medische wereld als geheel een belangrijke basis vormt. De verschillende specialisten ontlelen hun identiteit niet alleen aan hun eigen subgroep, maar ook aan die van de medische wereld als geheel.

We spreken over de gemeenschappelijke medische habitus, maar toch zijn er verschillen in de manier waarop specialisten naar een patiënt kijken (zie ook Mol 2002). De verschillen tussen snijdende en beschouwende specialisten zouden kleiner worden (Levi e.a. 2005), maar toch constateren we bij de snijder een accent op de chirurgische blik. Hij kijkt met het mes in de hand naar anatomische mogelijkheden en onmogelijkheden, terwijl de beschouwer vooral een klinische blik heeft. Dit leidt tot een vorm van competitie waarbij het meestal niet gaat om de strijd wie de patiënt moet zien. Er zijn soms accentverschillen in hoe beide specialismen de patiënt zien, en zij doen verschillende dingen. De chirurg ziet een patiënt met een tumor en operatiemogelijkheden; de internist ziet een patiënt met een tumor waarbij eerst andere afwijkingen onderzocht moeten worden. Wie heeft de patiënt het meest te bieden, wat heeft de meeste waarde en geeft het meeste gezag, de klinische of de chirurgische blik? Behalve deze accentverschillen in de klinische dispositie, speelt nog een andere kapitaalverdeling een rol. De snijdende specialismen ontlelen meer gezag aan hun professionele dispositie, de beschouwende specialismen in het algemeen meer aan de wetenschappelijke dispositie. Het betreft uiteraard generalisaties, maar anders dan bij aanpalende specialisten gaat het hier niet zozeer over het *monopolie* over de behandeling van de patiënt.

Misschien is in deze strijd de historie van de habitus nog te zien. De internist was iemand uit de hogere kringen, opgeleid aan de universiteit, dus ook wetenschappelijk geschoold. De chirurg was afkomstig uit een lagere klasse, een ambachtsman - klompenmaker en barbier - en werd lager gewaardeerd. De chirurg handelde, opereerde op verzoek of misschien wel in opdracht van de internist, die de diagnose had gesteld. Door allerlei ontwikkelingen in de geneeskunde is deze tweedeling verdwenen, maar toch blijven er nog accentverschillen bestaan.

Men werkt samen als het kan, moet en nodig is, waarbij alle belangen, ook die van de patiënt gediend worden. De kans op competitie neemt toe als het nodig is om de eigen positie veilig te stellen. Of als iemand een hogere plek wil bemachtigen, al dan niet door de positie van de ander te verzwakken. Inzet van de strijd is het monopolie over het gezag, kenmerkend voor de medische wereld. Het beste specialisme mag het zeggen.

We hebben in deze eerste twee analysehoofdstukken de medische habitus besproken en de betekenis hiervan voor het functioneren van de groep en voor de gezagsverhoudingen. In het volgende hoofdstuk komen het afdelingshoofd en zijn leidinggevende taak binnen de groep meer in beeld.

MEDISCHE HABITUS, VIER DISPOSITIES

DISPOSITIES			
KLINISCHE DISPOSITIE	WETENSCHAPPELIJKE DISPOSITIE	PROFESSIONELE DISPOSITIE	COLLEGIALE DISPOSITIE
De mens als patiënt zien	Geneeskunde als wetenschappelijk gefundeerde discipline zien	Zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk zien	Lidmaatschap van groep gelijken als onlosmakelijk verbonden zien met eigen functioneren
STRATEGIEËN			
Op zoek naar symptomen om aandoeningen te genezen	Wetenschappelijke kennis vergaren / toepassen tbv patiënt	Belang van patiënt vooropstellen / beslissen over eigen patiënten	Anderen als gelijke behandelen / niet laten vallen / geen gezichtsverlies laten lijden
MANIFESTEERT ZICH IN			
Redeneerpatronen: presenteren patiënt / stellen vragen / argumenten in discussies	Citeren wetenschappelijke kennis / <i>evidence based</i> argumenten	Argumenten keuzes tbv patiënt. Hard werken / dienst doen. Kunnen / durven beslissen	Geen opdrachten, niet controleren / Collegiaal zijn / alleen verholde kritiek
EXCELLEREN			
Veel, bijzondere patiënten zien / diagnosticeren / behandelen	Citeren kennis bij bijzondere patiënten / genereren van kennis	'Altijd' werken / beslissen en handelen in ultieme kwesties voor patiënten	Ultiem volgen collegiale omgangsvormen / reciprociteit niet openlijk aan de orde
GEZAG			
Op basis van klinische ervaring (senioriteit)	Op basis van wetenschappelijke kennis	Op basis van dragen / nemen van verantwoordelijkheid in patiëntenzorg	Op basis van collegiaal zijn / lid zijn van prestigieuze groep

De medische habitus bestaat nu uit vier disposities, hier schematisch weergegeven. Per dispositie wordt eerst het schema van waarneming en waardering beschreven met de bijbehorende strategieën. Hierna volgt de manifestatie van de dispositie in kenmerkende gedragspatronen / omgangsvormen. Bij excelleren hierin vormt de dispositie - cultureel kapitaal - een bron van gezag.

Hoofdstuk 5

Het afdelingshoofd en zijn groep



Een afdelingshoofd vertelt tijdens een intervisiebijeenkomst wat volgens hem een goed afdelingshoofd is: 'Iemand waar de staf en assistenten trots op zijn en van wie ze denken: 'Zo wil ik ook zijn.' Hij of zij moet een koning zijn, dat wil zeggen gezag, superioriteit en charisma uitstralen.'

En een staflid over het ideale afdelingshoofd:

'In het ideale geval is zo iemand een goed clinicus die het voortouw kan nemen, mee kan denken over moeilijke medische problemen en bepaalde vaardigheden heeft voor hele specifieke problemen. Een andere eigenschap zou nog zijn dat zo iemand wetenschappelijke kwaliteiten heeft, bepaalde kennis bezit over een specifiek deel van het wetenschappelijk onderzoeksveld en ook daarin mensen kan aansturen, Ik denk dat er weinig mensen zullen zijn die al die eigenschappen hebben.'

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de vraag hoe de medische habitus van invloed is op de manier waarop het afdelingshoofd leidinggeeft aan zijn groep. Hoe oefent hij gezag uit, voor welke dilemma's wordt hij gesteld, op welke manieren oefent hij invloed uit op het functioneren van zijn groep?

Het afdelingshoofd is benoemd als vertegenwoordiger van de groep, waarmee we hem als *spokesman* kunnen beschouwen. We onderzoeken in paragraaf 5.2 de bronnen van zijn gezag en de waarde hiervan voor zijn leidinggevende taak.

In paragraaf 5.3 gaan we in op de dilemma's waar het afdelingshoofd voor staat. Paragraaf 5.4 bespreekt op welke wijze het afdelingshoofd invloed uitoefent op zijn staf.

In paragraaf 5.5 maken we de balans op. We constateren dat niet alleen de medische habitus de leidinggevende taak van het afdelingshoofd beïnvloedt, maar dat omgekeerd de leidinggevende taak ook een conversie van de habitus kan bewerkstelligen.

Het feit dat het afdelingshoofd ook in de bredere context van het ziekenhuis functioneert, blijft in dit hoofdstuk grotendeels buiten beeld. Dat komt aan bod in hoofdstuk 6: het afdelingshoofd in twee werelden.

5.2 Gezag

In een interview beschrijft een staflid zijn afdelingshoofd als volgt:

'Medisch-inhoudelijk is hij absoluut het hoofd. Beslissingen lopen allemaal via hem, op besprekingen of tijdens de visite: *he's the boss*.'

Een belangrijke kwestie voor afdelingshoofden is de aard en impact van hun gezag.

In paragraaf 5.2.1 onderzoeken we welke bronnen van gezag hij heeft. Het belang van dit gezag wordt vooral zichtbaar als dit gezag in zijn groep betwist wordt. Voorbeelden van deze situaties bespreken we in paragraaf 5.2.2.

5.2.1 Bronnen van gezag

Twee bronnen van gezag zijn belangrijk voor het afdelingshoofd: sociaal en cultureel kapitaal.

Met de formele benoeming door de raad van bestuur beschikt het afdelingshoofd over meer sociaal kapitaal dan zijn staf.

Een staflid vertelt in een interview:

‘Het afdelingshoofd is degene die namens de afdeling contact heeft met mensen die binnen het instituut de beslissingen nemen. Hij heeft een informatievoorsprong en hij is ons communicatiekanaal met de rest van het instituut, met name de divisie. Daar ontleent hij zijn macht aan.’

Hoewel een afdelingshoofd zich soms vooral als een doorgeefluik van informatie beschouwt, zien stafleden die informatie en de contacten met het management als een bron van macht voor hem. Het afdelingshoofd is wel in de positie om zaken voor de afdeling te regelen. Ook als dat niet lukt, waardeert de staf de inzet en moeite die het afdelingshoofd daarvoor doet.

Onderafdelingshoofden hebben minder bevoegdheden dan de officiële afdelingshoofden, ofschoon zij soms meer stafleden hebben. Zij moeten voor allerlei zaken toestemming vragen aan hun afdelingshoofd. Bij vertrek van een staflid lopen zij in principe het risico dat zij de vacature niet mogen opvullen omdat het afdelingshoofd deze voor een andere afdeling gebruikt.

Een onderafdelingshoofd voelt zich ook wel eens gepasseerd als het afdelingshoofd in zijn ‘winkel’ rondloopt en allerlei dingen onderneemt. De stafleden maken niet zoveel verschil tussen een afdelingshoofd en een onderafdelingshoofd.

Een staflid in een interview over het gezag van zijn onderafdelingshoofd A:

‘Ik beschouw A gewoon als mijn baas. B (het formele afdelingshoofd en de divisievoorzitter) heeft ook gezegd: A is het aanspreekpunt.’

Cultureel kapitaal is essentieel voor het uitoefenen van invloed. Het gezag van het afdelingshoofd blijkt bijvoorbeeld wanneer de staf hem in moeilijke klinische situaties erbij haalt of om advies vraagt. In deze situaties gaat het om ingewikkelde puzzels over de diagnose of behandeling van een patiënt of om een lastige operatie met veel risico's. De staf schrijft het afdelingshoofd gezag toe, maar die kan dat ook némen. Gezag nemen geeft ook weer gezag. Hij moet dit wel waar kunnen maken. Gezag nemen betekent je nek uitsteken. Door het woord te nemen, vragen te stellen, uitspraken te doen, een beslissing te nemen en te handelen, maak je je zichtbaar.

Tijdens een observatie liep een snijdend afdelingshoofd even de operatiekamer op, toen hij vermoedde dat er iets niet helemaal volgens plan verliep. Hij vertelde dit vaker te

doen: 'Dan loop ik even naar binnen en neem de beslissing.' Dit kan betekenen dat het afdelingshoofd 'opdraait' voor de lastigste gevallen.

Een snijdend staflid in een interview:

'Als de stemmen echt staken, dan moet het afdelingshoofd beslissen. En als het erg tricky is, moet hij ook opereren.'

Bij beslissen en verantwoordelijkheid nemen vormt de professionele dispositie een bron van gezag. Het hoogleraarschap geeft ook gezag. Op intervisiebijeenkomsten vergelijkt men soms het aantal promovendi dat een afdelingshoofd heeft. Maar de belangrijkste bron van gezag voor een afdelingshoofd is de klinische dispositie, als een *sine qua non*. Opvallend is dat een aantal stafleden op de vraag wat een ideaal afdelingshoofd is, niet altijd noemt dat hij een goede clinicus moet zijn. Desgevraagd zegt men dit vanzelfsprekend is.

De klinische dispositie is niet alleen een bron van gezag in de klinische discussie en besluitvorming, maar ook ten aanzien van het uitzetten van grote lijnen. Bij een beschouwend afdelingshoofd komt dit vooral tot uitdrukking in de klinische blik en bij een snijdend afdelingshoofd in de chirurgische blik.

In het algemeen kun je zeggen dat het afdelingshoofd een voorbeeldrol moet vervullen, ook qua hard werken en altijd aanwezig zijn. De staf vergelijkt het goede voorbeeld geven met de vaderfiguur.

Een staflid in een interview op de vraag wat een goed afdelingshoofd is:

'Het is belangrijk dat hij een rolmodel is. Dat je denkt: 'Als mijn vader dit zegt...'

Het afdelingshoofd moet zelf van onbesproken gedrag zijn. Hierin herkennen we de wise man van Bourdieu.

Nog meer dan het sociaal kapitaal is het cultureel kapitaal de bron van gezag voor het afdelingshoofd. Met dit gezag verdient hij recht van spreken en beslissen. Een afdelingshoofd zal zelden op alle terreinen als de grootste expert gezien worden, maar hij moet vakinhoudelijk gezag hebben. De klinische dispositie speelt een hoofdrol om daadwerkelijk invloed uit te kunnen oefenen. Het afdelingshoofd kan zo zijn stempel drukken op klinische activiteiten, discussies en besluitvorming.

Dat wordt duidelijk in situaties waarin zijn gezag wordt betwist.

5.2.2 Gezag betwist

Een afdelingshoofd in een interview:

'De eerste stafvergadering is spannend. Accepteren ze dat je hen onderbreekt?'

Bij het aantreden van een nieuw afdelingshoofd wordt zijn gezag op een goudschaaltje gewogen. Wat, als hij te licht wordt bevonden? Als dit niet het geval is, zijn er nog twee andere bedreigingen voor zijn gezag. De eerste is de zogenaamde kroonprins: één of meer stafleden gaan de competitie met hem aan. De tweede bedreiging is dat zijn gezag op den duur afneemt.

Te licht bevonden

Een assistent: 'Op mijn vorige werkplek zei men over het afdelingshoofd: laat die maar praten. Die werd dus niet serieus genomen.'

Een staflid in een interview: 'Omdat hij afdelingshoofd is, vindt hij dat hij over bepaalde dingen iets moet zeggen, terwijl uit wat hij zegt, blijkt dat hij het probleem niet doorheeft. Dan kan hij beter niets zeggen, want het maakt het gevoel van plaatsvervangende schaamte bij de anderen juist groter.'

Een afdelingshoofd dat gezag op basis van de klinische dispositie ontbeert, kan niet zijn stempel drukken op de klinische gang van zaken. Een kersvers afdelingshoofd dat in een bespreking over een patiënt een verkeerde inhoudelijke opmerking maakt of een operatie alleen samen met een ander staflid kan uitvoeren, begint met een beschadigde reputatie en mist voldoende klinisch gezag. Uit de voorbeelden die de geïnterviewden gaven, blijkt dat zelfs de assistenten dit weten. Het feit dat zij, als nog niet volwaardige, perifere groepsleden, hiervan op de hoogte zijn, is veelzeggend. Als het afdelingshoofd zijn gezag desondanks probeert te laten gelden, heeft het een averechts effect. In dit soort gevallen kan hij beter niets zeggen dan het verkeerde. Het gezag van het afdelingshoofd wordt sneller betwist als hij niet duidelijk senior is ten opzichte van de meeste andere stafleden.

In een stafgroep waar het afdelingshoofd zich vooral in de wetenschap profileert, oefenen andere (senior-)stafleden meer invloed uit op de klinische gang van zaken. Dit afdelingshoofd vertelt zelf dat hij minder kan sturen op het geheel, zoals het vaststellen van de speerpunten van de afdeling.

Kroonprinsen

Een afdelingshoofd in een intervisiebijeenkomst over een staflid:

'Ik ga vaker dan bij de anderen even zijn kamer binnen; dat hangt waarschijnlijk toch samen met het feit dat ik uit de groep afkomstig ben. Het werkt wel, want hij is toeschietelijker en minder in de verdediging. Maar soms denk ik, godverdikke me, ik ben nou toch hoogleraar geworden, hij kan toch ook wel eens een keer naar mij toekomen.'

Regelmatig is er een kroonprins in de groep: een staflid dat door het afdelingshoofd en de groep als beoogde opvolger wordt beschouwd. Een kroonprins is in het algemeen

iemand die qua gezagsverhoudingen in de groep het dichtst bij het afdelingshoofd staat en die, volgens een ongeschreven regel, het afdelingshoofd waarneemt bij afwezigheid. De algemeen geaccepteerde kroonprins is vaak de rechterhand van het afdelingshoofd, een steun en toeverlaat, een maatje. Hij is vaak ook de waarnemend opleider, of soms zelfs de opleider.

Maar je hebt ook nog de zogenáámde kroonprins. Dat is bijvoorbeeld iemand die gepasseerd is door een nieuw afdelingshoofd. Deze 'kroonprins' kan het afdelingshoofd de nodige last bezorgen. Hij gedraagt zich niet als rechterhand, maar meer als degene die constant aan de poten van de troon staat te zagen.

Wanneer een afdelingshoofd een staflid in de groep heeft dat met hem de strijd aangaat, loopt hij hier op allerlei momenten tegenaan.

Een afdelingshoofd over een staflid tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Die zaagt één voor één aan al mijn poten en ik wiebel. Weet je, het zijn van die kleine dingen. Als ik vraag: 'Kan ik je even spreken?' zegt hij: 'Ja, kom maar even langs.' Snap je?

Gemompel van herkenning.

'En dan kan ik kiezen of ik naar hem toeloop, of zeg: 'Kom jij maar even hier langs'. Zo gaat het de hele dag, dat zijn allemaal van die kleine strijdjes.'

In vergaderingen zijn deze stafleden sneller dan de anderen geneigd de mening van het afdelingshoofd aan de kaak te stellen. Of zij gaan 'ostentatief de andere kant op kijken, en luidruchtig zitten zwijgen.' In dergelijke situaties gaat het afdelingshoofd zich soms meer op zijn formeelhiërarchische positie beroepen. Dit helpt hem niet, integendeel, de staf beschouwt het als een zwaktebod. Er ontstaat een escalerende machtsstrijd. Het afdelingshoofd stelt zich steeds minder als gelijke op en het staflid reageert daar steeds heftiger op. Deze strijd manifesteert zich zowel in groepsbesprekingen als in tweegesprekken.

In patiëntenbesprekingen bijvoorbeeld, laat het staflid het niet na inhoudelijk steeds van mening te verschillen met het afdelingshoofd. Hiermee stelt het staflid eigenlijk steeds het gezag van het afdelingshoofd aan de kaak. Maar het gebeurt ook andersom, als het afdelingshoofd de mening van het staflid bestrijdt. Dit heeft zijn weerslag in de groep en er dreigen conflicten en kampvorming. Contacten worden steeds meer vermeden, zijn vooral formeel en beide partijen voelen zich ongelukkig.

Ook voor stafleden is de wetenschappelijke dispositie een bron van gezag. Het hoogleraarschap is een manier om een staflid 'te belonen'. Een staflid dat hoogleraar is, is meer gelijkwaardig aan het afdelingshoofd. Om deze reden zijn afdelingshoofden soms huiverig om stafleden die hun gezag betwisten, voor een hoogleraarschap voor te dragen.

In een intervisiebijeenkomst vertelde een afdelingshoofd over een staflid dat professor wil worden. Hij voelde daar weinig voor, omdat de betreffende persoon dan helemaal niet meer gevoelig zal zijn voor zijn gezag. Waarop een ander afdelingshoofd zegt: 'Je moet tegen hem zeggen: weet je wat jouw probleem is? Jij zit wel in het geboortekanaal, maar er is niemand die perst.'

Als het afdelingshoofd geen helpende hand biedt, zal het staflid niet als hoogleraar tevoorschijn komen.

Voor de kroonprinsen zelf is deze situatie niet altijd eenvoudig. Het afdelingshoofd moet zijn loyale kroonprins genoeg ruimte geven zonder zichzelf bedreigd te voelen. Er bestaan vaak geen formele afspraken over de opvolging. Behalve een afhankelijkheid van het huidige afdelingshoofd is er ook nog de afhankelijkheid van een benoemingsprocedure, die buiten de groep omgaat. Soms zijn er meerdere kroonprinsen, terwijl er binnen de eigen groep toch maar één gekroond kan worden. Dit kan, naast een eventuele strijd met het afdelingshoofd, leiden tot een onderlinge strijd tussen de kroonprinsen.

Het feit dat de kroonprins van binnenuit de groep afkomstig is, is niet altijd een voordeel. De staf kent de kroonprins goed en zijn gezag moet niet op voorhand betwist worden. Afdelingshoofden spreken in dit soort situaties over disloyale stafleden. Als afdelingshoofden onvoldoende door de loyale staf in hun functie gesteund worden, kunnen zij weinig invloed uitoefenen in de groep.

Afname van gezag

Drie citaten uit verschillende intervisiebijeenkomsten.

- 'Sinds ik afdelingshoofd ben, is de tijd die ik heb voor wetenschap en patiëntenzorg veel minder geworden. De vraag is hoeveel tijd je nodig hebt om je professionaliteit en dus het gezag bij je staf te houden.'
- 'Als afdelingshoofd krijg je met name gezag als je expertise hebt en die expertise moet je zien te houden. Daar heb ik erg veel last van. Ik doe gewoon diensten, en dat doe ik absoluut omdat ik anders mijn expertise kwijtraak en dus ook mijn gezag heel makkelijk kan verliezen. En als ik denk dat ik mijn expertise ga verliezen, dan zal mijn angst voor gezagverlies zichtbaar zijn.'
- 'Je verliest toch geleidelijk de voeling met de werkvloer, je weet niet meer wat er gebeurt, wat er belangrijk is en wat goed loopt en wat fout.'

Als het afdelingshoofd bij aanvang voldoende gezag heeft en met eventuele disloyale stafleden kan omgaan, ligt er een derde bedreiging op de loer: de afname van gezag. Door de veelheid aan extra taken blijft er minder tijd over voor zijn primaire taken, zoals patiëntenzorg en wetenschap.

Stafleden, inclusief afdelingshoofden, spreken soms denigrerend over iemand die 'nog nauwelijks patiëntenzorg doet', of 'weinig patiënten meer ziet'. Men maakt misprijzen-

de opmerkingen over afdelingshoofden die te weinig aanwezig zijn tijdens besprekingen en overdrachten. Men begrijpt wel dat het afdelingshoofd minder beschikbaar is door zijn managementverplichtingen, maar het afdelingshoofd plaatst zich buiten de groep als hij onvoldoende het goede voorbeeld geeft. Bijvoorbeeld als hij niet of niet op tijd aanwezig is bij patiëntenbesprekingen, zich niet zichtbaar inzet voor de groep en niet beschikbaar is voor het verlenen van collegiale diensten.

Het afdelingshoofd met een carrière die zich voor een groot deel buiten de afdeling afspeelt, loopt een risico. Hoewel activiteiten die nationaal of internationaal van belang zijn, kunnen bijdragen aan zijn gezag, moet hij voldoende prioriteit geven aan het reilen en zeilen van de afdeling, wil hij geloofwaardig zijn binnen de groep.

Als het klinisch gezag van het afdelingshoofd afneemt, nemen andere, ervaren stafleden een actievere rol. Zij drukken dan hun stempel op de klinische gang van zaken. Het afdelingshoofd verliest dan een deel van zijn recht van spreken en daarmee de kans om invloed uit te oefenen op de inhoudelijke discussies en besluitvorming en op de gang van zaken in de groep.

Naast al deze bedreigingen voor zijn gezag, staat het afdelingshoofd ook nog voor het dilemma hoe hij dit gezag uitoefent.

5.3 Dilemma's voor het afdelingshoofd

Een staflid vertelt tijdens een interview:

'Je wordt als arts opgeleid om zelfstandig binnen je groep te functioneren en de verticale organisatiestructuur past niet in die samenwerking. Dat wrikt altijd. Verticaal betekent dat er één meer macht heeft en meer geld verdient. Dat is in de periferie niet zo, er is er één die onderhandelt met de directie et cetera, maar dat is echt de primus inter pares.

In het voorgaande hoofdstuk zagen we dat de intercollegiale omgangsvormen in de groep gekenmerkt worden door: geen opdrachten geven of controleren, collegiaal zijn en geen openlijke kritiek uiten. Deze omgangsvormen lijken in strijd met de leidinggevende taak van het afdelingshoofd en stellen hem elk voor het dilemma hoe hij invloed uit kan oefenen en toch deze omgangsvormen in acht neemt.

Tijdens de intervisiebijeenkomsten was voor de deelnemers het omgaan met de staf verreweg het belangrijkste onderwerp; tweeëndertig van de vijfenveertig maal brachten zij casus in die hiermee te maken hadden. In verreweg de meeste gevallen ging het om het beïnvloeden van een individueel staflid: twintig van de tweeëndertig keer. Twaalf casus hadden betrekking op het functioneren van de stafgroep.

We bespreken hier de dilemma's waar de omgangsvormen het afdelingshoofd voor stel-

len. Hoe krijg ik hen zover dat ze doen wat ik wil zonder dat ik opdrachten geef en zonder controle uit te oefenen? (paragraaf 5.3.1) Collegiaal zijn, maar met wie dan? (paragraaf 5.3.2)? Tenslotte gaat paragraaf 5.3.3 over de vraag: wanneer zal ik toch openlijk kritiek uiten?

5.3.1 Hoe krijg ik hen zover zonder opdrachten te geven?

Fragment uit een observatie van een staf lunch. Er moet een patiënt gepresenteerd worden in het kader van een onderwijsverplichting met een andere stafgroep.

Het afdelingshoofd: 'X, ben jij wel eens geweest?'

Staf lid X: 'Ja.'

Afdelingshoofd (lachend): 'Maar heb je een patiënt gepresenteerd?'

Zo gaat het afdelingshoofd iedereen langs of hij wel eens geweest is. Hij krijgt geen concrete toezegging en eindigt met: 'Zouden jullie even willen kijken of je een geschikte patiënt hebt? Denk er even over na.'

Hoe kan het afdelingshoofd iets voor elkaar krijgen zonder opdrachten te geven? Hij verpakt de opdracht in een vraag: 'Zou je de casus voor het onderwijs willen herschrijven?' Vaak geeft hij er allerlei argumenten bij. Hiermee probeert hij het staf lid duidelijk te maken dat hij het niet voor hem, het afdelingshoofd, moet doen, maar voor het algemeen belang. Als een staf lid niet ingaat op een verzoek, al dan beargumenteerd, staat het afdelingshoofd vaak met lege handen, want hij kan geen opdracht geven.

Om een staf lid te overtuigen van het nut om bijvoorbeeld regelmatig patiëntenbesprekingen bij te wonen, zegt het afdelingshoofd dat anderen dan meer van zijn expertise kunnen profiteren. En dan? Het staf lid is het met hem eens, 'hij komt een paar keer, dan weer niet, zijn pieper gaat, of hij komt vijf minuten voor het eind binnen.'

Een (snijdend) afdelingshoofd dat een staf lid voorstelde ook een ander soort ingrepen te gaan doen, kreeg als antwoord: 'Nee, nee, daar heb ik niet het karakter voor.' Het afdelingshoofd moet op zo'n moment met verschillende, vaak tegenstrijdige belangen omgaan. Het heeft geen zin om bij zijn voorstel te blijven. Het staf lid zou zeggen: 'Dat kan ik niet, dan maak ik ongelukken'. Of het staf lid doet er twee keer zo lang over, waardoor de wachttijden op gaan lopen. Dit vindt het afdelingshoofd niet in het patiëntenbelang. Terwijl de vraag juist voortvloeide uit het patiëntenbelang; de betreffende ingreep werd nu door maar één staf lid gedaan, waardoor de wachttijd opliep.

Bij een weigering van een staf lid om op zijn verzoek in te gaan, is het afdelingshoofd vaak uitgepraat. Het staf lid voert allerlei argumenten aan, die hij moeilijk kan bestrijden. Afdelingshoofden zijn altijd bang voor dit soort 'welles-nietes' discussies. Op argumenten kunnen ze moeilijk winnen en op hun positie kunnen ze zich niet beroepen.

Bij een afwijzing van zijn verzoek, zoekt het afdelingshoofd soms naar sancties, maar zijn afhankelijkheid van de staf maakt dat niet makkelijk. Zoals een staf lid zei: 'Het afde-

lingshoofd kan wel zeggen: 'Als je dit niet doet, opereer je niet meer', maar dan moet ik toch weer.' In diensten hebben ze hem weer nodig. De 'straf' die het afdelingshoofd kan bedenken, is ook een straf voor hemzelf of, beter gezegd, de groep. De groepsleden zijn vakinhoudelijk sterk van elkaar afhankelijk en dat geldt ook voor het afdelingshoofd ten opzichte van zijn staf. Zoals een afdelingshoofd opmerkte: 'Het feit dat je als groep voor patiënten zorgt, relateert je positie als hoofd.'

Een weigering van het staflid kan de vorm krijgen van het onthouden van collegialiteit, zoals we in het vorige hoofdstuk bespraken. Dit kan de uiting zijn van een machtsstrijd met het afdelingshoofd.

Tijdens een intervisiebijeenkomst vertelde een afdelingshoofd het volgende incident. Hij vroeg een staflid een bepaalde onderwijstaak te doen, waarop het staflid zei: 'Word je daar professor mee?'

Het afdelingshoofd antwoordde: 'Nou, nee.'

Waarop het staflid zei: 'Doe het dan maar zelf.'

Controleren is geen geëigende omgangsvorm in de groep. Tijdens een observatie deed een afdelingshoofd statuscontroles. Wanneer hij iets miste, stopte hij een briefje in de status met een aantekening, een vraag of een advies. Hij controleerde meestal niet of daarmee wat gedaan werd, tenzij hij het erg belangrijk vond. Want controleren is niet collegiaal: 'Het kan misschien nog bij jonkies, maar X en Y zijn als het ware jaargenoten. Dan kan je dat niet doen...' Misschien worden de statuscontroles meer als goedbedoelde, ongevraagde adviezen beschouwd, waarvan het staflid zelf, naar eer en geweten, kan beslissen wat hij er mee doet.

Besluitvorming in consensus gebeurt volgens het principe van 'geen opdrachten geven' (zie ook hoofdstuk 4, par. 2.2). In vergaderingen moet het afdelingshoofd balanceren tussen enerzijds invloed willen uitoefenen en een beslissing nemen en anderzijds het bereiken van consensus.

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Aan de ene kant willen ze (de staf) dat er iemand nou eindelijk eens een beslissing neemt, maar tegelijkertijd willen ze wel zelf degenen zijn die dat doen, om erachter te kunnen staan. Dus hoe leid je dat zo dat de groep het gevoel heeft dat zij de beslissing heeft genomen, terwijl jij de beslissing neemt?'

Om invloed uit te oefenen op de besluitvorming moeten de partijen met goede argumenten komen. Sommige onderwerpen monden op de stafvergaderingen uit in langdurige discussies of ze komen steeds weer terug omdat er geen consensus bereikt kan worden. Een enkel protesterend staflid kan besluiten tegenhouden. Ook als de andere stafleden het niet met hem eens zijn, kunnen zij het als niet loyaal ervaren om hem af

te vallen. Soms is dit onderdeel van de strijd met een afdelingshoofd. Als er onvoldoende stafleden loyaal zijn aan hem, kan het afdelingshoofd tegenover de hele groep komen te staan. Ook een mening uitspreken die afwijkt van de groep is al vol risico. Het afdelingshoofd steekt zijn nek uit en kan alleen komen te staan. Het volgen van collegiale omgangsvormen weegt dan zwaarder dan de betreffende kwestie.

Of het nu gaat om de invoering van een elektronische agenda of de aanschaf van een instrument op de OK, na een uitwisseling van meningen beslist meestal de groep. Het doordrukken van zijn eigen standpunt biedt het afdelingshoofd slechts succes op korte termijn.

Een discussie in een intervisiegroep.

Afdelingshoofd 1: 'Ik weet dat collega X op een gegeven moment, na een lange, hooglopende discussie tenslotte zei: 'We doen het zo want ik ben de baas. Nou...' (op onheilvoorspellende toon). Afdelingshoofd 2: 'Dat kan je misschien één, twee keer doen.'

Afdelingshoofd 1: 'Eén keer doen, precies.'

Afdelingshoofd 2: 'De derde keer gaat het niet meer werken, de vierde keer werkt het tegen je.'

Afdelingshoofd 1: 'Daar hebben mensen het nu nog over hoor.'

Allen mompelen instemmend.

Ook in dit voorbeeld beroept het afdelingshoofd zich op zijn formeelhiërarchische positie, met een averechts effect. Als hij zijn mening doordrukt, raakt hij juist zijn gezag kwijt. Hij houdt zich niet aan de omgangsvormen in de groep.

Dit dilemma kan voor een afdelingshoofd zelfs reden zijn om geen stafvergaderingen te houden. Terwijl het voor de stafleden toch meestal belangrijke bijeenkomsten zijn 'om met de *inner circle*, zonder pottenkijkers, een paar harde noten te kunnen kraken'.

5.3.2 Collegiaal, maar met wie dan?

Het afdelingshoofd moet zich loyaal opstellen tegenover zijn collegae. Hij komt voor een groot dilemma als hij moet kiezen tussen de belangen van verschillende collegae in de groep. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het verdelen van taken.

Een afdelingshoofd in een intervisiebijeenkomst:

'Ik wil de hele club bij elkaar houden, maar denk dat het in de taakverdeling het beste zou zijn als sommigen zich wat meer met hun eigen winkel bezighouden., Maar dan moet ik de anderen, de middenvelders, zo ver krijgen dat ze meer algemene dingen gaan doen. En zonder te mopperen.'

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Ik ben de baas van de algemene agenda en zij zijn baas van hun beide agenda's. Die eigen agenda wordt steeds groter en die algemene wordt steeds kleiner.'

In het vorige hoofdstuk bespraken we dat de groep gezamenlijk verschillende afdelingstaken moet vervullen zoals supervisie en onderwijs. Deze taken worden soms als corvee beschouwd. De verdeling van dergelijke taken kan tot belangentegenstellingen leiden, waardoor conflicten in de groep kunnen ontstaan. We zagen hoe conflicten een bedreiging vormen voor het functioneren en het imago van de groep. Het afdelingshoofd voelt vaak de verantwoordelijkheid om deze dreiging af te wenden en het gezamenlijke kapitaal te beschermen, maar staat dan voor een lastig dilemma. Met wie moet hij collegiaal zijn als er tegengestelde belangen van stafleden zijn? En wanneer moet hij zijn loyaliteit tegenover individuele stafleden opofferen, in het belang van de groep als geheel?

Een afdelingshoofd dat een conflict zag ontstaan in de samenwerking met een ander specialisme, aarzelde om op te treden. Moest hij partij kiezen om het conflict op te lossen? En hoe en wanneer moest hij ingrijpen zonder het betrokken staflid te passeren? Als een afdelingshoofd ingrijpt, moet hij altijd iemand laten vallen en is dan dus niet collegiaal. Als de deelnemers aan intervisiebijeenkomsten conflictsituaties inbrengen, vragen collega-afdelingshoofden vaak: bij wie ligt je loyaliteit? Als die in het midden ligt, is dat makkelijker. Hoewel iedereen het logisch vindt dat een afdelingshoofd een voorkeur heeft, is het de kunst om hier geen rekening mee te houden, want partijdigheid verzwakt zijn positie.

Tijdens een stafvergadering is er een discussie over de precieze toedracht van een conflict tussen twee stafleden. Het afdelingshoofd zegt dat hij er niet bij was en dat de toedracht er niet toe doet. Hij wil niet weten hoe het conflict in elkaar zit, want dan hoeft hij ook geen partij te kiezen.

Als hij wel ingrijpt in een conflict en partij kiest, is steun van de groep onontbeerlijk. Als het afdelingshoofd die steun niet krijgt, staat hij voor een groot dilemma. Niet ingrijpen in het conflict kan het functioneren van de groep bedreigen, maar wel ingrijpen ook. Er kunnen kampen ontstaan, met isolatie van het afdelingshoofd. Hij wordt dan in zijn eigen positie bedreigd.

Tijdens een intervisiebijeenkomst werd er gesproken over een conflict tussen twee stafleden.

Afdelingshoofd 1: 'Maar nog belangrijker is de steun in je afdeling zelf, denk ik eerlijk gezegd. Want dat bestuur is toch wel heel ver weg hoor.'

YW: 'Als jij gezeur hebt.'

Afdelingshoofd 2: 'Ja '

Afdelingshoofd 3: 'Ik heb wel de steun van de raad van bestuur, maar geen steun binnen de afdeling, want er zijn heel duidelijk kampen.'

De paradox voor het afdelingshoofd is dat hij zelf deel van de groep moet blijven, maar dat zijn functie hem soms gedeeltelijk buiten de groep plaatst. Dat maakt hem eenzaam.

Fragment uit een intervisiebijeenkomst.

Afdelingshoofd 1: 'Wat ik heel lastig vind is het omgaan met afstand. Dat je niet meer eens even tegen een staflid kan zeggen: goh, daar word je toch ook niet goed van, van dat gezeik. Wat je vroeger onderling gewoon kon doen.'

Afdelingshoofd 2: 'Iemand zei een keer tegen mij: jij bent niet veranderd, maar mensen kijken anders naar je.'

Afdelingshoofd 1: 'Wat jij zegt, wordt nu op een heel ander schaalte gewogen dan vroeger. Dat vind ik heel moeilijk.'

De daden en woorden van een afdelingshoofd worden vaak anders gewogen dan die van collega-stafleden. Aan een deel van de collegiale interactie kan hij niet meer meedoen. In zijn pogingen het kapitaal van de groep te beschermen, kan hij in loyaliteitsproblemen komen tegenover individuele collegae. Dit dilemma is nog groter bij de vraag of hij een collega kritiek moet geven, het onderwerp van de volgende paragraaf.

5.3.3 Toch openlijk kritiek uiten?

Fragment uit een interview met een afdelingshoofd over kritiek uiten op een staflid.

Afdelingshoofd: 'Ik ben daar heel terughoudend in, om psychologische redenen. Een staflid moet je altijd in zijn waarde laten, daar waar hij denkt dat hij een unieke dokter is.'

In de intervisiebijeenkomsten kwamen twee vormen van disfunctioneren regelmatig aan de orde: medisch inhoudelijk disfunctioneren en problemen met het gedrag van stafleden.

Men vraagt zich vaak eerst af hoe 'erg' het is: 'Zijn er al doden gevallen?' Wanneer moet het afdelingshoofd ingrijpen? De eigen dokter is persoonlijk verantwoordelijk, maar als het zware fouten zijn, voelt de groep zich medeverantwoordelijk en kan de groep beschadigd worden. Het afdelingshoofd kan geacht worden in te grijpen, ook door de groep. Dit ervaart hij soms als toekijken met de handen op de rug gebonden. Hoe moet hij hier wat aan doen en toch de omgangsvormen van de groep volgen?

In intervisiebijeenkomsten adviseren afdelingshoofden elkaar om nu eens een stevig gesprek te voeren en openlijk kritiek te geven. Men lijkt daar rationeel van overtuigd, maar bij de follow-upbespreking van een casus blijkt vaak dat ze om allerlei redenen het gesprek uitstelden - wat regelmatig tot afstel leidt - of in afgezwakte vorm gevoerd hebben.

Het afdelingshoofd is om drie redenen terughoudend met het geven van openlijke kritiek. Ten eerste vraagt hij zich af: wie ben ik?

Een afdelingshoofd tijdens een observatie:

'Maar het is lastig om iemand echt te corrigeren, want je weet het nooit zeker. Mijn opvatting is ook maar n=1.'

We zagen in het vorige hoofdstuk dat het soms moeilijk te zeggen is wanneer fout echt fout is. Zeker door degene die de patiënt niet 'gezien' heeft. Alleen de eigen dokter kan beslissen. Als hij de patiënt niet zelf gezien heeft, is een arts er niet zeker van of hij het handelen van een collega wel kan bekritisieren. Klopt zijn oordeel wel?

Deze onzekerheid is er ook in andere situaties. Het staflid dat onvoldoende presteert op onderzoeksgebied, zegt dat dit komt doordat hij geen eigen analist heeft gekregen. Dit brengt het afdelingshoofd aan het twijfelen: 'Heb ik hem te kort gedaan door hem geen analist te geven? Of heb ik gewoon gelijk?' Dit geldt ook voor het aanspreken op gedrag. Kan het afdelingshoofd wel zeggen: 'Als er een klus is, zie ik je nooit?'

Het afdelingshoofd aarzelt niet alleen om iemand openlijk te bekritisieren omdat hij de patiënt zelf niet gezien heeft, hij is ook terughoudend om een eigen oordeel te geven. Dit is persoonlijk, dus 'subjectief'. Het subjectieve oordeel heeft een negatieve lading omdat het ingegeven kan zijn door persoonlijke willekeur en niet door 'objectieve' argumenten. De mening van het afdelingshoofd is, als gelijke collega, niet meer waard dan die van het staflid. Het uitspreken van de subjectieve mening van het afdelingshoofd leidt nogal eens tot een welles- nietes discussie, die lastig te winnen is.

Een afdelingshoofd tijdens een observatie:

'In een gesprek met zijn tweeën haalt iemand er altijd situaties bij waar je niet bij bent geweest. Dat is dan een verhaal van één kant, het wordt altijd welles, nietes.'

De verdenking van persoonlijke willekeur ondergraaft ook zijn argumenten.

Een tweede drempel is de vraag: hoe kan ik kritiek geven en toch gezichtsverlies bij de ander voorkomen?

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst: 'Ik vind dat hij af moet treden.'

YW: 'En wat houdt jou tegen?'

Afdelingshoofd: 'Nou het is opnieuw een *blow* voor zo'n man.'

Fragment uit een intervisiebijeenkomst.

Afdelingshoofd A: 'Als je iemand (een stafid) naar je toehaalt, die vervolgens niet aan je verwachtingen voldoet, weerhoudt loyaliteit je ervan om snel in te grijpen.'

Afdelingshoofd B: 'En als zo iemand zelf vertrekt, voel je dat aanvankelijk als niet loyaal, terwijl je op afstand nog beter kan zien dat iemand niet goed functioneert.'

Als er tijdens intervisiebijeenkomsten over niet goed functionerende stafleden gesproken wordt, blijkt dat afdelingshoofden vooral aarzelen om openlijk kritiek te uiten omdat ze gezichtsverlies bij de ander willen voorkomen.

Deze omgangsvorm beïnvloedt ook de gang van zaken tijdens de intervisiebijeenkomst.

sten zelf. Een afdelingshoofd belde tussen de bijeenkomsten met de facilitator van de intervisiegroep om te overleggen. Hoe moest hij zijn mening geven tegen een collega in de groep, zonder 'te hard' te zijn? In een andere groep vertelde een afdelingshoofd over zijn eigen situatie, waarbij het duidelijk werd dat hij niet serieus genomen werd in zijn positie. Er kwamen opvallend weinig reacties. In een individueel gesprek achteraf sprak een collega-afdelingshoofd hier zijn verbazing over uit: 'Ja, je weet niet precies hoe het zit, maar het lijkt toch heel gênant, je hebt er allerlei gedachten bij.' De collega-afdelingshoofden voelen zich plaatsvervangend gegeneerd.

Om gezichtsverlies bij de ander te voorkomen uit men kritiek vaak impliciet, met het risico dat de boodschap niet overkomt.

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Elkaar corrigeren vind je lastig, dus je schuift een heel klein pionnetje naar voren in de verwachting dat iemand dat hele schaakbord overziet en dat is vaak niet zo. En dan schuif je nog eens een pionnetje en dan denk je: nu is het wel duidelijk, maar nee.'

Het afdelingshoofd denkt dat hij heel duidelijk kritiek gegeven heeft, terwijl het aangesproken staflid zegt: 'Goh hij heeft gezegd dat ik eigenlijk een maand met vakantie moet, dat is toch fantastisch, dat ga ik eerst eens doen.'

We zagen in hoofdstuk 4 hoe er door grote identificatie met de ander op voorhand al sprake is van plaatsvervangende schaamte. De angst voor deze schaamte is een belemmering voor het leveren van openlijk kritiek. Door een collega gezichtsverlies te laten lijden, laat het afdelingshoofd hem als persoon vallen. Dit is zeer bedreigend, ook voor het afdelingshoofd, vooral als hij het betreffende staflid zelf heeft aangetrokken. Hij denkt bij hem in het krijt te staan en kan een soort onuitgesproken belofte niet breken. Het staflid komt op verzoek van het afdelingshoofd, die hem daarom denkt te moeten steunen, als een soort wederdienst. Dit weerhoudt een afdelingshoofd er vaak van, langer dan verstandig is, om duidelijk te zijn of in te grijpen.

Ingrijpen kan tot conflicten leiden. Angst voor conflicten vormt de derde drempel om openlijk kritiek te uiten.

Fragment uit een intervisiebijeenkomst.

Afdelingshoofd 1: 'Er komt toch een moment dat jij jouw eigen mening ernaast moet leggen en bijvoorbeeld zegt: met Pietje vind ik het prettiger samenwerken dan ik met Jantje kan doen.'

Afdelingshoofd 2: 'Dat moet je niet benadrukken'

Afdelingshoofd 1: 'Dat zou ik niet benadrukken maar daar komt het, als je die keus moet maken, wel op neer.'

YW: 'Blijkbaar is het heel erg om iets subjectiefs te vinden. Het valt me op dat jullie proberen dat zoveel mogelijk te vermijden.'

Afdelingshoofd 2: 'Nee, maar daardoor kom je in conflicten.'

Afdelingshoofd 3: 'Ja.'

Als een staflid openlijk kritiek krijgt, ontstaat vaak een welles-nietes discussie, dat kan ontaarden in een conflict met de betrokkene. Men praat dan soms helemaal niet meer met elkaar of het staflid raakt nog meer gedemotiveerd.

Afdelingshoofden verwachten bovendien vaak niet veel van dit aanspreken; zal het wel effect hebben om iemand 'directief aan te sturen'? Want de persoon in kwestie mist blijkbaar de nodige creativiteit om zelf dingen in gang te zetten, het goede te doen. Daarom zal dit sturen geen resultaten opleveren. Zoals een afdelingshoofd verzuchtte: 'Je hebt meer aan zelfrijzend bakmeel.'

Wat is dan het nut van kritiek geven als het geen resultaten, maar wel een risico op conflicten oplevert? We zagen al eerder hoe bedreigend conflicten zijn. Voor het afdelingshoofd, maar ook voor het functioneren van de groep. Het afdelingshoofd is bang voor ruzie en kampvorming in de groep, zeker als hij met de kritiek niet namens de groep spreekt. Hij kan zich hiermee zelfs isoleren van de groep.

Naast de angst voor conflicten voelt het afdelingshoofd zich ook afhankelijk van zijn stafleden. Als iemand zich onmogelijk gedraagt maar wel medisch inhoudelijk goed is en een unieke expertise heeft, wil hij hem om die reden niet kwijt. In de onderzoeksperiode was op een gegeven moment sprake van een algemene vacaturestop voor medisch specialisten. Hij moet dan maar afwachten of hij er een nieuw staflid voor in de plaats kan aannemen. Dan moet iemand echt slecht functioneren, voor hij dit aan de kaak zal stellen. Vertrek van een staflid leidt immers tot een grotere werklast voor de groep.

Als hij invloed wil uitoefenen op zijn groep staat het afdelingshoofd voor een dilemma. De collegiale omgangsvormen belemmeren soms het uitoefenen van invloed, waardoor schade kan ontstaan. Bijvoorbeeld in het geval van disfunctionerende collegae en conflicten in de groep over een oneerlijke taakverdeling. Wanneer het afdelingshoofd de omgangsvormen schendt kan hij in conflict komen met de staf, waardoor hij geïsoleerd kan raken. Hoe gaat het afdelingshoofd om met dit dilemma, welk repertoire heeft hij tot zijn beschikking? Dit vormt het onderwerp van de volgende paragraaf.

5.4 Repertoire van het afdelingshoofd

Een staflid over de zichtbare resultaten van een goed afdelingshoofd:

'Dat het werk onderling goed geregeld is, en als er met veel plezier gewerkt wordt. En vooral dat er binnen de groep cohesie heerst, dat je met zijn allen enthousiast een bloeiende afdeling runt en

allemaal de ruimte en de credits krijgt. Dat de afdeling een goed gezicht heeft naar buiten. Zonder afdelingshoofd is er geen cohesie, zijn er allemaal eigen winkeltjes.'

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Je moet je positie niet te veel relativeren. Op een afdeling zonder afdelingshoofd ontstaat rotzooi, er is geen bindende factor en ze worden overgeslagen door de rest van het ziekenhuis'

Het repertoire van afdelingshoofden bevat verschillende strategieën om invloed uit te oefenen op individuele stafleden en de groep.

In de eerste plaats zien we dat hij dokter en collega blijft (paragraaf 5.4.1).

Belangrijke methoden zijn verder het hanteren van collegiale omgangsvormen (paragraaf 5.4.2); het gebruiken van *peer pressure* (paragraaf 5.4.3); expliciete druk uitoefenen (paragraaf 5.4.4) en tot slot het interveniëren in de groep (paragraaf 5.4.5). Voor de bespreking hebben we deze methoden kunstmatig gescheiden, hoewel ze in de praktijk niet altijd geïsoleerd worden gebruikt.

5.4.1 Dokter en collega blijven

Tijdens een intervisiebijeenkomst vraagt een beschouwend afdelingshoofd aan een snijdend afdelingshoofd: 'De professor kan het allerbeste de moeilijkste gevallen opereren. Is dat nog steeds zo?'

Het snijdende afdelingshoofd (aarzeland): 'Nou ja, zo absoluut niet, maar de tendens is er wel, ja.'

In een andere intervisiegroep:

Afdelingshoofd 1: 'Eén van de redenen waarom ik het vak doe en wil blijven doen, is dat, als directieetje dat zaakje ga besturen...'

Afdelingshoofd 2: '...dan ben je heel gauw uitgepraat'

Bijval van allen.

Afdelingshoofd 3: 'Je moet laten zien dat je de beste bent.'

Afdelingshoofd 1: 'Dus als ik heel eerlijk ben, denk ik dat de uitoefening van het vak wel je aanzien en positie in zo'n groep markeert.'

Afdelingshoofd 3: 'Wat Cruijff zegt: wie maak je aanvoerder? De beste.'

De medische habitus is de belangrijkste bron van gezag voor het afdelingshoofd. Om dit gezag te (onder-)houden moet hij daadwerkelijk tijd aan patiëntenzorg of onderzoek blijven besteden. Afdelingshoofden streven dit na, vaak tegen de verdrukking in van de andere eisen die er vanwege deze functie aan hen gesteld worden.

Een afdelingshoofd probeert zoveel mogelijk aanwezig te zijn. Hij is op tijd bij de ochtendoverdracht en maakt lange dagen. Het harde werken kunnen we ook aan de professionele dispositie relateren. Dit kwam in intervisiebijeenkomsten op verschillende manieren aan de orde. Bijvoorbeeld door de moeite die men doet om zoveel mogelijk

bij alle besprekingen aanwezig te zijn, het liefst bij elke overdracht, en het continue gebrek aan tijd dat men ervaart. Dit komt niet alleen door de overvolle agenda's met vaak meerdere afspraken op hetzelfde moment. Het komt ook doordat men het idee heeft overal bij te moeten zijn.

Door dokter te blijven, blijft het afdelingshoofd ook collega.

Fragment uit een observatie.

Er is een discussie tussen het afdelingshoofd en staflid X over het al dan niet opereren van een lastige patiënt. Uiteindelijk besluiten zij de patiënt de volgende dag, de eerste van een serie 'vrije' dagen, te opereren.

Het afdelingshoofd vraagt aan X die dienst heeft: 'Oké, X, zal ik het morgen doen?'

X: 'Nee, dat is niet nodig. Ik heb wel overmorgen een diner, zou je dan dienst willen doen?'

Het afdelingshoofd: 'Oké'.

Door mee te doen aan diensten, voldoende aanwezig te zijn en zijn aandeel te nemen in de taken van de groep, kan het afdelingshoofd ter plekke invloed uitoefenen. Bovendien vergroot hij de loyaliteit van de staf met hem. Door een goede dokter en collega te blijven, verdient hij als het ware het recht van spreken én het gezag om naar zich te laten luisteren. Hij wordt beschouwd als *wise man*. Dit is een belangrijke basis voor invloed op de groep.

5.4.2 Hanteren van collegiale omgangsvormen

Een afdelingshoofd: 'Ik zie mezelf als een *primus inter pares*, meewerkend voorman. Niet als de baas of de professor. Zo ben ik niet, daar voel ik me ook niet prettig bij. Ik ben gewoon vaak *inter pares*, en niet zozeer de *primus*...'

In de dagelijkse praktijk volgt het afdelingshoofd de collegiale omgangsvormen. Een afdelingshoofd, afkomstig uit de eigen groep, merkte eens dat een staflid er moeite mee had dat hij 'boven' hem was komen te staan. Het afdelingshoofd deed toen 'een stapje naar beneden' door bijvoorbeeld vaker bij hem binnen te lopen en hem zo 'de vernedering te besparen' dat hij bij het afdelingshoofd moest komen.

Door het hanteren van collegiale omgangsvormen kan het afdelingshoofd actief invloed uitoefenen. Het gaat dan vooral om het stellen van vragen, adviseren, kritiek verhuuld geven en schade beperken.

Vragen

In hoofdstuk 3 werd duidelijk dat vragen stellen belangrijk is bij de intercollegiale interactie. Deze vragen hebben verschillende functies: toetsen, uiten van kritiek en kunde tonen. Als het afdelingshoofd gezag heeft, kan hij gebruik maken van vragen om invloed uit te oefenen.

De vraag van het afdelingshoofd: 'Heeft de operateur met de echo meegekeken?' is een vraag om informatie, hij wil de uitkomst hiervan horen. Het is ook een manier om te toetsen of iets gebeurd is. De persoon, ook als hij weet wie dat is, wordt niet rechtstreeks aangesproken maar de operateur zal zich de vraag aantrekken. De vraag veronderstelt een norm - de operateur hoort met de echo mee te kijken - en is zo een vorm van indirecte sturing. Dit is ook het geval als het afdelingshoofd vraagt: 'Wordt het ook een artikel?' Deze vraag stelt hij aan een staflid dat een abstract heeft ingediend voor een verhaal op een congres. Met de vraag toetst het afdelingshoofd niet alleen of het ook een artikel gaat worden, maar spreekt hij ook uit dit te verwachten.

We zagen eerder dat er een geleidelijke overgang is van een vraag om te toetsen naar een vraag als kritiek. Dit is ook merkbaar tijdens intervisiebijeenkomsten: 'Vind je achteraf drie maanden wachten niet lang?' Het is duidelijk dat de vragensteller vindt dat zijn collega- afdelingshoofd wel eerder had kunnen ingrijpen in de betreffende situatie.

In paragraaf 5.3.1 zagen we nog een andere functie van de vraag: als het afdelingshoofd een vraag stelt als verzoek, omzeilt hij het geven van een opdracht.

Zo vertelde een afdelingshoofd dat hij meer succes heeft als hij mensen individueel benadert met een vraag dan wanneer dat op een vergadering in de groep doet. In dat laatste geval krijgt de vraag meer het karakter van een anonieme opdracht van de leiding. Het afdelingshoofd maakt zo gebruik van de collegiale omgangsvormen. Dan is het wel van belang dat stafleden zich loyaal voelen met het afdelingshoofd en hem een dienst willen bewijzen. Dit maakt de kans op succes voor het afdelingshoofd veel groter.

De impact van de verschillende soorten vragen moet niet onderschat worden. Zij zijn voor het afdelingshoofd een substantieel onderdeel van zijn repertoire om invloed uit te oefenen.

Adviseren, verhuld kritiek geven

Als collega met gezag kan het afdelingshoofd met succes adviezen geven over medisch beleid: 'Ik zou het net iets anders aanpakken' of: 'Ik zou in zo'n geval...'. Dit kan hij ook doen als hij een staflid adviseert om een bepaalde nascholing te volgen of een tijdje bij een andere groep expertise op te doen. Niet alleen omdat een andere groep een speciale expertise kan hebben, maar ook omdat het betreffende staflid niet in de eigen groep in een opleidingssituatie komt, wat gezichtsverlies zou kunnen geven.

Kritiek kan behalve in een vraag, ook in een advies verpakt worden. De kritiek wordt omzeild, wel komt de gewenste uitkomst in het advies naar voren, zoals het vertrek van een staflid.

Tijdens een intervisiebijeenkomst besluit een afdelingshoofd dat hij toch eens een duidelijk gesprek gaat voeren met een minder goed functionerend staflid, X.

YW: 'Wat ga je zeggen?'

Afdelingshoofd: 'X, we moeten eens een heel serieus gesprek hebben over de tien jaar achter ons. Je hebt een aantal steengoede bijdragen, tegelijk maak je een hele ongelukkige indruk over het onderzoek. Je hebt heel veel op je schouders genomen. Het is altijd een stuk water dragen voor anderen. Om happy te worden, zou je moeten overwegen dit niet meer te doen.'

Een staflid vertelt over een gesprek met een assistent die het in zijn ogen niet zou leren:

'Je probeert iemand uit te leggen dat hij niet gelukkig wordt als hij er 's nachts maar over ligt te tobben of hij het wel goed heeft gedaan. Je laat het hem zelf zeggen, zodat hij zelf onder ogen ziet dat hij zo zijn vijfenzestigste niet haalt.'

Deze adviezen dienen als een *way out* en kunnen gezichtsverlies bij de ander voorkomen. Zonder duidelijk te zeggen dat iemand iets niet goed doet, probeert het afdelingshoofd hem een andere richting op te duwen, waar hij misschien veel gelukkiger zal zijn. Door op die manier advies te geven, hoopt men dat iemand zelf de beslissing neemt om te stoppen. Een afdelingshoofd vertelde dat hij gesprekken met problematische assistenten zo voert, dat ze 'meestal zelf de consequenties trekken'.

Als het om jonge stafleden gaat, kan men 'gezamenlijk' de conclusie trekken dat het staflid in een academische setting niet op zijn plaats is, bijvoorbeeld omdat hij onvoldoende in staat is om onderzoek te doen of er geen belangstelling voor heeft. In gezamenlijk overleg kan dan een andere plek gezocht worden, waardoor het staflid zonder gezichtsverlies kan vertrekken.

Soms is het niet duidelijk hoe en wie nu de beslissing heeft genomen.

Fragment uit een interview met een afdelingshoofd.

Afdelingshoofd: 'Ik heb op een gegeven moment tegen hem gezegd: hou maar helemaal op met...' (onderdeel van het vak).

YW: 'Tegen mij zei hij, dat hij dat zelf had besloten.'

Afdelingshoofd: 'Ja, dat is ook zo, ik laat het vaak net zo lang duren tot iemand denkt dat hij het zelf besloten heeft.'

Vermoedelijk zijn dit niet altijd bewuste handelwijzen, maar voor de goede verstaander van deze boodschappen hebben zij wel effect. Maar deze tactiek werkt niet altijd. Dan past het afdelingshoofd soms de volgende methode toe.

Schade beperken

Als het niet lukt om een staflid dat klinisch niet goed functioneert een bepaalde kant op

te bewegen, kan het afdelingshoofd proberen de schade zoveel mogelijk te beperken door de context te beïnvloeden. Hij laat iemand bijvoorbeeld altijd samen met een ervaren collega opereren, ‘want we tellen het niet echt, maar hij heeft veel complicaties’. Of men laat collegae meekijken bij een dienst of overdracht. Hij creëert met zijn staf een soort vangnet om de patiëntenzorg niet in gevaar te brengen.

Zoals een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst zei: ‘Als iemand geen inzicht heeft in zijn eigen functioneren, dan moet je hem marginaliseren.’

Met deze collegiale omgangsvormen handelt het afdelingshoofd in lijn met de logica van de medische wereld. Hij kan dit vooral met succes doen als hij gezag geniet.

Bij de volgende methode gebruikt het afdelingshoofd de groep om invloed uit te oefenen.

5.4.3 Het gebruiken van peer pressure

Als hij de groep gebruikt om invloed uit te oefenen, is het afdelingshoofd zelf niet in het geding. Hij gebruikt *peer pressure*. Hij kan dit letterlijk doen, in de groep, of figuurlijk door de *pluralis modestiae* te gebruiken of meer indirect door het hanteren van pseudo-objectieve criteria.

In de groep

Een afdelingshoofd kan een stafvergadering gebruiken om het gedrag van een staflid te bespreken. Zo werd eens aan de orde gesteld dat een staflid zonder duidelijke verklaring frequent afwezig is, dat hij geacht wordt de vergoeding die hij mogelijk krijgt van de industrie in de afdelingskas te storten en dat andere stafleden zijn afwezigheid opvangen. Het afdelingshoofd kan ervoor kiezen om zo’n gegeven in de groep te bespreken in plaats van in een individueel gesprek. Het is een manier om een welles-nietes discussie te vermijden, waar allerlei situaties bij gehaald worden waar het afdelingshoofd niet bij was. Het afdelingshoofd gebruikt als het ware de groep om zijn handelen of spreken kracht bij te zetten en zo gewenst gedrag van een individueel staflid te entameren. De groep toetst en ‘corrigeert’ gezamenlijk het gedrag van het staflid.

Bovendien is nu iedereen in de groep op de hoogte en kent de afspraken.

Deze methode hanteren afdelingshoofden ook als iemand klinisch niet goed of zelfs disfunctioneert. Door het handelen van het staflid aan de orde te stellen in bijvoorbeeld een patiëntenbespreking of complicatiebespreking, is er een brede controle van de staf. De beoordeling komt van de hele groep en niet alleen van het afdelingshoofd.

Een afdelingshoofd in een intervisiebijeenkomst over een complicatiebespreking:

‘Dus je moet niet iemand zwart maken in de groep, maar wel gewoon de medische complicaties in

de groep bespreken zonder iemand aan te wijzen: jij hebt dit en dat gedaan. Zo stel je wel beleidszaken aan de orde, medisch beleid dan.'

De complicatiebespreking is te beschouwen als een specifieke vorm van een patiëntenbespreking. Er komen patiënten aan de orde bij wie complicaties opgetreden zijn. Men spreekt meestal niet over 'fout', maar over complicatie of misinterpretatie. Deze besprekingen zijn vooral bedoel om er als groep van te leren. De complicaties worden meestal anoniem besproken. De arts in kwestie wordt geacht zich de casus aan te trekken en ervan te leren. De betrokken specialist neemt deel aan de discussie of is degene die aantekeningen maakt.

Complicatiebesprekingen worden zeker niet in alle stafgroepen structureel gehouden. Men is waarschijnlijk bang voor individuele confrontaties. Toch is het een manier om medisch beleid te toetsen en te leren van 'fouten', volgens de logica van de medische wereld. Het effect van gewone patiëntenbesprekingen en complicatiebesprekingen moet niet onderschat worden. Ze zijn een vorm van sociale controle.

Het afdelingshoofd gebruikt ook *peer pressure* in het driegesprek. Lastige gesprekken met een staflid voert een afdelingshoofd namelijk wel eens met iemand samen, vaak zijn rechterhand, in ieder geval een *collega proximus*.

De invloed van *peer pressure* drukt de macht van de groep uit. Een internationale wetenschappelijke vereniging waarvan een afdelingshoofd president was, moest een lastige beslissing nemen. Die kon het afdelingshoofd nemen, hij was beslissingsbevoegd, maar hij moest wel eerst zijn *council* raadplegen. Deze *council* superviseerde hem als het ware. Een beslissing zonder hun steun zou niet werken, het gaat in wezen niet om de beslissing van de president, maar om die van de groep. De groep heeft meer impact dan het afdelingshoofd of de president. Deze moet wel de conclusies trekken en handelen, maar hij kan dat alleen doen in naam en met het mandaat van de groep.

De pluralis modestiae

Een afdelingshoofd in een intervisiegroep over een individueel gesprek dat hij met een collega voerde:

'Ik heb gezegd dat wij als chirurgen buitengewoon grote twijfel hadden of hij de technische capaciteiten had voor dit aandachtsgebied.'

Voorals het afdelingshoofd kritiek met een staflid bespreekt, gebruikt hij vaak de wij-vorm, net zoals bij patiëntenbesprekingen, waar bijvoorbeeld gezegd wordt: 'Weten we zeker dat...?' Ook hier is het een vorm van de *pluralis modestiae*. Het afdelingshoofd drukt met *wij* uit dat het niet zijn individuele mening is, die makkelijk ter discussie gesteld kan worden, maar die van de hele groep. Ook in intervisiebijeenkomsten gebrui-

ken afdelingshoofden deze wij-vorm wanneer ze hun mening geven over stafleden; ze spreken namens hun hele groep.

‘Pseudo-objectieve’ criteria

Tijdens een intervisiebijeenkomst komt een conflict aan de orde, dat een afdelingshoofd heeft gekregen met een staflid omdat hij hem een promotie tot Academisch Hoofd Specialist had geweigerd.

Een collega-afdelingshoofd adviseert hem: ‘Ik zou proberen de emotie uit de lucht te halen door snel te streven naar pseudo-objectieve criteria, voor zover aanwezig. Deze voorleggen aan de staf en hen democratisch laten meebeslissen, zodat ze breed gedragen worden. Spreek af hoe je alle stafleden in het vervolg daarop zult beoordelen. Hopelijk is daarmee de angel uit het conflict, omdat je het dan uit de persoonlijke rancunes gehaald hebt.’

Door pseudo-objectieve criteria te gebruiken, zoals in bovenstaand fragment, geeft het afdelingshoofd aan, dat hier niet zijn subjectieve oordeel aan de orde is. De term *pseudo* relateert dit op twee manieren: hoe objectief zijn deze criteria nu helemaal en bovendien ondersteunen zij wel degelijk het persoonlijke oordeel van het afdelingshoofd.

Een afdelingshoofd hielp zo een staflid dat hoogleraar wilde worden door een plan te maken voor het opkrikken van diens cv, dat ‘door anderen’ te licht bevonden werd.

Een belangrijk voordeel van *peer pressure* is dat het afdelingshoofd invloed kan uitoefenen zonder dat hij als individu met zijn subjectieve opvatting in het geding is. Hiermee is hij niet degene die het oordeel velt. Subjectiviteit werkt blijkbaar in zijn nadeel en zo lost hij het dilemma op dat we in paragraaf 5.3.3 bespraken: wie ben ik om er wat van te zeggen? Als hij namens zichzelf spreekt, neemt hij niet de collegiale omgangsvormen in acht. Als *spokesman* van de groep doet hij dit wel. Steun van de groep helpt hem niet alleen om zijn oordeel te objectiveren, zonder die steun loopt hij ook het risico alleen te komen staan in de groep.

Hoewel het gebruiken van *peer pressure* een stapje verder gaat dan het hanteren van collegiale omgangsvormen, is deze methode wel in lijn met de medische habitus. Soms komt het afdelingshoofd hier niet mee uit en moet hij explicieter druk uitoefenen.

5.4.4 Expliciete druk uitoefenen

Fragment uit een intervisiebijeenkomst over het voeren van een gesprek met een disfunctionerend staflid.

Afdelingshoofd A (lachend): ‘Wat ik moet doen omdat ik de baas ben, is dit gesprek voeren.’

Afdelingshoofd B: ‘Dat moet je.’

Afdelingshoofd A: 'Ja, tijdens de stafvergadering zegt niemand wat, maar na de stafvergadering komen ze één voor één naar je toe. En dan zeggen ze Jezus, hoe lang pik je dat nog.'

Afdelingshoofd B: 'Ja, op een gegeven ogenblik gaat je eigen geloofwaardigheid eronder lijden als je niks doet.'

Ondanks het hanteren van collegiale omgangsvormen en *peer pressure* kan een staflid blijven disfunctioneren. Dit kan vakinhoudelijk zijn of hij is oncollegiaal en zijn gedrag roept weerstand op in de groep. Stafleden komen soms over hem klagen. Het afdelingshoofd vindt dat hij er iets aan moet doen. Wat dan? Dan kan hij ervoor kiezen om explicieter druk uit te oefenen.

Tijdens een intervisiebijeenkomst.

Afdelingshoofd 1: 'Maar ik ben er langzamerhand wel achter dat je meer wint met duidelijkheid en als je het goede moment voorbij laat gaan, dan heb je een drie keer zo groot probleem.'

Afdelingshoofd 2: 'Dat ben ik wel met je eens. Je moet zo nu en dan ingrijpen. Ik doe het weinig, maar als je het doet, dan heeft het ook wel weer effect, vind ik.'

Druk uitoefenen is vooral lastig als het jaargenoten betreft, die meer als gelijken worden beschouwd.

Tijdens een observatie vertelt een afdelingshoofd over het corrigeren van stafleden:

'Maar collega A en B zijn als het ware jaargenoten. Dan kan je dat niet doen. Ik heb een enkele keer één van hen, die zich nooit aan een protocol houdt, bij me geroepen en gezegd: dat moet je echt niet meer doen.'

Een afdelingshoofd kan druk uitoefenen door duidelijk te zeggen dat dingen niet goed zijn gegaan, dat het anders moet of door het concreet uitspreken van verwachtingen. Dit doet hij soms in het kader van jaargesprekken. Hierop gaan we in het volgende hoofdstuk nader in.

Soms wordt een buitenstaander ingeschakeld. Zoals een afdelingshoofd voorstelde tijdens een intervisiebijeenkomst: 'Je moet een manager naar hem toe laten gaan, dat moet je niet zelf doen.' Op deze manier hoopt men de collegiale verhoudingen toch intact te houden.

Een enkele keer gaat het afdelingshoofd een stap verder, hij dreigt met 'uitstoting'.

Een afdelingshoofd vertelt tijdens een intervisiebijeenkomst over zijn gesprek met een staflid:

'Ik zei tegen hem: Het enige dat we nu doen is keihard afspreken dat als het over bijvoorbeeld een half jaar niet is verbeterd, dat ik dan voor jou geen plaats zie bij ons in de groep.'

In de casusbespreking tijdens intervisiebijeenkomsten is dreigen met uitstoting tweemaal aan de orde geweest. In deze situaties was een zeer gespannen situatie ontstaan in relatie tot het afdelingshoofd of dreigde er problemen in de groep door het gedrag van het betrokken staflid. De afdelingshoofden vertelden het staflid, dat als hij zo doorging, er geen plaats meer voor hem zou zijn in de groep. In beide situaties is het betreffende staflid gaan solliciteren. De een vertrok daarna, de ander lukte het niet om weg te komen en heeft zijn gedrag enigszins aangepast. Hiermee zijn de verhoudingen in de groep weer hersteld.

Dreigen met uitstoting uit de groep is voor het afdelingshoofd een grote stap. Een afdelingshoofd vertelde dat hij tot het uiterste getergd was, waarop hij hiertoe overging. Het afdelingshoofd in dezelfde groep die enthousiast riep dat hij de volgende dag ook een dergelijk gesprek ging voeren, moet dat nog steeds doen.

Ook voor het betrokken staflid is het ingrijpend. Uitgestoten worden uit de groep is wellicht één van de zwaarste straffen. Voor het afdelingshoofd is het zaak dat hij daadwerkelijke steun krijgt voor zijn handelen van de groep. Die moet hem als *spokesman* voor elke beslissing opnieuw ‘mandaat verlenen’ en dat geldt zeker in deze collegiale kwesties. Bij het ontbreken van steun werkt zijn optreden als een boemerang. Dan ontstaat er onrust in de groep, die niet weet aan wie ze loyaal moet zijn. Soms leidt dit tot weerstand tegen het afdelingshoofd, dat als oncollegiaal wordt beschouwd.

Met het uitoefenen van expliciete druk wijkt het afdelingshoofd af van de collegiale omgangsvormen. Hij kan zich hier echter toe gedwongen voelen door zijn verantwoordelijkheid voor de groep en het gezamenlijke kapitaal.

Een afdelingshoofd in een interview over het verschil tussen afdelingshoofd zijn en collega:
‘Ik ben nu verantwoordelijk voor de afdeling. Als er iets verkeerd gaat, moet ik zorgen dat het goed komt. Toen ik nog collega was en iemand anders iets niet goed deed in mijn ogen, zat ik in anciënniteit onder hem. Dan had ik naar X (het voormalige hoofd) moeten stappen, en dat doe je niet snel. Je besprak het wel, als puntje bij paaltje kwam, maar je hoopte dat dat niet gebeurde.’

Vanuit dit gevoel van verantwoordelijkheid kan het afdelingshoofd ook interveniëren in en tussen groepen.

5.4.5 Intervenieren in de groep

Verschillende processen in de groep kunnen leiden tot belangentegenstellingen en zelfs conflicten, die de cohesie van de groep in gevaar brengen. In hoofdstuk 4 zagen we dat dit vooral op kan treden bij het eerlijk verdelen van taken, bij conflicten en in de besluitvorming. In deze situaties kan het afdelingshoofd interveniëren om het functioneren van de groep in goede banen te leiden.

Eerlijk verdelen

Uitzonderingsposities worden vaak moeilijk geaccepteerd. Lusten en lasten moeten eerlijk verdeeld worden. Maar wat is eerlijk? Er wordt soms gemeten met verschillende maten en een scheve verdeling van congressen en vakanties roept veel emoties op. Het afdelingshoofd kan hier een rol spelen, bijvoorbeeld door in redelijkheid de congresgang eerlijk te verdelen.

Fragment uit een stafvergadering, waar het agendapunt congresbezoek wordt besproken.

Staflid 1 over congres A: 'Staflid 2 is een *invited speaker*, ik ga altijd, iemand anders zou misschien ook eens kunnen gaan, maar ik ben net een uur geleden gebeld of ik wil praten, ze vinden het geweldig wat we hier doen.'

Staflid 2: 'Het is wel belangrijk.'

Afdelingshoofd: 'Maar wie zou willen gaan?'

Staflid 3: 'Ik zou wel graag willen.'

Afdelingshoofd: 'Het is misschien flauw, maar wil je ook naar congres B?'

Staflid 3: 'Dat is voor mij wel belangrijk, ik zou daar wel heen willen, ja.'

Afdelingshoofd: 'Maar dan misschien toch niet ook naar congres A?'

Staflid 3 gaat hier, niet helemaal volmondig, mee akkoord.

Staflid 4: 'Regelen jullie het wel met de patiëntenzorg?'

Staflid 2: 'Ja, het is een week armoede.'

Behalve het eerlijk verdelen van congressen, moet ook de patiëntenzorg goed geregeld zijn; afwezigheid van stafleden, om welke reden dan ook, heeft altijd invloed op de zorg. Als twee stafleden met expertise op een bepaald gebied weg zijn wegens een congres of vakantie, is het 'armoede' en is men gedwongen bijvoorbeeld het aantal nieuwe patiënten in die periode te beperken.

Voor het afdelingshoofd is er nog een andere 'eerlijkheid', samenhangend met het gezamenlijke kapitaal van de groep.

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Jonge mensen met pretenties moeten de ruimte krijgen, met andere woorden extra ruimte om wetenschap te doen in hun aandachtsgebied. En degenen die wat ouder zijn en van wie duidelijk is dat ze het niet gemaakt hebben, zullen wat moeten inleveren.'

Het afdelingshoofd kan door het verkondigen van het afdelingsbelang, duidelijk maken wanneer iemand bijvoorbeeld vrijgesteld moet worden van bepaalde corveetaken om onderzoek te doen. Dit moet dan op een gegeven moment wel tot uitkomsten leiden en zo ook de groep ten goede komen. Iemand die excelleert in een bepaald aandachtsgebied, patiënten 'ziet' uit het hele land, of veel onderzoek doet, is soms minder

beschikbaar voor algemene taken. Het afdelingshoofd kan dit in redelijkheid ondersteunen door de tijd van het betrokken staflid enigszins te beschermen.

Omgekeerd, als stafleden zich consequent onterecht aan taken onttrekken, komt men bij het afdelingshoofd klagen dat er iets moet gebeuren. Hij moet namens de groep met betrokkenen een eerlijke verdeling bespreken.

Conflicten

Wanneer tijdens vergaderingen de gemoederen hoog oplopen, kunnen afdelingshoofden soms een vaderlijke, sussende rol spelen met opmerkingen als: 'Oké, jongens, we gaan niet ruzie maken'; 'X, kom op, niet zo narrig'. En een afdelingshoofd dat de vergadering verlaat, kan zeggen, terwijl er nog wat nagepraat wordt: 'Ik ga nu, maar geen ruzie maken, hè jongens.'

Tijdens een gesprek met een afdelingshoofd belde diens dochter om te vertellen dat ze met zijn auto een aanrijding had gekregen. Het afdelingshoofd benaderde haar op dezelfde wijze als hij dit eerder met een staflid had gedaan, die bang was in gebreke te zijn gebleven: hij sprak geruststellende woorden, ging niet in op de schuldvraag en adviseerde hoe ze het probleem kon oplossen.

Het afdelingshoofd kan escalatie en kampvorming voorkomen door in te grijpen wanneer er spanningen ontstaan tussen stafleden of de discussie afleiden bij het oplaaien van een strijd tussen stafleden die het altijd oneens zijn. Bij problemen tussen twee stafleden die zo de samenwerking in de groep bedreigen, voert het afdelingshoofd in eerste instantie vaak een gesprek met stafleden apart. Als dit te weinig resultaat oplevert, besluit hij soms beide betrokkenen samen te spreken. Dit kan voor alle partijen een drempel vormen. Het afdelingshoofd trekt hun eigen verantwoordelijkheid openlijk in twijfel en stelt zich daarmee boven de stafleden op. Deze voelen zich dan op het matje geroepen.

In een onoplosbare conflictsituatie kan het afdelingshoofd er een derde staflid bij betrekken, zodat het evenwicht tussen de twee kemphanen verandert.

Ook bij een conflict met een ander specialisme moet het afdelingshoofd soms optreden.

Een casus van een afdelingshoofd van specialisme X tijdens een intervisiebijeenkomst.

Een patiënt van specialisme X zou overgenomen worden door specialisme Y, die echter niet betrokken was bij de laatste besluitvorming op de multidisciplinaire bespreking rond de behandeling.

Y weigerde de patiënt toen over te nemen, omdat Y het niet eens was met het genomen besluit.

De patiënt stond op de afgesproken behandeling en dreigde de dupe te worden. Het afdelingshoofd van specialisme X was zelf aanvankelijk niet bij de zaak betrokken maar greep, met enige aarzeling, in toen de zaak ging escaleren. Hij ging praten met de inmiddels boze patiënt en er werd een gemeenschappelijke bespreking georganiseerd. De gemoederen werden bedaard en de specialismen X en Y konden het, met de patiënt, eens worden over de te volgen koers.

In deze situatie is het belangrijk voor specialisme Y dat het niet alleen maar uitvoerder is, maar ook zelf bij de besluitvorming betrokken is. Wie beslist? Het afdelingshoofd greep in toen de inhoud van het conflict naar de achtergrond verdween door de verstoorde onderlinge verhoudingen. Hij moest voorzichtig laveren tussen de verschillende collegiale belangen - die van de eigen staf en het andere specialisme - om de belangen van de patiënt te waarborgen.

Een dergelijke situatie kan ook ontstaan bij patiëntenbesprekingen waar een vaste consultant van een ander specialisme aanwezig is. Als de gastheer niet tevreden is over de geleverde consultant, proberen de afdelingshoofden dit meestal onderling op te lossen. Het afdelingshoofd moet steeds de belangen van zijn eigen groep, het betrokken staflid en de relatie met het andere specialisme tegen elkaar afwegen.

Ook tijdens de stafvergaderingen kan hij de relatie met een ander specialisme beïnvloeden.

Discussie tijdens een stafvergadering van een snijdend specialisme.

Staflid 1: 's Avonds en 's nachts beslist de anesthesie wat spoed is; dat is een ramp, soms ligt alles plat.' Na wat heen en weer gepraat probeert het afdelingshoofd de discussie af te ronden: 'Ja, maar we moeten ons realiseren dat als erop hetzelfde moment ook een spoedsectie en iemand met bloed onder zijn schedel is, de anesthesie toch een keuze moet maken.'

Het afdelingshoofd probeert begrip te kweken voor de frustratie die dergelijke situaties oproepen. Soms moet hij opkomen voor de positie van andere specialismen, soms juist voor de eigen positie.

Een afdelingshoofd naar aanleiding van een incident met een ander specialisme:

'Ik dacht toen: ik moet meteen de eerste keer laten zien dat ik niet over me laat lopen, anders heb ik het voorgoed verloren. Ik heb uiteindelijk niets kunnen bereiken, maar een staflid zei tegen me dat het heel belangrijk was voor de staf, dat ik opgetreden was.'

Zijn optreden had niet het gewenste effect, maar het gaat om de inzet. Dit levert het afdelingshoofd respect op van zijn staf.

Zeker bij nieuwe ontwikkelingen die een overlap hebben met aangrenzende specialismen, kan nogal eens een territoriumstrijd ontstaan (zie ook hoofdstuk 4, par. 3.2). Wie doet de neuroninterventies: de interventieradioloog, de neurochirurg of de neuroloog? In dergelijke situaties heeft het afdelingshoofd de belangrijke maar lastige taak om in een wirwar van verschillende belangen een goede koers te varen. Maar het is een dankbare klus als hij juist samenwerking weet te bereiken. Afdelingshoofden speelden een belangrijke rol namens hun groepen bij het oprichten van een oncologiecommissie, waarin men op verschillende gebieden de gemeenschappelijke belangen bundelt.

Besluitvorming

Als de groep besluiten wil nemen op basis van consensus, is de stem van elk staflid belangrijk. Een afdelingshoofd dat de staf betreft bij de besluitvorming, wordt erg gewaardeerd. Zo vertelde een staflid hoe een afdelingshoofd de stafvergadering gebruikte om dingen voor te bespreken, en zo heel duidelijk maakte hoe belangrijk de mening van de staf was. Als er geen vergadering was en er moest iets besloten worden belde hij mensen op, desnoods thuis.

Tijdens vergaderingen inventariseert een afdelingshoofd meer of minder expliciet de meningen. Hij stimuleert een argumentenwisseling of kapt een discussie af om tempo in de bespreking te houden. Hij zegt op een gegeven moment: 'Oké, we doen het zo.' Hij lijkt dan degene die de beslissing neemt, maar verwoordt in wezen de beslissing van de groep. Het is niet altijd zo dat zonder consensus geen besluit genomen wordt. Als de stemmen staken kan het afdelingshoofd de knoop doorhakken. Dit wordt soms gewaardeerd. Bijvoorbeeld als een definitieve consensus buiten bereik ligt. Op deze momenten is het wel essentieel dat het afdelingshoofd zich door voldoende personen in de groep gesteund weet.

Een staflid in een interview over het afdelingshoofd:

'Er is nu eindelijk een piepervrij dagdeel geregeld. We hebben er eindelijk over gepraat, maar toen heeft hij de knoop doorgehakt en gezegd: We gaan nu niet meer naar het rooster kijken, we gaan het nu doen. En hij eist dan ook dat je pieper weg is.'

Zo kan het afdelingshoofd met interventies in en tussen groepen een belangrijke rol spelen in het goed functioneren van de groep als geheel. Dit vergt het nodige van hem. Bij het eerlijk verdelen van taken en in conflictsituaties moet hij zelf geen onderdeel uitmaken van kampen, maar boven de partijen staan en zelf van blaam gezuiverd zijn. Het kost vaak tijd voor hij dit op een vanzelfsprekende wijze kan doen.

Een afdelingshoofd vertelt tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Ik ben, meer dan ik in het begin deed, gaan optreden als dat nodig was. Men vindt dat vanzelfsprekender dan je denkt en waardeert het zelfs als iemand de knoop doorhakt. Dan luisteren de stafleden wel degelijk, net als kinderen.'

De verbazing klinkt er nog een beetje in door.

In conflicten met andere specialismen moet hij de competitie in het juiste perspectief kunnen zien en de ontwikkelingen van zijn vakgebied op langere termijn proberen in te schatten. Hij moet de belangen van zijn specialisme en zijn groep ook op langere termijn afwegen tegen die van de patiënt, maar ook tegen de individuele belangen van de betrokken stafleden.

Bij het interveniëren in en tussen groepen kan het afdelingshoofd een aparte positie innemen, ingegeven door zijn verantwoordelijkheidsgevoel voor het functioneren van de groep als geheel. Ook bij deze interventies is steun van het merendeel van zijn groep van groot belang. Daarnaast moet hij voldoende gezag hebben, zodat de staf bereid is naar hem te luisteren.

In de volgende paragraaf maken we de balans op van dit hoofdstuk aan de hand van de vraag: hoe beïnvloedt de medische habitus het leidinggeven van het afdelingshoofd in zijn groep?

5.5 De medische habitus en leidinggeven

De invloed van de medische habitus op het leidinggeven van het afdelingshoofd is een medaille met twee kanten. Zowel de beperkingen en dilemma's als de kansen en voordelen voor zijn leidinggevende taak vinden in die habitus hun oorsprong.

De wijze waarop het afdelingshoofd invloed uitoefent is kenmerkend voor zowel de *wise man* als de *spokesman*. Het onderscheid tussen *wise man* en *spokesman* is theoretisch. In de praktijk komen allerlei mengvormen voor. Toch is het hier goed bruikbaar. De *wise man* ontleent zijn gezag vooral aan zijn persoon, zijn cultureel kapitaal. In hoofdstuk drie zagen we de betekenis van de *wise men* in de gezagsverhoudingen in de stafgroep. Het afdelingshoofd als *wise man*, met het accent op zijn klinische gezag, heeft het recht van spreken en het gezag om naar zich te laten luisteren. Hij doet daarom zijn best om dit gezag te houden, soms tegen de verdrukking in, door als arts en collega actief te blijven. De collegiale omgangsvormen van afdelingshoofden als *wise men*, hebben veel impact. Zij kunnen hiermee een belangrijk stempel drukken op de dagelijkse praktijk en gang van zaken. Ze kunnen een actieve rol nemen door vragen te stellen en adviezen te geven. Hen wordt gezag toegeschreven, de staf kijkt naar hen om hun mening ten gehore te brengen.

Door zijn gezag als *wise man* versterkt het afdelingshoofd zijn mogelijkheden om te interveniëren in de groep en om invloed uit te oefenen als *spokesman*. Zijn gezag als *wise man* speelt een doorslaggevende rol bij het optimaal benutten van het sociale kapitaal waarover hij als *spokesman* kan beschikken. Als *spokesman* kan hij bovendien een aantal dilemma's omzeilen waar hij door de collegiale omgangsvormen voor gesteld staat. We zien dat het afdelingshoofd als *spokesman* van de groep geen onbeperkt mandaat heeft, integendeel. Hij mag spreken namens de groep, maar alleen met de 'tong' van de groep. Hij moet het mandaat steeds opnieuw bevestigen. Als hij zijn mandaat te buiten gaat, kan hij geïsoleerd raken en kan de groep zich tegen hem keren.

Meestal sluiten de methoden die het afdelingshoofd gebruikt om invloed uit te oefenen, aan bij de collegiale verhoudingen. Maar hij kan soms ook andere, afwijkende omgangsvormen hanteren, die gericht zijn op het beschermen van het gezamenlijke kapitaal van de groep. Een staflid klaagt bijvoorbeeld bij het afdelingshoofd over zijn collega, zodat hij zelf niet de collegiale omgangsvormen hoeft te schenden. Het afdelingshoofd doet dit wel door duidelijk en expliciet kritiek te geven; hij moet de groep vrijwaren van diskrediet. Door te interveniëren bij belangentegenstellingen in de groep en bij dreiging van conflicten, neemt het afdelingshoofd een andere positie in dan zijn collegae; hij voelt zich immers verantwoordelijk voor het goed functioneren van de groep.

We veronderstellen dat een conversie van de habitus van het afdelingshoofd kan plaatsvinden, juist omdat hij omgangsvormen hanteert die enigszins strijdig zijn met de medische habitus. De habitus beïnvloedt niet alleen het leidinggeven, maar omgekeerd oefent het leidinggeven ook invloed uit op de habitus van het afdelingshoofd. Meer ervaren afdelingshoofden lijken dan ook vanzelfsprekender met deze strijdigheid om te gaan dan minder ervaren afdelingshoofden. Het kost vaak tijd om zelfverzekerd en vooral vanzelfsprekend deze positie in te kunnen nemen. Toch moeten we dit met zekere voorzichtigheid stellen, omdat we afdelingshoofden niet gedurende langere tijd hebben geobserveerd.

Met deze kanttekening constateren we dat afdelingshoofden de leiderschapsdispositie kunnen ontwikkelen. Dat wil zeggen dat het afdelingshoofd zichzelf als verantwoordelijke ziet voor het functioneren van de groep. Dit betekent dat hij gericht is op het vrijwaren van de groep van diskrediet en conflicten. Vanuit de leiderschapsdispositie voelt hij zich geroepen op te treden om het gezamenlijke kapitaal te beschermen. Het gaat daarbij niet alleen om zijn opvattingen en formele verantwoordelijkheid; het manifesteert zich ook in zijn handelen, waarbij hij zo nodig methoden hanteert die strijdig zijn met de medische habitus. De leiderschapsdispositie domineert dan de collegiale dispositie. In deze situaties is echt sprake van een dispositie, deze wijze van handelen gaat tot de tweede natuur van het afdelingshoofd behoren (zie schema aan het eind van het hoofdstuk). Hij kan niet anders, ondanks de prijs die het soms kost. Niet alle afdelingshoofden beschikken in gelijke mate over deze dispositie en sommige beschikken er helemaal niet over.

Van Oorschot beschreef de paradox van het moeten kiezen tussen twee kwaden: de autonomie van een collega schenden of de groep in gevaar brengen (Van Oorschot 1995). Het afdelingshoofd moet bij uitstek met deze paradox kunnen omgaan. Meestal sluit hij zoveel mogelijk aan bij de geaccepteerde omgangsvormen, om zo de collegiale verhouding met zijn staf zo min mogelijk in gevaar te brengen. Net als de andere leden van de groep is ook voor het afdelingshoofd uitstoting uit de groep bedreigend. Slechts

in het uiterste geval zet hij deze verhouding op het spel, in het belang van het functioneren van de groep. Er zijn geen simpele regels wanneer hij moet kiezen voor een strategie passend bij de medische habitus en wanneer hij deze moet overtreden. Het afdelingshoofd is hierbij zijn eigen persoonlijke meetlat.

Het leiderschap brengt soms eenzaamheid met zich mee. Je zou kunnen zeggen dat dit hoort bij een leidinggevende positie, maar toch kan het afdelingshoofd dit extra sterk voelen door zijn afhankelijkheid van de groep en zijn belang om één van hen te blijven.

De organisatievorm van de stafgroep vertoont de kenmerken van een *clan* (Ouchi 1980): het belang van reciprociteit, sociale controle en de wijze van uitoefening van gezag. Wat gebeurt er als een afdelingshoofd uit de clan van de medische wereld in relatie treedt met de wereld van het management? Dit vormt het onderwerp van het volgende hoofdstuk: het afdelingshoofd in twee werelden.

AFDELINGSHOOFD: MEDISCHE HABITUS EN LEIDERSCHAPSDISPOSITIE

DISPOSITIES				
KLINISCHE DISPOSITIE	WETENSCHAPPELIJKE DISPOSITIE	PROFESSIONELE DISPOSITIE	COLLEGIALE DISPOSITIE	LEIDERSCHAPS-DISPOSITIE
De mens als patiënt zien	Geneeskunde als wetenschappelijk gefundeerde discipline zien	Zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk zien	Lidmaatschap van groep gelijken als onlosmakelijk verbonden zien met eigen functioneren	Zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk zien voor groep
STRATEGIEËN				
Op zoek naar symptomen om aandoeningen te genezen	Wetenschappelijke kennis vergaren / toepassen tbv patiënt	Belang van patiënt vooropstellen / beslissen over eigen patiënten	Anderen als gelijke behandelen / niet laten vallen / geen gezichtsverlies laten lijden	Groep vrijwaren van diskrediet en conflicten
MANIFESTEERT ZICH IN				
Redeneerpatronen: presenteren patiënt / stellen vragen / argumenten in discussies	Citeren wetenschappelijke kennis / <i>evidence based</i> argumenten	Argumenten keuzes tbv patiënt. Hard werken / dienst doen. Kunnen / durven beslissen	Geen opdrachten, niet controleren / Collegiaal zijn / alleen verhulde kritiek	1. dokter-collega blijven 2. collegiale omgangsvormen 3. peerpressure 4. expliciete druk uitoefenen 5. interveniëren in de groep
EXCELLEREN				
Veel, bijzondere patiënten zien / diagnosticeren / behandelen	Citeren kennis bij bijzondere patiënten / genereren van kennis	'Altijd' werken / beslissen en handelen in ultieme kwesties voor patiënten	Uitien volgen collegiale omgangsvormen / reciprociteit niet openlijk aan de orde	Omgangsvormen: optimale verhouding tussen invloed en onnodige 'schade'
GEZAG				
Op basis van klinische ervaring (senioriteit)	Op basis van wetenschappelijke kennis	Op basis van dragen / nemen van verantwoordelijkheid in patiëntenzorg	Op basis van collegiaal zijn / lid zijn van prestigieuze groep	Op basis van geaccepteerde <i>wise man / spokesman</i> in groep

De habitus van het afdelingshoofd bestaat nu uit vijf disposities, hier schematisch weergegeven. Per dispositie wordt eerst het schema van waarneming en waardering beschreven met de bijbehorende strategieën. Hierna volgt de manifestatie van de dispositie in kenmerkende gedragpatronen / omgangsvormen. Bij excelleren hierin vormt de dispositie – cultureel kapitaal – een bron van gezag.

Hoofdstuk 6

Het afdelingshoofd in twee werelden



Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

‘Als je het helemaal niet meer weet, moet je af en toe tegen jezelf zeggen: ‘Er is nog nooit iemand naar dit ziekenhuis gestuurd omdat de manager hier werkt, maar wel omdat ik hier werk.’

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk onderzoeken we de vraag: hoe beïnvloedt de medische habitus de managementtaak van het afdelingshoofd?

Het ziekenhuis herbergt tenminste twee werelden: de medische wereld en die van het management. De logica van de managementwereld is een andere dan die van de medische wereld (zie hoofdstuk 1, par. 3.1). Het afdelingshoofd begeeft zich buiten de grenzen van zijn groep van en naar de managementwereld. Hij komt daarmee in het machtsveld van het ziekenhuis als organisatie.

Dit hoofdstuk gaat over de ontmoeting met de managementwereld en de betekenis hiervan voor de leidinggevende taak van het afdelingshoofd. Welke positie neemt het afdelingshoofd in dit machtsveld in? Vormt hij een brug tussen twee werelden? Is er ook strijd tussen die werelden en zo ja, waar gaat die dan over? Hoe hanteert het afdelingshoofd twee verschillende logica's naast elkaar? Is hij te beschouwen als *spokesman* van en naar de managementwereld?

We analyseren de ontmoeting met de managementwereld vanuit twee gezichtspunten: in paragraaf 6.2 volgen we hoe het afdelingshoofd zich in de wereld van het management begeeft. In paragraaf 6.3 onderzoeken we het omgekeerde: hoe de managementwereld via het afdelingshoofd in de medische wereld van de stafgroep komt. Paragraaf 6.4 bespreekt de dilemma's die het verkeren in twee werelden voor het afdelingshoofd met zich meebrengt en in paragraaf 6.5 staan we stil bij de belangrijkste conclusies.

6.2 Het afdelingshoofd in de managementwereld

Een afdelingshoofd in een intervisiebijeenkomst:

‘Door de ver doorgevoerde divisiestructuur is de RvB (raad van bestuur) voor ons onbereikbaar. Wij zijn steeds alert op bestuurlijke ontwikkelingen en toch vindt er tot onze ontzetting vaak besluitvorming plaats op het hoogste niveau, waarover onze mening helemaal niet gevraagd is. Hoe kun je als afdelingshoofd meer invloed naar boven toe uitoefenen?’

Eerst bekijken we wie het afdelingshoofd tegenkomt als hij zich in de managementwereld begeeft, en wie zijn belangrijkste gesprekspartner is (paragraaf 6.2.1). Daarna onderzoeken we zijn relatie met het management (paragraaf 6.2.2). Wat is zijn inzet in de relatie tussen deze werelden? Hoe probeert hij invloed uit te oefenen op het management en vice versa?

6.2.1 De managementwereld

In de formele structuur van de organisatie traceerden we het afdelingshoofd op drie plaatsen: als (onder-)afdelingshoofd van zijn specialisme, in het stafconvent en soms ook als divisievoorzitter.

Afdelingshoofden hebben - als ze geen divisievoorzitter zijn - geen rechtstreekse toegang tot de raad van bestuur:

Fragment uit een interviewbijeenkomst.

Afdelingshoofd 1: 'Er is nog nooit gebruik van gemaakt, maar er is een officiële beroepsprocedure.

Dat betekent dat je, als je het niet eens bent met het beleid van het divisiebestuur, bij de raad van bestuur in beroep mag.' Hij lacht.

Afdelingshoofd 2: 'Dat klinkt veelbelovend.'

Afdelingshoofd 1: 'Ja, dan kom je dus voor een deur van kogelvrij glas te staan.' (Alleen afdelingshoofden die divisievoorzitter zijn, kunnen met een speciale *badge* zonder aanbellen naar binnen.)

Afdelingshoofd 3: 'Dat kun je één keer doen.'

Afdelingshoofd 1: 'Ja, en de volgende keer sluit de deur zich definitief.' (gelach)

Afdelingshoofd 3: 'En verder veel advertenties kijken, waarschijnlijk.'

Er werd hard gelachen tijdens deze discussie, maar we bespeuren hier ook enig onzagg voor de macht van de raad van bestuur.

Het divisiebestuur is door de raad van bestuur gemandateerd voor het beheer van geld, middelen en personeel van de afdelingen onder haar. Voor het afdelingshoofd, niet divisievoorzitter, zijn de divisievoorzitter en de directeur hiermee de belangrijkste gesprekspartners in het management. De positie van het afdelingshoofd als divisievoorzitter is in dit onderzoek geen onderwerp van analyse.

De positie in de managementhiërarchie wordt ook beïnvloed door de gezagsverhoudingen tussen de specialismen (hoofdstuk 4, par. 3.1). Divisievoorzitters zijn meestal afdelingshoofden van de 'grote' specialismen of specialismen hoger in 'rang' dan de specialismen die onder hen vallen. MSRC erkende specialismen hebben eigenlijk altijd een formeel afdelingshoofd terwijl een deel- of aandachtsgebied binnen een erkend specialisme een onderafdelingshoofd heeft. Deze aandachtsgebieden bevinden zich meestal binnen de 'grote' vakken, zoals de hematologie binnen de inwendige geneeskunde, de vaatchirurgie binnen de chirurgie en de kinderoncologie binnen de kindergeneeskunde. Tussen het afdelingshoofd en de divisievoorzitter als gesprekspartner in het management bestaat zo vaak een gezagsverhouding op basis van de logica in de medische wereld.

Afdelingshoofden maken een onderscheid tussen het medische en het niet-medische management in het divisiebestuur. De voorzitter is in ieder geval ook afdelingshoofd en collega en de directeur is de niet-medische manager. Dit is niet zomaar een scheiding.

Fragment uit een intervisiebijeenkomst.

Afdelingshoofd 1: 'Een directeur stuurt natuurlijk geen verpleegkundigen aan en zo.'

Afdelingshoofd 2: 'Nee, maar hij bepaalt wel hoeveel verpleegkundigen je krijgt.'

Afdelingshoofd 3: 'Ja, maar dat is wat anders.'

Afdelingshoofd 1: 'Inderdaad, dat heeft toch meer met beschikbare budgetten te maken en verdeling van middelen.'

Afdelingshoofd 2: 'Maar de directeur bepaalt zo wel keuzes en uiteindelijk het beleid binnen je divisie.'

Afdelingshoofd 1: 'Ja, maar daarvoor is de divisievoorzitter natuurlijk belangrijk, hè, die directeur, dat is een uitvoerder.'

Afdelingshoofd 3: 'Precies, precies.'

In de ogen van afdelingshoofden bepaalt de voorzitter het beleid en zorgt de directeur voor de uitvoering en is hij degene die de cijfers in de gaten houdt. Het divisiebestuur is dus voor het afdelingshoofd de belangrijkste vertegenwoordiger van het management.

6.2.2 Relatie met de managementwereld

De relatie tussen twee werelden die in hetzelfde machtsveld opereren, zou er tevens een zijn van strijd (Bourdieu 1996). Is dat hier ook zo?

Afdelingshoofden en divisiebestuur overleggen mondeling en schriftelijk, regulier en minder regulier. Ze bespreken verschillende onderwerpen: de stand van zaken met betrekking tot budgetten, personeel en de plannen of wensen van het afdelingshoofd, de divisie en de raad van bestuur.

Afdelingshoofden en directeuren benadrukken allen het belang van samenwerking.

Een directeur:

'Je hebt soms coproducties bij processen. Bijvoorbeeld bij het vertalen van patiëntenprofielen, het plannen van investeringen et cetera.'

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Die vierde poot (management naast patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs/opleiding) is een beetje een kunstbeen aan die stoel, dat zul je toch moeten toegeven en dat wil ik ook best erkennen. Dus ik zie in goede managers een belangrijk hulpmiddel om je doelen te bereiken. Maar ik wil een goede manager niet definiëren als iemand die mij altijd mijn zin geeft. Een goed management heeft een ondersteunende functie, hij is er voor jou en jij bent er niet voor hem.'

Zowel afdelingshoofden als directeuren noemen als een belangrijk motief voor samenwerking dat het afdelingshoofd kan profiteren van de aanvullende expertise van de manager. Er zijn situaties waarin men samenwerkt en elkaar nodig heeft om een

gemeenschappelijk doel te bereiken. Daarbij staat het afdelingshoofd wel een faciliterende samenwerking voor ogen. Dat betekent dat de manager de afdelingshoofden ondersteunt bij de uitvoering van hun werk en de artsen leidend zijn bij het nemen van beslissingen. Maar wat is een professional *in the lead* in de ogen van een directeur?

Een directeur vertelt in een interview:

‘Er is nevensgeschiktheid. De vraag wie de baas is, is een verkeerde vraag, je bent baas over je eigen gebied. Dus als het budget overschreden wordt, moeten de professionals keuzes maken, dat zal ik niet doen. De professional in the lead is alleen maar in the lead over zijn eigen professie...’

Dat klinkt mooi: iedereen is de baas op zijn eigen gebied. Alleen zijn de gebieden onderling moeilijk af te bakenen. De grenzen zijn niet altijd goed te definiëren en beslissingen op het ene gebied hebben vaak consequenties voor het andere. We vinden dan ook duidelijke tekenen van strijd.

Deze strijd komt bijvoorbeeld tot uiting in denigrerende opmerkingen over elkaar (Bourdieu 1985). Zulke opmerkingen zijn de zwakste vorm van machtsuitoefening (zie ook hoofdstuk 4, par. 3.1). Met denigrerende opmerkingen proberen de verschillende werelden hun positie te consolideren of te versterken en die van de ander te verzwakken. Het zijn opmerkingen die uitdrukken welk kapitaal men van waarde acht.

Enkele karakteristieke meningen van medisch specialisten over het management:

- ‘De directeur maakt plichtsgetrouw aan het eind van het jaar de cijfers in orde en hoeft alleen maar aan de financiële man van de RvB verantwoording af te leggen.’
- ‘Ik beslis, ik ben moedig genoeg, ik knip ook de aorta door!’
- ‘Ja, maar die directeur zit hier toch niet vierentwintig uur per dag of hoeveel werkt een manager eigenlijk: acht uur per dag?’ De andere afdelingshoofden in de intervisiebijeenkomst lachen wat gniffelend mee.
- ‘Die manager zit hier niet meer na vijven met zijn rekenmachine.’

Vanuit het perspectief van de medische wereld hoeft een manager ‘alleen maar’ aan de financiële man verantwoording af te leggen, terwijl de arts verantwoordelijk is voor leven en dood van zijn patiënt. Bovendien, zo veronderstelt de medische wereld, werkt het management maar acht uur per dag, in tegenstelling tot de vele uren die de arts maakt. Voor de managementwereld hebben tijd en verantwoordelijkheid een andere waarde. Het management maakt over artsen opmerkingen als:

- ‘Ze gaan gewoon te ver, door twaalf uur per dag te werken.’
- ‘Hij (een afdelingshoofd) moet zijn verantwoordelijkheid als manager serieus nemen. Hij kan niet meer twee dagen per week opereren.’

- 'Als een afdelingshoofd zegt: ik wil geel hecht draad morgen, heeft hij geen idee dat je er dan drie moet kopen en dat het extra geld kost om het morgen al te hebben. Iemand wilde een keer een speciale endoprothese gebruiken, die werd vanuit Groningen overgevlogen per helikopter, dat is toch gekkenwerk.'

Is het gekkenwerk dat de arts kiest voor de gele hechting of de speciale endoprothese voor een patiënt? Nog los van de vraag of de betreffende materialen de beste zijn, maakt dit citaat duidelijk hoe beide werelden aan dezelfde situatie een verschillende betekenis toekennen.

Op grond van de medische habitus doet de dokter alles wat in zijn vermogen ligt om zijn patiënt zo goed mogelijk te helpen. Tijd, kosten en moeite zijn van ondergeschikt belang. Sterker nog, door deze factoren op de voorgrond te plaatsen, zou hij het juist fout doen. Bovendien neemt de kans op succes toe als hij de beste hechtingen of geneesmiddelen gebruikt en de instrumenten en materialen waar hij aan gewend is en waar hij mee kan werken. Hierdoor voelt hij zich zeker bij de behandeling van zijn patiënt: het reduceert onzekerheid.

Deze zienswijze komt vooral voort uit de professionele dispositie: de arts voelt zich persoonlijk verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt die zich aan hem toevertrouwt. Deze verantwoordelijkheid kan haaks staan op de verantwoordelijkheid waar het management zich voor gesteld ziet. Dat heeft de taak om alle middelen efficiënt te verdelen ten bate van meerdere patiënten, niet ad hoc, maar ook op langere termijn.

Beide werelden strijden dus over wier expertise en verantwoordelijkheid de meeste waarde heeft, want die zou dus dominant zijn en haar logica en legitimerende principes kunnen opleggen aan het machtsveld. De wereld die beschikt over het dominante kapitaal bepaalt de gang van zaken. Dat is anders dan de strijd binnen één wereld: die gaat om hetzelfde kapitaal.

In de strijd tussen managers en afdelingshoofden proberen beide de besluitvorming te bepalen. Zij gebruiken daarbij vooral hun eigen kapitaal.

Kapitaal van de managementwereld

In de perceptie van afdelingshoofden gebruikt het divisiebestuur het overleg vooral om hen te informeren over de uitkomsten van een bespreking met de raad van bestuur. Terwijl de afdelingshoofden juist op die agenda meer invloed willen hebben; het divisiebestuur zou hun informatie en wensen op de vergaderagenda met de raad van bestuur moeten zetten.

Afdelingshoofden die tevredener zijn op dit punt, zijn vaak meer in staat invloed uit te oefenen op de gang van zaken.

Afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

‘Wat mij opvalt is dat er bij jullie een veel grotere kloof is tussen het divisiebestuur en de hoofden van afdelingen dan ik gewend ben. In mijn divisie wordt veel meer verantwoordelijkheid voor het functioneren van de divisie bij hoofden van afdelingen neergelegd. Of het nou leuk is of niet, je hebt er in iedere geval invloed op.’

In deze situaties heeft het afdelingshoofd meer werk, maar ook meer invloed.

Afdelingshoofden zien de korte lijn met de raad van bestuur (sociaal kapitaal) als een bron van macht voor het divisiebestuur. De raad van bestuur benoemt zowel de divisievoorzitters als de afdelingshoofden en kan deze benoemingen ook weer ongedaan maken. De zeggenschap over formele benoemingen is de grootste bron van macht (Bourdieu 1985).

De interactie tussen een afdelingshoofd en een divisievoorzitter wordt ook beïnvloed door de gezagsverhoudingen in de medische wereld. Een afdelingshoofd dat lager staat in de medische en de managementhiërarchie kan zo een dubbele handicap ervaren. Hij heeft de medewerking van de divisievoorzitter als vertegenwoordiger van het management nodig om afdelingskwesties voor elkaar te krijgen. Bovendien moet het afdelingshoofd ervoor zorgen dat de divisievoorzitter de kwesties in zijn specialisme serieus neemt.

Fragment uit een intervisiebijeenkomst over de relatie van afdelingshoofden met het divisiebestuur.

Afdelingshoofd 1: ‘Onze divisievoorzitter is een chirurg, en die heeft met ons vak weinig affiniteit, dus onze positie binnen de divisie is heel marginaal, denk ik. Als wij maar onze budgetten halen is het wel goed. Ja en dan zit hij daar op zijn kamer, we praten en dan moet hij dadelijk weer een vreselijke operatie doen.’

Afdelingshoofd 3 lacht smakelijk.

Afdelingshoofd 1: ‘Wat een vak. En dan is hij ons gesprek weer vergeten, want zo gaat het gewoon.’

Afdelingshoofd 3: ‘Ja, dat is het voordeel van de grote specialismen, die kunnen daarmee gewoon *wheelen en dealen*, of van hele kostbare specialismen, daar kunnen ze gewoon niet omheen. Maar heel praktisch, jouw probleem is toch een soort populariteitswedstrijd, een soort *beautycontest*’ (gelach van allen).

Afdelingshoofd 1: ‘Ik krijg een chirurg toch nooit voor mijn belangen.’

Een afdelingshoofd ‘laag’ in de hiërarchie kan zich geïntimideerd voelen door de wijze waarop een divisievoorzitter ‘hoog’ in de hiërarchie hem benadert. Vermoedelijk dragen beide partijen in de praktijk aan deze hiërarchie bij: de één neemt zijn gezag en de ander schrijft het hem toe, al dan niet mokkend. Een afdelingshoofd beschreef hoe zijn staf het waardeerde dat hij het *underdog*-gedrag van zijn voorganger probeerde te overstijgen.

Ook onderafdelingshoofden, die meestal een aandachtsgebied van een specialisme leiden, ervaren vaak deze dubbele hiërarchie. Zij hebben bovendien een minder geformaliseerde positie en geen eigen budget.

Het budget is een belangrijk onderwerp van gesprek en speelt bij veel andere onderwerpen op de achtergrond. De afdelingshoofden zijn, net als de divisies, in competitie met elkaar over de verdeling van middelen. We zagen in de vorige paragraaf de divisievoorzitter als bepaler van het beleid en de directeur als uitvoerder, maar toch zien de meeste afdelingshoofden de directeur als degene die de middelen verdeelt.

Fragment uit een gesprek met een afdelingshoofd naar aanleiding van het bezoek aan de directeur.

Het afdelingshoofd: 'De directeur heeft de macht omdat hij op het geld zit.'

Y: 'Maar de voorzitter is toch de baas?'

Afdelingshoofd: 'Nou ik geloof niet dat die zich daarmee bemoeit, dat regelt de directeur allemaal zelf.'

Op een vergadering stelde de voorzitter dezelfde vragen die ik ook zou stellen over de divisiegelden, dus daaruit maakte ik op dat de voorzitter niet beter op de hoogte was dan ik.'

Voor afdelingshoofden zijn geldstromen en het financiële beleid vaak ondoorzichtig. Dit komt allereerst door de ingewikkelde financiering van de gezondheidszorg in het algemeen en die van een UMC in het bijzonder. Divisievoorzitters bemoeien zich weinig met financiële kwesties en verwijzen hiervoor vaak naar de directeur. Afdelingshoofden voeren gesprekken over geld vaak alleen met de directeur; zij zien kennis over de geldstromen als diens kapitaal. Zelf beschikken zij vaak over te weinig kennis om hun budget goed te kunnen beoordelen. Soms hebben ze ook weinig informatie over hun eigen budget en dat geldt zeker voor de budgetverdeling met collega-afdelingshoofden of het ziekenhuis als geheel. Hierdoor kunnen zij de argumenten van het management voor verdeling of weigering van hun wensen niet goed beoordelen.

Fragment uit een intervisiebijeenkomst.

Afdelingshoofd 1: 'Je ziet ze alleen maar als je dreigt iets te overschrijden. Er is een bewust beleid om het inzicht in de cijfers te beperken, er wordt gewoon gezegd: Er zijn overschrijdingen...'

Afdelingshoofd 2: 'En wat denk je eraan te gaan doen, zeggen ze dan.'

Fragment uit een overleg tussen het afdelingshoofd en een divisiebestuur.

Het afdelingshoofd: 'Het is voor mij onduidelijk hoe dit moet, kan dit niet van ons normale budget?'

De directeur: 'Nee, dat moet ergens anders van betaald worden.'

Het afdelingshoofd: 'Maar hoeveel kost dat briefpapier dan, kan dat niet anders?'

De directeur: 'Nee, dat is niet de goede insteek...'

Hierna verandert men van onderwerp en de discussie gaat over formatie. Na enkele argumenten van het afdelingshoofd zegt de directeur: 'In zo'n geval zal ik er niet veel bezwaar tegen maken.'

Het afdelingshoofd mist in dit soort situaties de kennis of de benodigde informatie om de besluitvorming te beïnvloeden. In dit geval neemt de directeur de leiding: 'In zo'n geval *zal ik* er niet veel bezwaar tegen maken.' Het afdelingshoofd merkt dat het management en vooral de niet-medische manager, in het algemeen meer controle heeft over de financiën dan hijzelf. Niet zozeer omdat de directeur de daadwerkelijke bevoegdheid heeft om het geld uit te geven (economisch kapitaal), maar vooral omdat hij beschikt over bepaalde expertise, kennis en informatie. De directeur heeft dus cultureel kapitaal: expertise om de begroting en financiën te begrijpen, en sociaal kapitaal: de beschikking over informatie. Kennis en informatie zijn een bron van macht voor het management. Als het afdelingshoofd meer kennis heeft en een begroting kan lezen wordt hij een andere gesprekspartner voor de directeur.

Fragment uit een observatie.

Terwijl we onderweg zijn naar een afspraak met de directeur, vertelt het afdelingshoofd over de reden van dit overleg: 'Ik heb deze afspraak belegd om over een paar dingen duidelijkheid te krijgen. Een stafflid van mij is bij een ziekenhuis elders gedetacheerd en ik wil weten of daar financiering voor is, anders kan ik bepaalde dingen niet meer doen. Bovendien hebben we geld voor onderzoek gekregen dat naar de exploitatiebegroting is gegaan, ik wil dat voor de afdeling beschikbaar hebben.'

In het gesprek dat hierna volgt, is het afdelingshoofd niet zozeer een vragende, maar meer een gelijkwaardige gesprekspartner; de directeur doet een aantal toezeggingen en zal een aantal dingen uitzoeken.

Het divisiebestuur en de directeur beschikken in de ogen van het afdelingshoofd dus over meerdere vormen van kapitaal. Zij zijn niet alleen bevoegd tot het beheren en verdelen van gelden (economisch kapitaal), maar hebben ook een korte informatielijn naar de raad van bestuur (sociaal kapitaal) en inzicht in de complexe geldstromen in het ziekenhuis (cultureel kapitaal).

Kapitaal van het afdelingshoofd

De positie als groot specialisme kan voordeel bieden, maar ook de positie van een specialisme dat belangrijke geldstromen genereert.

Afdelingshoofd 1 tijdens een intervisiebijeenkomst: 'Binnen onze divisie vindt onze voorzitter mijn afdeling totaal niet interessant, als vak dan. Hij komt niet op de afdeling. Ik spreek hem wel veel en ik hoor wel veel, maar over mijn vak hoor je hem eigenlijk nooit. Toch wij zijn wel belangrijk als afdeling voor de divisie omdat we gewoon geld binnenbrengen. En als we niet onze beloofde personeelsuitbreiding krijgen, zeg ik dat we twee bedden moeten sluiten. Uiteindelijk is het dan: jullie moeten personeelsuitbreiding hebben. Hij weet dat er anders bedden dichtgaan, en dat hij dat hij zijn centen niet krijgt.'

YW: 'Dus dat is jouw...'

Afdelingshoofd 1: 'Dat is mijn wapen.'

Het *wapen* is in dit geval niet alleen geld: economisch kapitaal, maar ook vakinhoudelijke kennis: cultureel kapitaal. Een manager kan de noodzaak van personeelsuitbreiding niet geheel beoordelen en op waarde schatten. Dat geldt ook voor zaken als indicaties, hoeveelheid injecties, gebruik van materiaal of de aard en hoeveelheid van ingrepen.

Doordat ze zitting hebben in bepaalde commissies, kunnen afdelingshoofden hun eigen korte lijn met de raad van bestuur leggen en het divisiebestuur passeren. Naast het onderwerp dat zij met de raad van bestuur bespreken uit hoofde van de betreffende commissie, kunnen zij de gelegenheid gebruiken of misbruiken om afdelingszaken te bespreken. Dit gaat om sociaal kapitaal.

Een afdelingshoofd over een 'netwerkende' collega':

'Ik heb iemand kilometers zien maken om al die kamers binnen te lopen, die is ook regelmatig onder de stoel van de voorzitter van de RvB aan te treffen, en dat stuwt hem tot grote hoogte. Dus dat is een hele effectieve manier.'

Uit deze laatste opmerking klinkt wel wat ambivalentie: het heeft resultaat, maar men kijkt er ook een beetje op neer.

De positie die het afdelingshoofd met zijn groep inneemt in de nationale of internationale medisch-wetenschappelijke wereld, werkt door in de positie die hij in het ziekenhuis inneemt. Het gezag van het afdelingshoofd of zijn groep op dit terrein is belangrijk voor een UMC. Het effect van vakinhoudelijk gezag wordt nog versterkt als het om te zetten is in economisch kapitaal; als er voor de patiëntenzorg veel gelden bij het UMC binnenkomen of als onderzoek extra inkomsten genereert met derde en vierde geldstromen.

Afdelingshoofden kunnen ook hun krachten bundelen om invloed uit te oefenen: een groep afdelingshoofden richtte een commissie op, waardoor zij op verschillende manieren invloed op zowel de medische als de managementwereld kunnen uitoefenen. In de commissie bespreken zij strategische ziekenhuisbrede vraagstukken van de patiëntenzorg. Het gaat dan bijvoorbeeld over de consequenties die het veranderen van patiëntenstromen hebben voor verschillende specialismen, de impact van bepaalde dure geneesmiddelen die slechts gedeeltelijk vergoed worden of de keuze voor de aanschaf van bepaalde beeldvormende apparatuur. Deze aanpak stelt hen beter in staat om het management te overtuigen. Zij bundelen zowel cultureel als sociaal kapitaal: de macht van het getal en de medische groep als geheel (gezamenlijk kapitaal). Het stafconvent kan ook gezien worden als de bundeling van kapitaal, maar dit lijkt niet veel

invloed te hebben. Afdelingshoofden schrijven er weinig betekenis aan toe en de bijeenkomsten worden slecht bezocht.

Het afdelingshoofd heeft dus verschillende soorten kapitaal waarmee hij de relatie en besluitvorming probeert te beïnvloeden. Cultureel kapitaal: kennis op zijn eigen vakgebied en zijn medische en wetenschappelijke gezag. Sociaal kapitaal: om het divisiebestuur heengaan en krachten bundelen. En ten slotte economisch kapitaal: inkomsten genereren.

De beide werelden zetten hun verschillende soorten kapitaal in om invloed uit te oefenen. Kennis en gezag op zijn eigen vakgebied zijn belangrijke bronnen van macht voor het afdelingshoofd. Het management heeft meer kennis over organisatiezaken en geldstromen. Dit versterkt de beschikking over economisch kapitaal. Het afdelingshoofd beschikt in mindere mate over sociaal kapitaal (relaties en toegang tot informatie) dan het management. Dat heeft toegang tot de raad van bestuur en beschikt in het algemeen over meer informatie dan afdelingshoofden. In theorie zou het stafconvent als bron van sociaal kapitaal voor afdelingshoofden kunnen fungeren, maar zij doet dit slechts in beperkte mate. Afdelingshoofden hebben zo als vertegenwoordiger van de medische wereld als geheel een geringe invloed op strategische beslissingen in de organisatie.

6.3 Het afdelingshoofd als manager in de medische wereld

In deze paragraaf onderzoeken we hoe de managementwereld via het afdelingshoofd in de medische wereld doordringt. In paragraaf 6.3.1 staan we stil bij het afdelingshoofd als manager van zijn groep. En in paragraaf 6.3.2 onderzoeken we welke betekenis de introductie van managementinstrumenten heeft voor de leidinggevende taak van het afdelingshoofd.

6.3.1 Manager in de groep

Sommige afdelingshoofden vertelden dat ze deze functie ambiëren omdat een managementpositie hun de mogelijkheid geeft om invloed uit te oefenen ten bate van de afdeling. Hun capaciteiten om dit te doen staan los van hun klinische expertise. Zoals een staflid over een ex-afdelingshoofd zei: 'Het was een slechte clinicus, maar een goede organisator.' Of, in een ander geval: 'Hij weet door zijn relatie met het management wel veel dingen voor elkaar te krijgen.'

Het is belangrijk voor het afdelingshoofd om geld binnen te halen. Niet voor hemzelf, maar ten behoeve van de afdeling. Het inkomen van stafleden kan hij nauwelijks beïnvloeden.

vloeden. Dit komt doordat alle stafleden in dienstverband zijn, met vaste schalen. Nu zijn er wel degelijk vakinhoudelijke verschillen tussen stafleden, die in enkele gevallen gehonoreerd worden om iemand binnen te halen of te houden. Er zijn specialisten die arbeidsmarkttoeslagen krijgen. Bij het bepalen van de ratio van verschillen speelt het afdelingshoofd soms wel een rol. Hij moet hierover met het management onderhandelen.

Via het afdelingshoofd klinkt soms de stem van de managementwereld door, bijvoorbeeld op staf- en patiëntenbesprekingen.

Fragment uit een stafvergadering. Het onderwerp van gesprek zijn de DBC's (Diagnose Behandel Combinaties).

Staflid 1: 'Er is een tendens om die uit te stellen en misschien wel helemaal af te schaffen, ook in de politiek, het stond gisteren in de krant.'

Afdelingshoofd: 'Nou dat is wat, heb ik de zweep erover gelegd, met veel autoriteit en nu...!'

Staflid 2: 'Dat had ik je van tevoren kunnen vertellen.'

Afdelingshoofd: 'Dus we stoppen ermee?'

Staflid 3: 'Dat kan niet, want we zijn nooit echt begonnen.'

Staflid 1: 'Nou ja, het werd soms erg slecht ingevuld.'

Afdelingshoofd: 'Ziet iemand er nog iets nuttigs in? Drie parameters waren voor ons belangrijk: productie van de OK, dat loopt wel. De intercollegiale consulten, dat is wel van belang want we verliezen er nu veel tijd mee. Het is veel werk, dat heel slordig wordt geregistreerd. Dat kost geld, dat scheelt ons een halve formatieplaats.'

Observatiefragment van een patiëntenbespreking.

Een assistent vertelt over een patiënt die wegens plaatsgebrek op de IC op de *medium care* is gebleven. Afdelingshoofd: 'Maar zullen we dan niet versnellen?' De assistent stelt morgen voor.

Afdelingshoofd: 'Vandaag?'

Staflid: 'Het is pas de tweede dag.'

Afdelingshoofd: 'De vierde dag.'

Staflid: 'Het begin van de derde dag.'

Afdelingshoofd: 'We kijken even hoe hij is.'

In beide situaties spreekt het afdelingshoofd vanuit het perspectief van het management, waarmee hij tegen zijn staf ingaat. In zijn poging het ontslag van een patiënt te versnellen, gebruikt hij geen of nauwelijks medisch-inhoudelijke argumenten die gewoonlijk de besluitvorming bepalen. De wens het ontslag te versnellen is ingegeven door het streven om de ligduur van patiënten naar beneden te krijgen. Vanuit het managementperspectief moet het afdelingshoofd streven naar efficiëntie, kostenverlaging en productieverhoging. Besluitvorming die dit beoogt, kan botsen met de besluitvorming op

medisch-inhoudelijke gronden; vanuit het gezichtspunt van de medische habitus vindt men andere argumenten doorslaggevend. Deze argumenten kunnen leiden tot andere besluitvorming, maar dat hoeft niet. Dezelfde uitkomst – snel naar huis – kan ook op basis van andere argumenten tot stand komen. Zo entameerde een staflid tijdens een patiëntenbespreking dat een patiënt snel naar huis moest en geen verdere ingrepen moest ondergaan, anders hoefde het niet meer. Het betrof een terminaal zieke vrouw en hij wees op haar belang om nog thuis te kunnen zijn en daar te kunnen overlijden.

Het handelen vanuit een managementperspectief kan ook de collegialiteit met andere specialismen onder druk zetten. Op een stafvergadering stelt het afdelingshoofd van specialisme Y voor om de gastvrijheid op de OK naar specialisme X in te trekken. X kon, als niet-chirurgisch specialisme, tot dan toe in de tijd van de gastheer Y bepaalde ingrepen doen die zij onder narcose moesten verrichten. Operatietijd is een schaars goed en Y dreigt nu ‘strafkorting’ te krijgen in verband met de overschrijding van de geplande operatietijd. Specialisme X maakt normaal geen gebruik van de OK en heeft hier geen productieafspraken. Hierdoor dreigt gastheer Y operatietijd te moeten inleveren. Dit zet de collegialiteit in de medische wereld onder druk. De patiënt is hierbij trouwens buiten beeld geraakt.

Beginnende afdelingshoofden hebben soms de neiging zich als een ‘echte manager’ op te stellen. Omdat ze het idee hebben dat ze het goed moeten doen, gaan ze zich opeens anders gedragen. Ze leiden vergaderingen heel formeel, geven opdrachten en roepen stafleden bij zich in plaats van even langs te lopen. Dit heeft in de groep vaak een averechts effect; het afdelingshoofd merkt dat hij weerstand ontmoet en dat stafleden minder naar hem luisteren.

6.3.2 Managementinstrumenten

Verschillende managementinstrumenten komen, meer of minder gesteund door het afdelingshoofd, de medische wereld binnen. Bijvoorbeeld kwaliteitsmanagement, beleidsplannen en functioneringsgesprekken.

De invoering van deze instrumenten kan beschouwd worden als een pedagogische activiteit van de managementwereld, gericht op de medische wereld (hoofdstuk 2, par.6.1). Hoe beïnvloedt de medische habitus het gebruik van deze instrumenten in de praktijk? En hoe beïnvloeden deze instrumenten de leidinggevende taak van het afdelingshoofd?

We bespreken accreditatietrajecten en interne visitatie in het kader van kwaliteitsmanagement, het maken van beleidsplannen en gaan daarna in op de functioneringsgesprekken.

Kwaliteitsmanagement

Verschillende afdelingen doorlopen accreditatietrajecten om een kwaliteitskeurmerk te verkrijgen. Stafleden, inclusief afdelingshoofden beschouwen dit vaak als een onvermijdelijke ontwikkeling waar men zich haast niet tegen kan verzetten. Men vreest dat de inspanning soms meer kost dan de kwaliteit die het oplevert. Opvallend vaak houden jongere stafleden zich ermee bezig.

Tijdens een intervisiebijeenkomst:

Afdelingshoofd 1: 'Het jonge staflid trekt een accreditatieproject, iets waar veel artsen weerstand tegen hebben. Dus degene die dat gaat trekken kan op frisse tegenzin rekenen van de omgeving. Dat plaatst het jonge staflid in een moeilijke positie. Hij moet in zo'n accreditatieproject als een soort hoofdopjutter anderen aanspreken op de kwaliteit van hun zorg. We zijn dankbaar dat hij die taak op zich heeft willen nemen.'

Afdelingshoofd 2: 'Want er is niemand anders die dat wil.'

Afdelingshoofd 1: 'Nee, niemand anders, maar dat is wel een gevaarlijke taak, want voor je het weet, resulteert dat in een totale isolatie van zo'n staflid.'

Afdelingshoofd 2: 'Ja, en als hij ook heel erg gaat theoretiseren terwijl de anderen juist op ervaring varen, kan dat heel erg botsen.'

Afdelingshoofd 1: 'Maar we zien met zijn allen dat het gewoon een mammoettanker is die op je afkomt. We zien dat het ons bestaan bepaalt over een paar jaar en daar moet je iets mee.'

Vanwege de weerstand tegen deze projecten gebeurt het regelmatig dat een jong, minder ervaren staflid het project trekt. De potentiële strijdigheid van de wetenschappelijke en klinische dispositie kan naar boven komen als een staflid met minder ervaring senioren op hun handelen gaat aanspreken. De voortgang van het project kan hierdoor gehinderd worden. Hier moet het afdelingshoofd, als senior en ervaren collega, soms een helpende hand bieden.

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

'Ik zie het als mijn belangrijke taak om ervoor te zorgen dat het jongere staflid de kritiek heel neutraal in het *format* van die richtlijnen giet en daar niet het oudere staflid persoonlijk op aanspreekt.'

Een accreditatietraject kan het afdelingshoofd ook helpen: hij kan het gebruiken om zaken anders te regelen zonder dat het op de persoon zelf gespeeld wordt. Hij hoeft zo het handelen van een individueel staflid niet ter discussie te stellen. We zien hier dat het afdelingshoofd dan de richtlijnen als pseudo-objectieve criteria gebruikt (hoofdstuk 5, par.4.3). Zo kan hij het handelen van het staflid impliciet aan de orde stellen zonder dat zijn eigen oordeel in het geding is, of liever gezegd: lijkt.

Als opmaat naar een accreditatie van het UMC heeft de ziekenhuisorganisatie tijdens de onderzoeksperiode interne visitatie ingevoerd. Onder leiding van een centrale commissie visiteert een ad hoc samengestelde visitatiecommissie eens in de vijf jaar alle afdelingen. Onderwerp van de visitatie is de kwaliteit van de patiëntenzorg. De ad hoc commissie bestaat uit een collega-afdelingshoofd en een hoofdverpleegkundige met secretariële ondersteuning. Het afdelingshoofd van de gevisiteerde afdeling is aanspreekpunt. Hij wordt geacht allerlei relevante stukken aan te leveren, zoals beleidsplannen. Na een gesprek met het afdelingshoofd bezoekt de commissie een aantal werkplekken en spreekt ze met een delegatie van stafleden, assistenten en verpleegkundigen. Aan het eind van de dag krijgt het afdelingshoofd een mondeling verslag dat later, in overleg met de centrale commissie, op schrift wordt gesteld. Dit rapport is vertrouwelijk; het afdelingshoofd kan zelf beslissen met wie hij de resultaten bespreekt.

Hier worden soms kanttekeningen bij geplaatst die verwijzen naar het hybride karakter van het instrument. Het begrip visitatie staat voor een beoordeling door collegae, *peers*, zoals bij de opleidingsvisitatie. Dit is een instrument uit de medische wereld, waar collegae uit het eigen specialisme de visitatie uitvoeren. In de ad hoc commissies van de interne visitatie zitten personen die geen collega zijn, zoals verpleegkundigen. Daarnaast zijn de collegae in de commissie afkomstig uit een ander specialisme. Zij zijn slechts gedeeltelijk *peers*. In hoeverre kan een collega-afdelingshoofd een ander specialisme beoordelen? Bovendien doen de formele gezagsverhoudingen iets af aan het principe van de beoordeling door *peers*. De collegae uit de centrale commissie horen ook tot het management, omdat er verschillende divisievoorzitters in deze commissie zitten.

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst over de procedure van de interne visitatie:
'Aan het eind van de dag heb je nog een eindgesprek. Dat is een monoloog van de voorzitter die zegt wat men heeft ervaren en gehoord en daarop is, ondanks pogingen van mijn kant, geen mogelijkheid tot wederhoor. Dat wil zeggen: je mag niet ter plekke respons geven. Mijn tweede probleem is dat de centrale commissie bestaat uit voorzitters van divisies. Het gaat mij niet om de persoon, maar om de structuur. Mijn divisievoorzitter zit in de centrale commissie, die het visitatierapport dus ook onder ogen krijgt. En ik hoor in een aantal aanbevelingen de stem van mijn divisievoorzitter in plaats van de stem van de voorzitter van de ad hoc commissie.'

De interne visitatie is zo te beschouwen als een hybride instrument, afkomstig uit twee werelden. Afdelingshoofden reageren wisselend op de interne visitatie: soms wat wantrouwend, benieuwd naar wat het oplevert of zij zeggen dat ze geen nieuwe dingen gehoord te hebben. Wel kan een extern oordeel helpen om iets in te voeren, wat men toch al van plan was. Het afdelingshoofd kan ook dan het externe oordeel gebruiken om iets aan de orde te stellen met meer kans op succes dan wanneer het alleen zijn subjectieve mening zou betreffen.

Onderzoek naar de effectiviteit, werking en acceptatie van dit instrument is nog gaande.

Het maken van beleidsplannen

Zowel de commissie van interne visitatie als het management benadrukken het belang van beleidsplannen. Afdelingshoofden schrijven deze plannen steeds vaker. Ook als zij dit niet doen, hebben zij wel een visie waar het met hun specialisme en meer specifiek met de eigen stafgroep naar toe gaat of zou moeten gaan. Verschillende afdelingshoofden houden beleidssessies of strategische bijeenkomsten met hun staf om gezamenlijk na te denken over de toekomst van de afdeling. Dit kan de basis vormen van een beleidsplan. Het schrijven van beleidsplan kan een afdelingshoofd alleen doen of samen met de staf. Niet elk staflid is hier makkelijk voor te motiveren. Als het afdelingshoofd zelf het voortouw neemt, kan het lastig zijn consensus te bereiken over dat wat nu opeens zwart op wit staat.

Een beleidsplan wordt vaak als een behoefte van het management beschouwd, maar het afdelingshoofd kan het ook zelf gebruiken. Door zijn wensen en inhoudelijke argumenten in cijfers te vertalen en zwart op wit te zetten, 'spreekt' hij de taal van het management. Hij heeft zo meer kans zijn plannen te realiseren.

Functioneringsgesprek

Een staflid over het jaargesprek:

'Het is een moment om een samenvatting te geven van wat je gedaan hebt en om plannen voor de toekomst te bespreken. Hij (het afdelingshoofd) mag ook oordelen, maar je ziet elkaar elke dag, dus de zaken worden al geregeld.'

Een afdelingshoofd:

'Dat je als leraar je leerling gaat beoordelen verhoudt zich niet met goede collegiale verhoudingen. Je zegt dus niet: 'Dat hadden we niet afgesproken', maar: 'Vorig jaar hebben we dit plan gemaakt en het is er niet van gekomen.' Er is een verschil tussen een situatie kritisch doornemen of de ander beoordelen. Ik doe het zoveel mogelijk op basis van gelijkheid. Wel een gesprek, maar ik wil geen oordeel geven. Ik heb wel een oordeel, maar dat expliciteren is een tweede. Je moet in de gaten houden wat het oplevert. Als het niets oplevert: niet doen. Ik heb er een keer veel spijt van gehad; het heeft tijden de verhoudingen verstoord zonder dat het mij iets heeft opgeleverd.'

Sinds tien jaar worden afdelingshoofden actiever gestimuleerd om functioneringsgesprekken te voeren met hun staf. De meeste afdelingshoofden volgden hierover een eendaagse workshop en werden hierna individueel ondersteund in het voeren van deze gesprekken door een organisatieadviseur (c.q. de onderzoeker). Aanvankelijk bestond er weerstand tegen dergelijke gesprekken, zowel bij stafleden als afdelingshoofden. Dat kwam vooral doordat het functioneringsgesprek symbool staat voor een formele, posi-

tioneel hiërarchische relatie die niet past bij de collegiale verhoudingen. De gesprekken werden later ziekenhuisbreed omgedoopt tot jaargesprekken. Ook afdelingshoofden benadrukken vaak dat het geen functioneringsgesprek is maar een jaargesprek. Hiermee haalt men de angel eruit en wordt het gesprek meer gepresenteerd als een functioneringsgesprek met een ontwikkelingskarakter dan als een beoordelingsgesprek (Townley 1996). Een gesprek met een beoordelingskarakter is expliciet verbonden met het straf- en beloningssysteem en met promotiemogelijkheden. Een ontwikkelingsmodel kent deze relatie niet en is vooral gericht op het ontwikkelen van vaardigheden en talenten van individuen. Juist het verbreken van de relatie met een straf- en beloningssysteem zou individuen stimuleren echt verantwoording af te leggen.

Uiteindelijk zijn de meeste (onder-)afdelingshoofden en divisievoorzitters (36 van de 42) ertoe overgegaan om deze gesprekken met een bepaalde regelmaat te voeren, eenmaal per jaar of twee jaar.

Waarom zijn afdelingshoofden, ondanks de aanvankelijke weerstand, toch deze gesprekken gaan voeren? Hoewel sommigen de gesprekken aanvankelijk voerden omdat het moest, vinden de meeste afdelingshoofden het nu nuttig. Het gesprek is een stok achter de deur om af en toe gezamenlijk te bespreken hoe het gaat, zeker ook met stafleden waar men minder dagelijks contact mee heeft. Informatie over en weer vormt een belangrijke opbrengst van deze gesprekken.

Meestal staan de kerntaken van de academisch medisch specialist op de agenda: patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs/opleiding en eventueel andere onderwerpen. Soms maakt men gebruik van het standaardformulier (zie bijlage III), maar de meeste afdelingshoofden gebruiken dat alleen als leidraad omdat het te omvangrijk is. Men wisselt over en weer informatie en verwachtingen uit, bespreekt hoe de zaken ervoor staan en maakt afspraken voor de toekomst. Ook wordt het carrièreperspectief op langere termijn besproken.

Naast informatie-uitwisseling kunnen de gesprekken bijdragen aan bewustwording bij de staf. Het is een aanleiding voor stafleden om na te denken over bepaalde zaken die het afdelingshoofd aan de orde stelt. Zo was er het geval van een staflid dat vroeger meer onderzoek deed en nu opgeslokt wordt door de patiëntenzorg. Als dit gesignaleerd wordt, hoeft het niet te betekenen dat er daadwerkelijk iets verandert, maar: 'Het wordt bespreekbaar gemaakt en bewust. Het staflid kan dan uitleggen waarom hij niet aan de verwachtingen voldoet en dan is de ergernis van tafel.'

Een onderwerp dat het afdelingshoofd opvallend vaak noemt is het afstemmen van de werkzaamheden van een individueel staflid op die van de groep: 'In het plaatje van de afdeling bekijken we of iedereen het instrument speelt dat hij kan en of dat past in het geheel.' Het gesprek biedt het afdelingshoofd de gelegenheid om kritische kanttekeningen te maken omdat dit een moment is zonder veel lading. Het gesprek is gepland en er staan

vaste onderwerpen op de agenda. Hiermee kan het afdelingshoofd 'een beetje bijsturen, zodat de keuzes in onderzoek beter passen bij de afdelingslijn.'

Een belangrijk effect van deze reguliere gesprekken is dat onderwerpen op de agenda blijven. Afdelingshoofden kunnen terugkomen op kwesties die niet goed gaan en steeds opnieuw lastig gedrag bijvoorbeeld, bespreken. Alleen al door hier aandacht aan te besteden, kunnen zij voor hun gevoel in ieder geval enige maanden effect bereiken en mogelijk voorkomen ze erger door grenzen te stellen.

In de manier waarop het afdelingshoofd de gesprekken voert, herkennen we vooral de collegiale omgangsvormen, zeker als het senioren betreft.

Een afdelingshoofd, voordat er een jaargesprek met een staflid plaatsvindt:

'Ik doe het niet zo formeel hoor, dat past niet in de verhoudingen. We zijn ongeveer van dezelfde generatie. Ik schrijf het op als conversatie.'

Er worden niet zozeer opdrachten gegeven als wel meningen uitgewisseld over verschillende onderwerpen en veel vragen gesteld. Het afdelingshoofd is immers afhankelijk van de staf: 'Anders kan je niet meer door één deur, het is geen productieafdeling.'

Het afdelingshoofd vraagt het staflid hoe hij vindt dat het gaat, hij vraagt naar verwachtingen en wensen en gebruikt regelmatig de pluralis modestiae: 'Wat zullen we afspreken?' Openlijke kritiek is strijdig met de collegiale omgangsvormen en wordt ook in dit gesprek meestal in de vorm gegoten van vragen: 'Hoe ga je met je tijd om?' in plaats van: 'Je bent te veel afwezig'.

Als een bepaalde afspraak niet gehaald is: 'Wat hebben we niet goed gedaan?' Of, als het staflid in discussie gaat: 'De perceptie van de anderen wijkt hier toch van af.' Ook bij het verhuld uiten van kritiek: 'Het onderzoek en tijdspad dat we samen verzonnen hadden, hebben we niet gehaald. Hoe denk jij dat het komt?' Na een inleiding als deze kunnen verschillende factoren, ook het aandeel van het staflid zelf, vaak wel openlijk besproken worden. Ook in het verslag komt kritiek vaak gemitigeerd terecht, bijvoorbeeld: 'Project X komt nog niet goed op gang'; '... is nog te weinig actief betrokken bij onderzoek.' Of de kritiek komt alleen in de afspraken naar voren: 'De uitdaging ligt in...'

Ondanks het tweerichtingsverkeer en de collegiale omgangsvormen, drukt het gesprek ook een zekere hiërarchie uit. Dit ervaren zowel stafleden als afdelingshoofden. Sommige afdelingshoofden doen het niet met hoogleraren binnen de staf, 'jaargenoten' of andere zeer naaste collegae.

Een afdelingshoofd wilde een jaargesprek voeren met een naaste collega om iets te kunnen bespreken wat hij niet goed zag gaan. Voor zijn gevoel kon hij dit alleen maar doen als hij met alle stafleden jaargesprekken ging voeren. Hij kan het gesprek gebruiken om

met een naaste collega de kritiek te bespreken, maar de aanleiding tot het gesprek moet wel verhuuld worden.

Degenen die de gesprekken niet voeren, zijn in bijna alle gevallen onderafdelingshoofden met een kleine stafgroep. De kleine omvang van de groep is meestal het argument om het niet te doen of om er weer mee te stoppen; er wordt al veel onderling overlegd, het gesprek levert geen nieuwe informatie op en wordt als onnatuurlijk en strijdig met de collegiale verhoudingen ervaren.

Afdelingshoofden maken een verslag van de gesprekken, dat stafleden ter inzage krijgen en waar ze in alle gevallen commentaar op kunnen geven. Dat doen ze niet altijd. Het afdelingshoofd en het staflid tekenen het verslag in de meeste gevallen voor gezien en akkoord. Volgens de richtlijnen wordt het dan via de P&O functionaris naar het centrale personeelsarchief gestuurd. Hier is men soms huiverig voor, bijvoorbeeld omdat men bang is dat het voor andere (organisatie-)doeleinden wordt gebruikt.

Een staflid: 'Het functioneringsgesprek is opgelegd van bovenaf, niet om de boel te bevorderen, maar *to cover your ass*. Het gevaar is dat de organisatie zich ermee gaat bemoeien. Is dat om te verbeteren of om je te pakken te nemen? Waarschijnlijk het laatste en dan pakken ze de sul, de anderen dekken zich.'

Een afdelingshoofd: 'Ik ben niet overtuigd van de integriteit van de P&O-beheerder. Misschien wordt het verslag gebruikt bij reorganisaties, voor andere doeleinden dan waarvoor jij het gebruikt. Maar het is mij opgedragen, het zijn de regels. De vertrouwelijke dingen houd ik erbuiten, die stuur ik niet door. Ik heb een keer meegemaakt dat het ten onrechte werd gelicht. Een negatief punt kan tegen die persoon gebruikt worden.'

Tijdens een observatie is een afdelingshoofd in gesprek met een P&O-adviseur.

Afdelingshoofd: 'Hoe zit het met het jaargesprekformulier? Ik kreeg een brief dat die in een gesloten envelop naar P&O moet.'

P&O: 'Ja, inderdaad, het moet in het centraal dossier.'

Afdelingshoofd: 'Het ligt heel gevoelig.'

P&O: 'Ja, ik open de envelop wel en controleer of het erin zit, maar kijk niet naar de inhoud.'

Het afdelingshoofd kijkt aarzelend en zwijgt. Na afloop van het gesprek vertelt hij dat hij het toch ingewikkeld vindt en zijn eigen archief gaat houden.

Vijftien van de zesendertig afdelingshoofden die de gesprekken voeren, bewaren de verslagen in een eigen archief. De anderen sturen het wel naar het centrale archief, maar doen dit niet van harte. Ze sturen soms een verkorte versie of doen het verslag in een gesloten of zelfs verzegelde envelop.

De functioneringsgesprekken hebben tot gevolg dat onderwerpen soms explicieter dan voorheen besproken worden. Dit is binnen de collegiale verhoudingen al niet gebruikelijk en zeker niet als het openlijke kritiek betreft, die ook nog zwart op wit gezet moet worden.

Gesprek tijdens een observatie.

Afdelingshoofd: 'Nu staat stafid A een (operatie X) te doen. Het is een langzame, maar zorgvuldige chirurg. Stafid B is bijvoorbeeld snel, maar die moet je geen (operatie Y en Z) laten doen. Dat kan hij fysiek niet aan. Ik zet op die manier de lijnen uit, maar vraag me niet het op papier te zetten.'

YW: 'Het is misschien ook moeilijk gezien de intieme details.'

Afdelingshoofd: 'Ja precies!'

Het voelt als een ongewenste intimiteit als een buitenstaander van de inhoud van het gesprek op de hoogte is. Dat is zeker zo als er minder prettige of persoonlijke dingen uit het privé-leven van het stafid in het gesprek aan de orde komen. Afdelingshoofden ervaren het als niet collegiaal om dit naar buiten te brengen.

Dit was ook de reden om de onderzoeker een te houden jaargespreek niet te laten observeren. Voor wie zou dit vooral vervelend zijn, voor het afdelingshoofd of het stafid?

Afdelingshoofd: 'Eigenlijk voor beiden. Voor het stafid is het moeilijk, want praten over sex, is nog wat anders dan het doen terwijl er iemand kijkt. En voor mij ook. Een deel van het gesprek is altijd oppervlakkig, maar ik wilde ook een paar confronterende dingen zeggen.'

YW: 'Wat bijvoorbeeld?'

Afdelingshoofd: 'Dat hij de indruk maakt op de anderen dat hij niks doet, als ze hem twee dagen alleen maar op zijn kamer achter zijn computer zien zitten.'

De aanwezigheid van een buitenstaander, en dat geldt iets minder ook als een buitenstaander het verslag leest, roept gêne en misschien wel schaamte op. Ook in dit geval willen afdelingshoofden voorkomen dat de ander gezichtsverlies lijdt.

Voor echt disfunctioneren helpen deze gesprekken niet, want: 'Er zijn geen sancties' en: 'Een karakter veranderen kan niet'. Dat vinden afdelingshoofden bijzonder lastig. Zij moeten de druk verhogen en duidelijker zijn. Sancties zijn niet eenvoudig en zetten de verhoudingen vaak op scherp (zie ook hoofdstuk 5, par. 4.4). De context ondersteunt dergelijke situaties ook niet; er moeten grote exercities worden gedaan om tot formele sancties of tot een ontslag te komen. Het afdelingshoofd moet een formeel beoordelingstraject starten; zo moet hij geruime tijd aan dossieropbouw doen. Het betekent altijd verstoorde verhoudingen en daarvoor deinst hij terug. Een beoordelingstraject kan leiden

tot conflicten in de groep en zo de patiëntenzorg bedreigen. Het kost de organisatie en de afdeling zelf veel geld en tijdelijk een arbeidskracht, nog los van de schade die men het betrokken staflid liever bespaart. Hij lijdt gezichtsverlies voor de buitenwereld.

In de praktijk vindt het afdelingshoofd deze gesprekken meestal nuttig. Hij waardeert het om samen met het staflid expliciet zijn verleden, heden en toekomst te bespreken en gezamenlijk de gang van zaken te evalueren. De rolverdeling in het gesprek bevestigt en legitimeert de hiërarchische verhouding. Uit de manier waarop stafleden en afdelingshoofden dit accepteren is de logica van de managementwereld in de medische wereld geïntroduceerd, zo lijkt het. Het instrument beïnvloedt zo de leidinggevende taak van het afdelingshoofd. Deze invloed wordt ook duidelijk in het taalgebruik: afdelingshoofden spreken soms over werknemers in plaats van over collegae of staf, die ‘gestuurd’ moeten worden.

Toch beïnvloedt de medische habitus in belangrijke mate het gebruik en effect van het functioneringsgesprek als instrument. De mate waarin het afdelingshoofd invloed kan uitoefenen, hangt vooral af van het gezag dat hij heeft bij zijn staf als *wise man*. Als zij dat gezag genieten, hebben afdelingshoofden ook het gevoel dat de gesprekken meer opleveren. Als een staflid het gezag van het afdelingshoofd niet accepteert, zal het gesprek weinig effect sorteren. Dan voegt de positioneel hiërarchische verhouding weinig toe. Bovendien oefent het afdelingshoofd in de jaargesprekken vooral invloed uit met de methoden die we ook in hoofdstuk 5 bespraken: hij hanteert collegiale omgangsvormen, gebruikt *peer pressure*, de *pluralis modestiae*, pseudo-objectieve criteria en oefent soms expliciete druk uit. Hiermee modelleert hij het instrument zoveel mogelijk naar de logica van zijn eigen wereld. Hij moet steeds goed afwegen wanneer hij de collegiale omgangsvormen wel en niet volgt en hij moet laveren tussen invloed uitoefenen en onnodige schade voorkomen. Het voorkomen van gezichtsverlies is ook hier een belangrijke leidraad. Dat beïnvloedt de wijze waarop afdelingshoofden met het verslag omgaan: zowel qua verslaglegging als qua archivering. Het jaargesprek suggereert vooral een ontwikkelingsinstrument te zijn, er is geen directe relatie met een straf- en beloningssysteem. Toch is er sprake van een glijdende schaal: als er problemen zijn, kunnen de verslagen hiervoor wel worden gebruikt – dossieropbouw - ook omdat ze voor anderen dan het betrokken staflid toegankelijk zijn. De meeste afdelingshoofden geven aan dat het gesprek uiteindelijk maar een moment in het jaar vormt: de invloed van andere momenten, bijvoorbeeld naar aanleiding van een incident, is zeker zo belangrijk.

Het afdelingshoofd als manager zou de twee verschillende werelden in zich moeten verenigen, maar botsingen liggen op de loer. In de volgende paragraaf gaan we hier expliciet op in: de dilemma's die het afdelingshoofd ervaart doordat hij zich beweegt in twee werelden.

6.4 Dilemma's van het afdelingshoofd

Het verkeren in twee verschillende werelden met eigen logica's stelt het afdelingshoofd voor een aantal dilemma's. Deze treden op wanneer beide logica's niet goed verenigbaar zijn. Voorbeelden van veel voorkomende dilemma's zijn: kiezen aan welke wereld het afdelingshoofd wanneer tijd besteedt; kiezen tussen de belangen van zijn eigen stafgroep en die van de organisatie; de keuze tussen het patiënten- en het organisatiebelang en tot slot: is er een leven na het afdelingshoofdschap?

Tijd verdelen

Het afdelingshoofd moet steeds kiezen waar hij zijn tijd aan besteedt: aan zijn managementtaak of aan zijn primaire academische taken. In het kader van zijn managementtaak moet hij vergaderen, maar ook gegevens verzamelen, vragen beantwoorden en formuleren in veelvoud indienen. Hier ziet hij niet altijd de ratio van in en hij ervaart de managementwereld dan ook meer als werk genererend, dan als faciliterend.

Fragment uit een intervisiebijeenkomst.

Afdelingshoofd 1: 'We hebben heel veel managershulp boven ons gekregen, wat heel veel werk voor ons genereert.'

Afdelingshoofd 2: 'Die hebben wel allemaal drie secretaresses.' (gelach)

Afdelingshoofd 1: 'Ik zou liever een manager onder me hebben die al die klussen voor me doet in plaats van een boven me, die...'

Afdelingshoofd 2: 'er steeds meer verzint.'

Afdelingshoofd 1: 'Ja echt waar, je krijgt dagelijks een brief of je weer iets wil aanleveren.'

Afdelingshoofd 3: 'Ja, maar dit wordt gesignaleerd door de overheid en die zegt: Het gaat niet efficiënt, u krijgt nul punt acht procent korting.'

Afdelingshoofd 1: 'Korting!' (homerisch gelach van allen)

Afdelingshoofd in een intervisiebijeenkomst:

'Dus die (directeur) is een voortreffelijke, aardige man, maar als jij er een kwart co-assistent bij wil of een halve verpleegster, moet je zevenhonderd rapporten invullen hè, maar deze lui, dat breidt maar uit!'

Deze bureaucratie wordt niet zozeer bedacht door het management, maar zij komt wel via die wereld op het bureau van het afdelingshoofd.

Afdelingshoofden willen een betrokken management, zodat zij zelf minder tijd bezig zijn met het regelen van klusjes, het organiseren van allerlei mensen om dingen voor elkaar te krijgen, gegevens boven tafel krijgen of procedures volgen. Men heeft behoefte aan meer ondersteuning bij allerlei administratieve, logistieke en financiële zaken. Of men wil daar bescherming tegen. Deze zaken behoren niet tot hun expertise, maar

bovendien gaat de tijd die ze hieraan besteden af van de tijd die ze hebben om ook nog dokter en collega te blijven. Tijd die ze nodig hebben om hun inhoudelijk gezag te houden, zoals we zagen in het vorige hoofdstuk. In een intervisiegroep vergeleek een afdelingshoofd zijn taak met die van een paardenmenner op de poesta. Als een csikos met zijn vijfspan balanceert hij in vliegende galop op twee paarden – twee werelden – soms met een been meer op het ene paard, dan weer meer op het andere paard; steeds bezig er niet af te vallen of gespleten te raken. En het afdelingshoofd moet nog drie paarden menen: patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs/opleiding.

De groep versus de organisatie

Een afdelingshoofd tijdens een intervisiebijeenkomst:

‘Het management vond dat ik dit moest gebruiken om het staflid te dumpen, maar ik dacht: dat doe ik niet. Ik laat me niet gebruiken om hem te dumpen.’

Het afdelingshoofd conformeert zich in een aantal opzichten aan de wensen van het management. Maar als hij mee zou gaan met hun wens om bijvoorbeeld ‘een collega te dumpen’ zou hij afwijken van de collegiale strategieën. Hier zal hij niet snel toe overgaan. Het afdelingshoofd zoekt in dit dilemma steeds een veilige balans. Want zij die de indruk wekken klakkeloos alles ‘van boven naar beneden’ door te geven, worden door hun staf argwanend bekeken.

Een staflid in een interview over het afdelingshoofd:

‘Hij laat zich spannen voor het karretje van het management. Je vraagt je dan af: is hij nou zetbaas voor het bestuur, of de vertegenwoordiging van de staf?’

Stafleden vinden juist dat het afdelingshoofd hun tegen het management moet beschermen. Zo kan hij zijn loyaliteit aan de medische wereld bewijzen, en die ook weer terugverwachten van zijn groep. Hij voelt zich enorm verantwoordelijk voor het verdedigen van de groepsbelangen. Dat blijkt bijvoorbeeld als het hem niet lukt om dingen voor zijn afdeling voor elkaar te krijgen.

Tijdens een intervisiegroep komt ter sprake dat twee afdelingshoofden zich recent en langer geleden ziek meldden. De aanleiding van het nemen van die *time out*, zoals ze het zelf noemen, was voor beiden het gevoel dat ze op hun ziel getrapt waren. Het was hun niet gelukt om te voorkomen dat er van hogerhand ingegrepen werd op hun afdeling. Dit gaf ze een machteloos gevoel en het idee te falen ten opzichte van de groep. De staf probeert soms hun (onder-)afdelingshoofd te passeren. Dit is een schending van een algemeen managementprincipe. Het ondermijnt in ieder geval de autoriteit van het betrokken (onder-)afdelingshoofd. De formele hiërarchische lijnen zijn echter in

de medische wereld minder heilig dan daarbuiten. Vakinhoudelijk respect of juist een gebrek daaraan kan zwaarder wegen. Het afdelingshoofd of de divisievoorzitter op wie een beroep gedaan wordt, staat voor een dilemma, omdat hij hoe dan ook de collegiale loyaliteit schendt. Tegenover het collega-stafid als hij hem niet te woord wil staan, zich daarbij beroepend op de formele hiërarchie en tegenover het onder- of afdelingshoofd als hij dit wel doet.

De patiënt versus de organisatie

Een afdelingshoofd tijdens een observatie:

‘De kosten van nieuwe geneesmiddelen voor nieuwe indicatiegebieden gaan omhoog, dit betekent een enorme kostenverhoging voor de divisies. We moeten overleggen over prioriteiten, keuzes maken. Als het om genezen gaat moet het, maar gaat het om twee maanden levensverlenging, en je kunt andere dingen niet doen, dan moet er een keuze gemaakt worden.’

Observatiefragment uit een overleg van een snijdend afdelingshoofd met een leidinggevende van de OK: De leidinggevende vraagt hoe het gaat met bepaalde dure apparatuur die aan vervanging toe is. De aanschaf wordt uitgesteld omdat het geld op is en de directeur prioriteiten moet stellen.

Afdelingshoofd: ‘Het is belachelijk hoe dat gaat, we gaan gewoon weer wachten tot er een ongeluk gebeurt.’ Een stafid steekt zijn hoofd om de hoek van de deur en vraagt het afdelingshoofd:

‘Heb je nog één minuut voor een patiënt?’

Afdelingshoofd: ‘Ik kom’, en tegen de anderen: ‘We zien wel waar het schip strandt.’

Leidinggevende: ‘Is er iets waarmee we dit kunnen versnellen?’

Afdelingshoofd, terwijl hij wegloopt: ‘De directeur in het gevang.’

Citaat uit een oratie van een afdelingshoofd (Heij 2000: 21):

‘Het blijft tenslotte de verantwoordelijkheid van elke arts om op te komen voor het belang van de individuele patiënt. Voor kostenbaten analyses is geen plaats in de arts-patiënt relatie.’

De keuze tussen het belang van de individuele patiënt en dat van de organisatie stelt het afdelingshoofd voor het grootste dilemma. Vanuit het perspectief van de medische habitus doet de dokter alles wat in zijn macht ligt om de patiënt te behandelen en te genezen, ongeacht geld, tijd of moeite. De directeur bewaakt het budget, de afdelingshoofden mogen en moeten daarbinnen keuzes maken. In tijden van schaarste is het budget meer leidend dan voorwaardenscheppend, en dat geldt ook voor degene die hier het beste mee om kan gaan. Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor zijn budget, maar heeft het gevoel hier niet veel invloed op uit te kunnen oefenen. Het management beschikt over meer kennis en informatie en maakt op die manier indirect keuzes op medisch terrein. In ieder geval beïnvloedt zij deze keuzes op terreinen als patiëntenstromen, behandelingen, materialen en personeel dat men wil inzetten.

Op een stafvergadering waar de bezuinigingen van het ziekenhuis onderwerp zijn, bespreekt het afdelingshoofd welke categorie patiënten en welke opnames het meeste geld opleveren, want het management wil soms de moeilijkste en duurste patiënten ‘de deur uit doen’. Maar waar moeten die dan naar toe, vraagt de staf zich af. Het afdelingshoofd verzucht dat er dan gekozen moet worden: ‘Je hebt in wezen twee benaderingen: je kiest voor wetenschap en patiëntenzorg, of je kijkt alleen naar wat duur is.’

Een ander afdelingshoofd komt foeterend een intervisiebijeenkomst binnen: ‘Als het zo moet, hou ik er mee op’. Wat is er aan de hand? Patiënten die volgens hem, als arts, parenterale voeding en een bepaalde opnameduur nodig hebben, moeten volgens het management eerder met ontslag. Voor welke wereld moeten het afdelingshoofd en zijn staf nu kiezen?

Citaat uit een oratie van een afdelingshoofd (Vroom 2004, 18):

‘Maar is het dan werkelijk de bedoeling dat wij als medici die keuzes moeten maken? Moeten wij dan gaan zeggen dat het vanuit maatschappelijk oogpunt niet gerechtvaardigd is dat een patiënt met een beperkte levensverwachting een dure IC-behandeling ondergaat? Moeten wij zelf dan op de werkvloer gaan bedenken dat er met dat geld elders wellicht meer gezondheidswinst geboekt kan worden?’

De schaarste van middelen is een probleem in beide werelden, ook in de maatschappij als geheel. Als er geen middelen zijn, kan de arts toch alles doen wat in zijn macht ligt om te handelen conform zijn professionele geweten. Vooral de context van de besluitvorming kan hem in bepaalde situaties voor een dilemma stellen. Bijvoorbeeld als hij moet besluiten de ene patiënt een behandeling te onthouden om die wel aan een ander te geven of als hij een patiënt wegstuurt omdat de behandeling te duur is en de patiënt het niet ‘waard’ zou zijn. In deze situaties loopt hij het risico tegen zijn geweten en zijn eed in te gaan.

De verantwoordelijkheid die de arts voelt voor ‘zijn’ patiënt maakt dat hij keuzes moet maken, maar dit wringt met de voorwaarden waar hij steeds minder invloed op heeft. Deze zogenaamde randvoorwaarden worden in toenemende mate bepalend. Het leidt tot het machteloze gevoel verantwoordelijk te zijn, maar deze verantwoordelijkheid niet waar te kunnen maken. Door zijn positie rust deze last op de schouders van het afdelingshoofd. Hij krijgt zo veel macht en verantwoordelijkheid. Onevenredig veel?

Is er een leven na het afdelingshoofdschap?

Het afdelingshoofd blijft dokter en collega maar hoe lang blijft hij afdelingshoofd? Afdelingshoofden hebben vaak het idee dat ze dit niet te lang moeten doen. Vijf, misschien tien jaar, dan dreigt de ‘houdbaarheidsdatum’ te verstrijken. Hier zijn verschillende oorzaken voor aan te wijzen.

Een aantal afdelingshoofden merkt dat door de veelheid aan taken hun inhoudelijke expertise naar de achtergrond dreigt te verdwijnen. Dit ondermijnt hun gezag.

Een afdelingshoofd in een intervisiegroep:

‘Ik moest even denken aan mijn grootvader, die is zijn hele leven boer geweest en aan het eind van zijn leven deed hij nog één ding en dat noemden we allemaal ‘stekeltjes pikken’. Dat kwam ook in het verslag van mijn casus naar voren: kun je niet iets eenvoudigs gaan doen, wat je toch altijd wel blijft beheersen. Misschien in een niche van het vak, dat is toch het stekeltjes pikken. Het is wel een eindstation (gelach), maar het is toch de kunst dat je iets blijft doen waarmee je je waarmaakt.’

Ook als hun gezag niet ter discussie staat, hebben afdelingshoofden soms behoefte aan een nieuwe uitdaging.

Als een afdelingshoofd besluit te stoppen, wat kan hij dan doen? Deze vraag is voor hem niet eenvoudig te beantwoorden. Er is een aantal mogelijkheden. Hij kan teruggaan in zijn staf; hij kan naar een ziekenhuis elders vertrekken, als staflid of als afdelingshoofd of hij kan in het management gaan en een bestuursfunctie uitoefenen.

De stap terug in de staf, binnen de eigen groep, zet hij zelden. Het is een lastige stap, vaak voor alle betrokken partijen. Theoretisch zou men ook staflid in een andere academische stafgroep kunnen worden. Ook dit lijkt niet vaak te gebeuren. We verklaren dit mede door de conversie van de habitus van het afdelingshoofd (zie ook hoofdstuk vijf, par. 5). Die conversie heeft betrekking op cultureel kapitaal, dat vastzit aan zijn persoon en daarmee niet overdraagbaar is. Dit in tegenstelling tot sociaal kapitaal, waar dat wel kan. De ontwikkeling van de leiderschapsdispositie maakt het lastig voor het afdelingshoofd om terug te treden in de groep, maar ook voor zijn collegae en zijn opvolger. Het ex-afdelingshoofd blijft een speciale positie innemen, ook zonder het sociale kapitaal. Een andere mogelijkheid is een horizontale carrièrestap: afdelingshoofd worden in een ander universitair centrum. Dit gebeurt soms wel, maar de mogelijkheid is lang niet altijd aanwezig.

De optie om in ‘de periferie’ te gaan werken, is ook niet voor iedereen weggelegd.

Tijdens een intervisiebijeenkomst zegt afdelingshoofd 1: ‘Maar is het divisiebestuur niet bang dat jij weggaat?’

Afdelingshoofd 2: ‘Ik zit toch in een fuik, ik kan niet meer de algemene praktijk in, man.’

Afdelingshoofden hebben meestal bewust voor een academische carrière gekozen: om onderzoek, opleiding en onderwijs te kunnen doen of topreferente zorg te bedrijven, die elders niet mogelijk is. Dit betekent vaak dat zij ook minder generalist zijn dan veel ‘perifere’ collegae. Zij zijn voor aantal dingen minder inzetbaar en dus minder productief. Dit geldt trouwens ook voor de stafleden.

Ten slotte kunnen ze de mogelijkheid van een carrière in het management overwegen. Hier zijn ze ambivalent over.

Tijdens een intervisiebijeenkomst wordt gesproken over de carrière van afdelingshoofden.

Afdelingshoofd 1: 'Wij zitten in een eindpositie. Afgelopen uit.'

Afdelingshoofden 2 en 3 beamen dat.

Afdelingshoofd 2: 'Tenzij je divisievoorzitter wil worden.'

Afdelingshoofd 1: 'Nee, ik zoek niet zozeer een carrière in het management.'

Afdelingshoofd 2: 'Beschouw je dat niet als een stap omhoog? Dat is een belangrijk punt; sommige mensen wel en anderen absoluut niet.'

Afdelingshoofd 3: 'Ik zie het niet als een stap omhoog.'

Afdelingshoofd 2: 'En bijvoorbeeld een stap naar de raad van bestuur?'

Afdelingshoofd 3: 'O nee, dat ambieer ik helemaal niet.'

Afdelingshoofd 2: 'Dat is wel het punt: wij artsen voelen die hiërarchie niet. Als je in een bedrijf wordt uitgenodigd voor de raad van bestuur, dan maak je carrière. Maar artsen...'

Afdelingshoofd 3: 'Als je dat doet, dan stap je je vak uit.'

Afdelingshoofd 2: 'Dan zeggen mensen: Goh, wat zijn de problemen dat je naar de raad van bestuur gaat?'

Afdelingshoofd 1: 'Vind je het niet leuk meer?'

Afdelingshoofd 2: 'Heel veel mensen waren ontzettend verbaasd toen X naar de raad van bestuur ging. Ze zeiden: Hij heeft het kennelijk niet naar zijn zin gehad daar op zijn afdeling, anders doe je zoiets toch niet?'

Afdelingshoofd 3: 'Hij wilde het zo graag. Waarom doe je dat nou, waarom laat je dat allemaal in de steek? En nou zit hij daar eigenlijk wel heel alleen en er komt niemand meer langs.' Hij lacht.

Afdelingshoofd 1: 'Dat kan ook niet, je kan er niet in.' Hij doelt op de glazen deur met bel. Gelach.

Afdelingshoofd 2: 'Een collega van mij is ook ergens in de raad van bestuur gaan zitten. Ik kwam zijn opleider tegen, die nog steeds leeft, en die zei: die stakker moet nou in de raad van bestuur zitten.'

Binnen de medische wereld doet men nogal eens denigrerend over de stap naar het management. Vooral als dit betekent dat mensen het medische vak verlaten en daarmee toch uit de medische wereld stappen. Misschien een teken van disloyaliteit? Afgunst, als het een invloedrijke positie betreft? Het is in ieder geval een stap die niet voor iedereen een logische volgende stap is, zowel wat betreft mogelijkheden, capaciteiten als ambities.

Wat zijn de mogelijkheden voor een zinvolle volgende stap na de functie van afdelingshoofd? Deze liggen niet voor het oprapen. Dat heeft verschillende oorzaken zoals het verschil tussen een academische en perifeer werkzame specialist en het niet willen ver-

laten van de medische wereld. De belangrijkste factor is misschien nog wel de conversie van de habitus van het afdelingshoofd.

6.5 Balanceren tussen twee werelden

Het afdelingshoofd verkeert in twee werelden. Hij kan zo, namens zijn staf en de medische wereld, invloed uitoefenen op de managementwereld, maar ook andersom. Afdelingshoofden zouden *two-way windows* kunnen vormen of een brug kunnen slaan tussen twee werelden. Clinici zouden als managers in staat kunnen zijn beide werelden te doorzien en invloed uit te oefenen dankzij hun medisch-inhoudelijke expertise, die niet-medische managers missen (Llewellyn 2001). Dit klinkt mooi, maar toch plaatsen we vanuit onze bevindingen een aantal kanttekeningen.

De twee werelden werken samen, maar strijden ook. In deze strijd gebruiken beide werelden hun eigen kapitaal om invloed op de ander uit te oefenen. Het kapitaal dat dominant is, zal de gang van zaken in de organisatie kunnen bepalen. Het afdelingshoofd zet vooral het kapitaal van de medische wereld in: kennis op zijn eigen vakgebied, zijn medische of wetenschappelijke reputatie of de geldstromen die hij hiermee genereert. Als zwakheden ervaart het afdelingshoofd een gebrek aan financiële en managementkennis, aan informatie en een grote afstand tot de raad van bestuur. In deze zwakke plekken voelt hij zich overtroefd door de managementwereld die een korte informatielijn naar de raad van bestuur heeft en meer financiële en managementkennis en informatie. De brug tussen twee werelden, die het afdelingshoofd kan vormen, mist dus vaak een stevig fundament in de managementwereld. Hij mist kennis, inzicht en informatie, die hem soms onthouden wordt. Bovendien ervaart hij onvoldoende dienstbare ondersteuning van de managementwereld.

In deze organisatiestructuur, waarin specialisten zijn opgenomen in de managementhiërarchie, lijkt de medische wereld verdeeld geraakt. Afdelingshoofden hebben het gevoel dat beleidsbeslissingen vooral managementbeslissingen zijn, waar zij weinig bij betrokken worden. Hoewel het stafconvent de taak heeft de kwaliteit van patiëntenzorg te bewaken, ervaren afdelingshoofden hun invloed hierin als beperkt. Individuele specialisten kunnen soms meer macht hebben, terwijl de medische wereld als geheel uiteindelijk minder invloed kan uitoefenen in de organisatie.

De introductie van managementinstrumenten kan beschouwd worden als een pedagogische activiteit van de managementwereld, gericht op de medische wereld (zie ook hoofdstuk 2, par. 6.1). We zien dat het handelen en de besluitvorming van het afdelingshoofd in zijn groep door zijn positie ook beïnvloed wordt door de logica van de managementwereld. Er wordt druk op de afdelingshoofden uitgeoefend zich meer als

managers te ontwikkelen en te gedragen. Het opnemen van afdelingshoofden in de organisatiehiërarchie is hiermee ook te beschouwen als een pedagogische activiteit. Het is belangrijk voor het afdelingshoofd om het spel in de managementwereld voldoende te begrijpen om enigszins mee te kunnen spelen, zodat hij invloed uit kan oefenen in die wereld. Dit levert hem bij zijn staf respect en gezag op.

Het afdelingshoofd moet ook aan allerlei verplichtingen van het management voldoen. Verplichtingen waarvan hij de ratio niet altijd ziet, waar hij de expertise vaak voor mist en die vooral veel tijd kosten. Tijd die uiteindelijk weer ten koste kan gaan van zijn gezag als *wise man*. Als zijn staf hem te veel met het management vereenzelvigd, boet hij nog meer in aan gezag in. Zijn staf ziet hem dan vooral als *spokesman* van het management en niet als die van hun eigen groep.

Drie aspecten van de introductie van managementinstrumenten verdienen aandacht. De acceptatie van deze instrumenten, in gebruik en taal, lijken erop te wijzen dat deze instrumenten de logica van de medische wereld beïnvloeden. Het afdelingshoofd wijst op het belang van gelijkwaardigheid in het functioneringsgesprek, maar toch benadrukt dit gesprek de gezagsverhouding. Zo is de acceptatie van het functionerings- of jaargesprek ook een acceptatie van de positionele hiërarchische autoriteit van het afdelingshoofd, meer of minder verhuld. Het verschil in positie van beide partijen werkt wel degelijk door in het gesprek: het afdelingshoofd beïnvloedt zijn staf lid meer dan andersom.

In de tweede plaats zien we dat afdelingshoofden deze instrumenten kunnen gebruiken. Zij kunnen hiermee een aantal collegiale dilemma's omzeilen. Zij gebruiken de pseudo-objectieve criteria die de instrumenten hen aanreiken, zoals richtlijnen, om het oordeel van zichzelf af te halen. Deze instrumenten kunnen op die manier de leidinggevende taak van het afdelingshoofd ondersteunen.

Ten derde zien we dat het functioneringsgesprek als instrument gemodelleerd wordt naar de omgangsvormen van de collegiale wereld. Hiermee is het voor zowel staf als afdelingshoofd acceptabel, maar bovendien kan het afdelingshoofd zo wel degelijk invloed uitoefenen en toch de collegiale omgangsvormen in acht nemen. Hij oefent invloed uit op stafleden om zich meer te houden aan beleid dat de groep ten goede komt en hij stelt onheus of oncollegiaal gedrag aan de orde. Het managementinstrument kan zo bijdragen aan het beteugelen van eventueel opportunisme van de staf. De methoden van het afdelingshoofd om invloed uit te oefenen in het gesprek hebben vooral effect als hij door zijn staf wordt beschouwd als *wise man*. Het legitieme gezag van de medische wereld of de clan, in termen van Ouchi, en dat van de managementwereld vallen dan samen en versterken elkaar.

In het vorige hoofdstuk constateerden we dat de habitus van het afdelingshoofd kan

veranderen met de ontwikkeling van de leiderschapsdispositie. In hoeverre is er sprake van de ontwikkeling van zoiets als een managementdispositie?

Dit is in het algemeen niet het geval. Het afdelingshoofd heeft een formele verantwoordelijkheid als *spokesman* van en naar de managementwereld, maar we hebben ook de beperkingen daarvan geconstateerd. Hij vertegenwoordigt vooral de belangen van zijn stafgroep in de managementwereld, meer dan andersom. Dit wordt zichtbaar door de wijze waarop hij vooral het eigen kapitaal – dat van de medische wereld – inzet voor de dominantie van de logica van die wereld. Ook kan hij onvoldoende als *spokesman* de medische wereld vertegenwoordigen bij strategische besluitvorming in de organisatie. Hij gebruikt soms de taal, argumenten en instrumenten van het management, maar de medische logica blijft duidelijk dominant, meer eigen. Hij blijft vooral collega, de medische habitus blijft zijn echte tweede natuur (zie schema).

Hier kunnen we twee verklaringen voor geven. In de eerste plaats stelt de habitus zich teweer tegen verandering (hoofdstuk 2, par. 3.1). We zien dit aan de manier waarop de habitus een managementinstrument als het functioneringsgesprek modelleert. Bovendien gaat het denken en handelen volgens de managementlogica op verschillende wijzen in tegen die van de medische habitus. Argumenten en besluitvorming volgens de managementlogica kunnen botsen met die van de klinische en professionele dispositie. Het handelen van het afdelingshoofd in lijn met de collegiale en leiderschapsdispositie kan op gespannen voet staan met gewenste handelswijzen vanuit de managementlogica. Daarnaast gaat de tijd die het afdelingshoofd aan zijn managementtaak moet besteden af van de tijd die hij nodig heeft om zijn inhoudelijk gezag te onderhouden. Deze verschillende logica's zijn niet goed te verenigen in één persoon. Het afdelingshoofd balanceert tussen twee werelden en moet zich ook niet te veel met de managementwereld vereenzelvigen. Als hij te veel naar deze wereld overhelt, verliest hij zijn meerwaarde; hij moet collega blijven om invloed uit te oefenen binnen zijn groep.

AFDELINGSHOOFD: MEDISCHE HABITUS, LEIDERSCHAPSDISPOSITIE EN MANAGEMENTTAAK

DISPOSITIES					MANAGEMENTTAAK
KLINISCHE DISPOSITIE	WETENSCHAPPELIJKE DISPOSITIE	PROFESSIELE DISPOSITIE	COLLEGALE DISPOSITIE	LEIDERSCHAPS-DISPOSITIE	Formele verantwoordelijkheid: <i>spokesman</i> van en naar management wereld
De mens als patiënt zien	Geneeskunde als wetenschappelijk gefundeerde discipline zien	Zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk zien	Lidmaatschap van groep gelijken als onlosmakelijk verbonden zien met eigen functioneren	Zichzelf als persoonlijk verantwoordelijk zien voor groep	
STRATEGIEËN					
Op zoek naar symptomen om aandoeningen te genezen	Wetenschappelijke kennis vergaren / toepassen tbv patiënt	Belang van patiënt vooropstellen / beslissen over eigen patiënten	Anderen als gelijke behandelen / niet laten vallen / geen gezichtsverlies laten lijden	Groep vrijwaren van diskrediet en conflicten	
MANIFESTEERT ZICH IN					MANIFESTEERT ZICH IN
Redeneerpatronen: presenteren patiënt / stellen vragen / argumenten in discussies	Citeren wetenschappelijke kennis / <i>evidence based</i> argumenten	Argumenten keuzes tbv patiënt. Hard werken / dienst doen. Kunnen / durven beslissen	Geen opdrachten, niet controleren / Collegiaal zijn / alleen verholde kritiek	1. dokter-collega blijven 2. collegiale omgangsvormen 3. peerpressure 4. expliciete druk uitoefenen 5. interveniëren in de groep	Beperkt gebruik van instrumenten, taal, argumenten en besluiten mt-wereld. Vooral vertegenwoordigen belangen eigen groep / patiënt. Vooral dokter / collega blijven
EXCELLEREN					
Veel, bijzondere patiënten zien / diagnosticeren / behandelen	Citeren kennis bij bijzondere patiënten / genereren van kennis	'Altijd' werken / beslissen en handelen in ultieme kwesties voor patiënten	Ultiem volgen collegiale omgangsvormen / reciprociteit niet openlijk aan de orde	Omgangsvormen: optimale verhouding tussen invloed en onnodige 'schade'	
GEZAG					GEZAG
Op basis van klinische ervaring (senioriteit)	Op basis van wetenschappelijke kennis	Op basis van dragen / nemen van verantwoordelijkheid in patiëntenzorg	Op basis van collegiaal zijn / lid zijn van prestigieuze groep	Op basis van geaccepteerde <i>wise man</i> / <i>spokesman</i> in groep	Op basis van <i>spokesman</i> in beide werelden

De habitus van het afdelingshoofd bestaat nog steeds uit vijf disposities, hier schematisch weergegeven (zie hoofdstuk 5). De managementtaak leidt niet tot ontwikkeling van een nieuwe dispositie. De gedragsmanifestatie van deze formele verantwoordelijkheid wordt geen tweede natuur.

Hoofdstuk 7

Conclusies en reflectie



7.1 Inleiding

In dit slothoofdstuk bespreken we de conclusies en implicaties van onze bevindingen. We reflecteren op de bijdrage van Bourdieu, het onderzoek en de onderzoeker. Ook bezien we welk perspectief de resultaten kunnen hebben voor het handelen en doen we aanbevelingen voor de praktijk. Tenslotte exploreren we enkele invalshoeken voor verder onderzoek.

Dit onderzoek had als de centrale vraag: hoe beïnvloedt de medische habitus de wijze waarop op het afdelingshoofd leidinggeeft? Daarbij maakten we gebruik van de concepten van Bourdieu: habitus, kapitaal en veld. Omdat deze vraag zowel een wetenschappelijk als een handelingsperspectief kent, positioneerden we het onderzoek als *professional science*. Met inzichten uit de vier empirische hoofdstukken beantwoorden we in dit slothoofdstuk eerst de centrale onderzoeksvraag (paragraaf 7.2). In paragraaf 7.3 reflecteren we op de bijdrage van het gedachtegoed van Bourdieu: in welke mate is dat bruikbaar, wat ontbreekt er en wat moet worden toegevoegd? We reflecteren meer in het algemeen op het onderzoek en de onderzoeker in paragraaf 7.4. In paragraaf 7.5 keren we terug naar de praktijk en bezien we de opbrengst vanuit het handelingsperspectief: welke aandachtspunten kunnen we voor de praktijk formuleren? Tenslotte exploreren we enkele invalshoeken voor verder onderzoek (paragraaf 7.6), om af te sluiten met een slotwoord (paragraaf 7.7).

7.2 Hoe beïnvloedt de medische habitus de wijze waarop het afdelingshoofd leidinggeeft?

De medische habitus beïnvloedt op verschillende manieren het leidinggeven van het afdelingshoofd, onder andere omdat het de gezagsverhoudingen in de groep bepaalt. In paragraaf 7.2.1 gaan we in op de medische habitus als bron van gezag.

De medische habitus genereert ook collegiale omgangsvormen, die per definitie strijdig lijken met de leidinggevende taak van het afdelingshoofd. Toch beschikt hij over een repertoire om invloed uit te oefenen in de groep. Dit bespreken we in paragraaf 7.2.2: *wise man* en *spokesman* in de groep.

Verder beïnvloedt de medische habitus de relatie van het afdelingshoofd met de managementwereld en hiermee ook zijn leidinggevende taak. Dit is onderwerp van paragraaf 7.2.3.

7.2.1 De medische habitus als bron van gezag

De habitus is een systeem van disposities: duurzame, onderbewuste schema's van waarneming en waardering die aanzetten tot en richting geven aan het handelen. Een dispositie omvat zowel het schema van waarneming en waardering als de hierdoor gegene-

reerde strategieën. Zij manifesteert zich in bepaalde karakteristieke gedragspatronen, omgangsvormen en opvattingen.

De gezagsverhoudingen in de groep worden voornamelijk bepaald door de medische habitus. Afdelingshoofden met gezag kunnen, in termen van Bourdieu, beschouwd worden als *wise men*. Zowel stafleden als het afdelingshoofd zelf vinden dat hij in verschillende opzichten *outstanding* moet zijn; hij moet een voorbeeld zijn en in alle opzichten de waarden van de groep vertegenwoordigen.

In onze analyse van de medische habitus kwamen we tot vier disposities die bronnen van gezag vormen voor het afdelingshoofd: de klinische, de wetenschappelijke, de professionele en de collegiale dispositie. Uit dit onderzoek blijkt dat de klinische dispositie het meeste bijdraagt aan het gezag van het afdelingshoofd.

De **klinische dispositie** heeft als schema van waarneming en waardering 'de mens als patiënt zien'. Dit betekent dat de arts niet zomaar een persoon ziet, hij ziet een patiënt. Hij is op zoek naar klachten, symptomen, verschijnselen, die – kunnen – wijzen op een aandoening of een ziektebeeld dat opgespoord moet worden en behandeld. De orde moet worden hersteld, de arts is erop gericht de aandoening te genezen, het verschil te maken tussen ziekte en gezondheid. Om deze dispositie te verwerven, moet de arts veel patiënten gezien hebben en blijven zien, want elke patiënt is anders. De dispositie manifesteert zich in karakteristieke redeneerpatronen. Zo vertelt de arts tijdens zijn presentatie zo over een patiënt, dat ook zijn collegae deze voor zich zien en mee kunnen denken. Hierbij gaat het niet alleen om de inhoud van het verhaal, maar ook om de manier waarop hij het verhaal vertelt. De redeneerpatronen manifesteren zich in het stellen van de juiste vragen en de argumenten tijdens discussies. De klinische houding kunnen we beschouwen als de fysiek zichtbare uiting van deze dispositie. Gezag ontleent het afdelingshoofd vooral aan zijn vermogen om bijzondere en afwijkende gevallen te diagnosticeren, te behandelen of te opereren. Hij onderscheidt zich van zijn collegae als hij in die gevallen tot een diagnose en de meest aangewezen behandeling komt of als hij een bijzonder beloop kan verklaren en voorspellen. Hierin laat hij zien te excelleren. Dit vermogen neemt toe met ervaring. Senioriteit staat voor ervaring en geeft daarom ook gezag.

De **wetenschappelijke dispositie** maakt dat de arts wetenschappelijke kennis vergaart, genereert en deze toepast in de patiëntenzorg. De dispositie manifesteert zich in onderzoeksbesprekingen, het lezen van wetenschappelijke literatuur en congresbezoek. Zij wordt zichtbaar in vragen die wetenschappelijke kennis veronderstellen; in het citeren van argumenten of richtlijnen op basis van resultaten uit studies bij discussies en besluitvorming in de patiëntenzorg. De wetenschappelijke dispositie kan voor het afdelingshoofd een bron van gezag zijn als hij beschikt over wetenschappelijke kennis die

ook op ingewikkelde patiënten toepasbaar is. Nog meer gezag ontleent hij aan het genereren van wetenschappelijke kennis: onderzoek doen en daarover publiceren in tijdschriften en boeken. Formeel kan dit zich uitdrukken in gepromoveerd zijn, en het hoogleraarschap. Dat laatste geeft gezag, ook als iemands actieve bijdrage aan de wetenschap niet heel groot is.

Vanuit de **professionele dispositie** voelt de arts zichzelf persoonlijk verantwoordelijk voor de behandeling van een patiënt. Daarom is het belangrijk dat hij zelf moet beslissen over zijn eigen patiënten: alleen hij kan aangesproken worden op zijn handelen. De dispositie manifesteert zich in het kunnen en durven beslissen. Vanuit de professionele dispositie voelt de arts ook de noodzaak het belang van de patiënt voorop te stellen. Hierdoor voelt de arts een urgentie tot inspanning, die hij op allerlei manieren levert: door hard te werken, het druk te hebben, diensten te doen en eventueel zelfs fysieke ontberingen te leiden. De professionele dispositie is een bron van gezag voor het afdelingshoofd als hij altijd hard werkt, kan handelen en beslissen in zwaarwegende kwesties voor patiënten.

We kunnen de professionele dispositie beschouwen als het professionele geweten van de arts, dat in alle praktijken naar voren komt: men moet het goed doen en fouten voorkomen. Omwille van de professionele dispositie is de claim op autonomie van de medische professie verankerd in de habitus als interne structuur. Als professioneel geweten is autonomie hiermee niet alleen een recht, maar brengt zij ook plichten met zich mee (vergelijk ook Van Oorschot 1995). De medische habitus vormt als zodanig een garantie, 'zekerder dan externe regels', dat de individuele dokter zijn best doet en in een onzekere omgeving de goede beslissingen zal nemen, in overeenstemming zijn met de codes en mores van de beroepsgroep.

De **collegiale dispositie** brengt voor de arts met zich mee dat het lidmaatschap van een groep gelijken onlosmakelijk verbonden is met zijn eigen functioneren. Deze dispositie verwijst naar een grote afhankelijkheid. Men kan als individu zijn werk niet goed doen zonder de groep. De zienswijze van deze dispositie genereert strategieën, die de solidariteit met de groep bevestigen en die te beschouwen zijn als investeringen die de groepsleden doen in de groep en in het voortbestaan ervan. Het betekent ook dat ze elkaar als gelijke behandelen, niet laten vallen en geen gezichtsverlies laten lijden. Met deze dispositie beschikt men over gevoel voor verhoudingen. Zij verbindt bovendien het individu met de groep. Zij manifesteert zich in karakteristieke collegiale omgangsvormen waarin men elkaar geen opdrachten geeft en niet controleert, collegiaal is, geen openlijke kritiek geeft en de pluralis modestiae gebruikt. Deze dispositie vormt een bron van gezag voor het afdelingshoofd, als hij optimaal de collegiale omgangsvormen volgt.

Het onderscheiden van deze vier disposities is analytisch; in de praktijk is er een nauwe samenhang tussen en kunnen ze niet zo duidelijk gescheiden worden. De klinische dispositie is zonder twijfel dominant: deze doordeesemt als het ware de medische habitus. Zij is daarmee ook de belangrijkste bron van gezag in de groep, ook voor het afdelingshoofd.

Sinclair (zie ook hoofdstuk 2, par. 6.1) deed onderzoek naar het tot stand komen van de medische habitus en ofschoon wij ons op de ‘volwassen’ habitus richten, vinden we toch een aantal vergelijkbare uitkomsten (Sinclair 1997). Dit zegt iets over de plausibiliteit van de disposities en ook over het bestaan van een *gemeenschappelijke* medische habitus. Er is vooral overeenkomst met de klinische, de wetenschappelijke en de professionele dispositie, die Sinclair respectievelijk benoemt als *experience*, *knowledge* en *responsibility*. Hij spreekt niet over de collegiale dispositie, maar over *competition* en *cooperation*. Dit komt omdat hij de concepten van Bourdieu – habitus, veld en kapitaal – niet in samenhang met elkaar gebruikt, hij refereert alleen aan de habitus. Bij Sinclair blijven zo het functioneren van de groep en de bijbehorende strategieën en gedragspatronen onderbelicht.

Het was niet een expliciet doel van dit onderzoek om na te gaan hoe de medische habitus tot stand komt in de opleiding tot arts en specialist. Maar door de universitaire setting van het onderzoek kregen we ook zicht op het socialisatieproces waarin de medische habitus zich vormt, het verborgen curriculum.

Het verborgen curriculum in de geneeskunde openbaart zich niet alleen in wat er geleerd wordt, maar ook hoe. Meestal niet door concrete feedback en expliciete voorgeschreven regels (Pratt e.a. 2006). Zo staat de manier van presenteren niet in een leerboek (Haber & Lingard 2001) en zijn eventuele richtlijnen summier (Wiersinga e.a. 2002). De medische praktijk is zo complex dat niet alles in formele tekst en regels is te vangen. De improvisatie op basis van de habitus is oneindig veel groter en wordt vooral in de praktijk geleerd.

De medische habitus komt nog steeds tot stand in een intensief, langdurig socialisatieproces, dat deels plaatsvindt buiten de ‘gewone’ wereld, in een sterk hiërarchische relatie tot de pedagogische autoriteit. Hoewel dit geen primair socialisatieproces is, leidt het verborgen curriculum in de geneeskunde tot een duurzame habitus die zich te weer stelt tegen verandering. Met Bourdieu zouden we hier kunnen spreken van: ‘a slow process of co-option and initiation which is equivalent to a second birth.’ (Bourdieu 1990: 68).

7.2.2 Wise man en spokesman in de groep

Het afdelingshoofd kan vooral invloed uitoefenen in zijn groep als hij een geaccepteerde *wise man* en *spokesman* is. Zijn repertoire bestaat uit: dokter en collega blijven, col-

legiale omgangsvormen hanteren, *peer pressure* gebruiken, expliciet druk uitoefenen en interveniëren in de groep. Met name bij de laatste twee onderdelen van dit repertoire - expliciet druk uitoefenen en interveniëren in de groep - hanteert hij omgangsvormen die strijdig zijn met de medische habitus. Hierdoor kan de habitus van het afdelingshoofd een verandering ondergaan. Het is dus niet alleen zo dat de medische habitus de leidinggevende taak van het afdelingshoofd beïnvloedt. Andersom beïnvloedt de leidinggevende taak ook de habitus van het afdelingshoofd. Zo leidt deze taak tot de vorming van een leiderschapsdispositie. Dat wil zeggen dat het afdelingshoofd zich verantwoordelijk voelt voor het functioneren van de groep.

Het belang van gezag op basis van de medische habitus zien we terug in het streven van afdelingshoofden om dokter en collega te blijven. Hij moet dit gezag onderhouden om invloed uit te kunnen oefenen. Door mee te blijven doen aan de dagelijkse klinische praktijken, aan diensten en supervisie van arts-assistenten houdt hij zijn gezag en hiermee zijn recht van spreken. Er is sprake van een wisselwerking in het krijgen en nemen van gezag. Hij moet een gezaghebbende clinicus zijn, hard werken en zijn verantwoordelijkheid nemen.

Met dit gezag kan hij via het *hanteren van collegiale omgangsvormen* veel invloed uitoefenen op de klinische gang van zaken. Bijvoorbeeld door het stellen van vragen. Deze vragen kunnen verschillende functies hebben: toetsen, kritiek uiten en kunde tonen. Hij kan adviezen geven, al dan niet met verholde kritiek. Bovendien kan hij met een vraag als verzoek het geven van een opdracht vermijden.

Afdelingshoofden kunnen op die manier individuele collegae beïnvloeden en richting geven aan discussies tijdens patiëntenbesprekingen en visites. Zij nemen met grotere zekerheid een beslissing en durven dit ook te doen in de lastigste situaties, in een context die nooit complete zekerheid biedt. Zij 'mogen' het ook beslissen, krijgen het laatste woord.

Bij het hanteren van deze collegiale omgangsvormen, handelt het afdelingshoofd volgens de logica van de medische wereld. Hij kan dit met succes doen als hij gezag geniet. Het lukt niet altijd om zo een minder goed functionerende collega te beïnvloeden. De kracht van het sterke professionele geweten heeft twee kanten. De angst voor gezichtsverlies kan zo groot zijn dat de arts zijn uiterste best doet om het goede te doen, om zo schaamte te voorkomen. Toch kan diezelfde angst ertoe leiden dat fouten, of onwetendheid, verborgen worden, ook om gezichtsverlies te voorkomen. Collegae die geen advies vragen of overleg plegen terwijl dat wel nodig is, worden binnen de professie als de gevaarlijkste dokters beschouwd: 'Zij kennen hun eigen grenzen niet'. Deze collegae zijn veelal minder geneigd zich te laten toetsen via bijvoorbeeld de bespreking van een casus. Zij reageren veelal ook niet op de gebruikelijke indirecte signalen: kritische vra-

gen en adviezen. Afdelingshoofden zijn soms eerder geneigd deze collegae te isoleren of te marginaliseren dan ze openlijk te bekritisieren. Dit is niet altijd afdoende om patiënten tegen deze collegae te beschermen. Buiten de medische wereld kan deze strategie opgevat worden als een *conspiracy of silence* van de professie. Zij zou bewust fouten verzwijgen en disfunctionerende collegae dekken. Vanuit het gedachtegoed van Bourdieu is dit te beschouwen als het effect van een gemeenschappelijke habitus: een onderbewust handelen dat voortvloeit uit een bepaalde manier van kijken en waarderen van de situatie en waarbij men collega's niet afvalt.

Middels *peer pressure* gebruikt het afdelingshoofd de macht van de groep, waarmee hij het oordeel buiten zichzelf legt. Hij voert de groep figuurlijk ten tonele door het gebruik van de *pluralis modestiae*: 'Wij denken dat het beter is dat je...'. En letterlijk doet hij dat door gedrag of complicaties in de groep te bespreken, zodat meerdere collegae hun mening geven. Een meer afgeleide vorm betreft het gebruik van pseudo-objectieve criteria. Die criteria kunnen uit de groep zelf komen, uit de organisatie of van bijvoorbeeld de wetenschappelijke vereniging. Dit kunnen afgesproken criteria zijn voor bepaalde functies, congresgang en dergelijke. Deze kan het afdelingshoofd gebruiken als meetlat of ijkpunt in het gesprek met een staflid, om dingen wel of niet te honoreren. Ook op die manier is, of beter gezegd lijkt zijn eigen mening niet in het geding.

Maar in sommige situaties komt hij er met deze methoden niet uit. Dan kan zich de leiderschapsdispositie manifesteren. Bijvoorbeeld als een staflid niet goed functioneert, moet hij *expliciter druk uitoefenen*. Daarmee wijkt hij af van de collegiale omgangsvormen. Hij uit openlijk kritiek en eventueel bespreekt hij het verlaten van de groep. Hij dreigt met uitstoting of gaat daar werkelijk toe over. In deze situaties moet hij een afweging maken tussen zijn individuele loyaliteit op basis van de collegiale dispositie en het belang van de groep, het gezamenlijke kapitaal.

Het afdelingshoofd streeft in dergelijke situaties naar de *royal way out*. Dat kan hij doen door de collega in kwestie te adviseren om een andere plek te zoeken, zodat hij de groep zonder gezichtsverlies kan verlaten. Voor deze methode is steun van de groep onontbeerlijk. De groep moet hem bij elke beslissing opnieuw 'mandaat verlenen' en dat geldt zeker voor collegiale kwesties.

Behalve de collegiale loyaliteit is de regelgeving binnen de organisatie een hinderpaal om daadwerkelijk een collega te ontslaan. Een dergelijk traject kost niet alleen veel tijd, maar zet vanaf het begin ook de verhoudingen met het betrokken staflid op scherp en daarmee ook nogal eens die met de rest van de groep. Zo'n periode bedreigt het functioneren van de groep en soms ook de positie van het afdelingshoofd, zeker als hij niet gesteund wordt door de groep. Daarmee is ook de patiëntenzorg in het geding. Dit alles

remt de motivatie van het afdelingshoofd om een ontslagtraject in te gaan, nog los van de kosten die dit met zich mee brengt.

Door te *intervenieren in de groep* kan het afdelingshoofd de balans tussen samenwerking en competitie bewaken, binnen en tussen groepen. Deze balans is vaak precair; aan de ene kant is de groep erop gespitst gezamenlijk continuïteit in de zorg te bieden en het hoogste resultaat te halen, aan de andere kant kan de strijd om het kapitaal, individueel of tussen groepen deze samenwerking in gevaar brengen. Een gemeenschappelijke habitus voorkomt geen interne competitie, integendeel. Men streeft allemaal naar het schaarse kapitaal en verschillen roepen jaloezie en competitie op. Hieraan zien we ook dat de gelijkheid in de groep betrekkelijk is. Zo is er de norm van wederkerigheid, maar noch de wáárde van de verleende dienst, noch wannéér deze 'terugbetaald' zal worden, ligt vast. Dat kan problemen geven. Als collega's verleende diensten niet 'terugkrijgen', in een te geringe mate of na een te lange tijd, roept dat heftige emoties op. Deze disbalans in reciprociteit treedt soms op in situaties waarin toch al sprake is van onderlinge competitie.

De spanning tussen individuen onderling kan dan hoog oplopen. Dit kan leiden tot conflicten waar de hele groep bij betrokken raakt; er ontstaat snel kampvorming. Conflicten hebben grote risico's: ze brengen het functioneren van de groep in gevaar, kunnen tot prestigeverlies leiden en tot het vertrek van een individu of tot het uiteenvallen van de groep. Bovendien kan ook het belang van de patiënten geschaad worden. In deze preciaire balans tussen samenwerking en competitie kan het afdelingshoofd de samenwerking bevorderen door te *intervenieren* bij het eerlijk verdelen van de lusten en de lasten in de groep, bij conflicten of bij besluitvorming. Hij treedt bemiddelend op als één van de groep, maar staat toch boven de partijen.

De medische habitus beïnvloedt niet alleen de wijze waarop het afdelingshoofd macht kan uitoefenen, maar bezorgt hem ook dilemma's. Het is niet eenvoudig om zijn gezag te houden, omdat hij als afdelingshoofd een veelheid aan taken heeft. Hij heeft dus minder tijd dan voorheen om een 'echte' dokter en collega te blijven. Bovendien ondervindt ook hij competitie in de groep. Zijn gezag kan regelmatig op de proef gesteld worden door een zogenaamde kroonprins, die vooral aan de poten van zijn stoel zaagt in plaats van als rechterhand te fungeren. Als één of meer staffleden zijn gezag niet accepteren, al dan niet 'terecht', is dat een voortdurende bron van stress, een nagel aan zijn doodskist. Op elke bespreking, individueel en in de groep, kan dit hem parten spelen.

Meestal sluiten de methoden die het afdelingshoofd gebruikt om invloed uit te oefenen, aan bij de collegiale verhoudingen. Dit is een effectieve manier om invloed uit te oefenen. Het is een groot dilemma wanneer hij de collegiale omgangsvormen moet schenden. Hij moet soms andere, strijdige omgangsvormen hanteren, gericht op het

beschermen van het gezamenlijke kapitaal van de groep. Bijvoorbeeld wanneer het afdelingshoofd expliciet een disfunctionerende collega bekritiseert, om de groep te vrijwaren van diskrediet. Ook door te interveniëren bij belangentegenstellingen in de groep of bij dreiging van conflicten, neemt het afdelingshoofd een andere positie in dan zijn collegae.

Met name deze onderdelen van zijn repertoire - expliciete druk uitoefenen en interveniëren in de groep - zijn strijdig met de medische habitus en stellen hem voor een dilemma. Moet hij ingrijpen, met het risico als persoon geïsoleerd te raken? Of niet ingrijpen met het risico dat het functioneren van de groep in gevaar komt? Het is niet zelden een ondankbare taak.

Juist door het hanteren van omgangsvormen die strijdig zijn met de medische habitus, kan de habitus van het afdelingshoofd een verandering ondergaan. Meer ervaren afdelingshoofden hanteren in het algemeen vanzelfsprekender omgangsvormen die strijdig zijn met de medische habitus dan minder ervaren afdelingshoofden. Toch moeten we dit met zekere voorzichtigheid stellen, aangezien we afdelingshoofden niet gedurende langere tijd hebben vervolgd.

Met deze kanttekening constateren we dat zich bij afdelingshoofden de leiderschapsdispositie kan ontwikkelen, dat wil zeggen dat hij zich verantwoordelijk voelt voor het functioneren van de groep. Dit heeft als effect dat het afdelingshoofd erop gericht is om de groep te vrijwaren van diskrediet en conflicten. Vanuit de leiderschapsdispositie voelt hij zich geroepen op te treden om het gezamenlijke kapitaal te beschermen. Het betreft niet alleen een opvatting of formele verantwoordelijkheid, het manifesteert zich in zijn handelen, waarbij hij zo nodig methoden hanteert die strijdig zijn met de medische habitus. In deze situaties is echt sprake van een dispositie, deze wijze van handelen gaat tot de tweede natuur van het afdelingshoofd behoren: hij kan niet anders, ondanks de prijs die het hem soms kost. De leiderschapsdispositie domineert dan de collegiale dispositie. Niet alle afdelingshoofden beschikken in gelijke mate over deze dispositie en sommige beschikken er helemaal niet over.

Deze conversie maakt het afdelingshoofd soms ook eenzaam, vooral omdat hij er ook belang bij heeft om één van de collega's te blijven. Er zijn geen simpele regels wanneer hij een strategie moet kiezen die de medische habitus volgt en wanneer hij deze moet overtreden. Het afdelingshoofd is hierbij zijn eigen persoonlijke meetlat. De mate waarin hij de goede keuzes kan maken, bepaalt ook de excellentie van zijn leiderschap. Het is, om met Bourdieu te spreken: 'The *art* of the necessary improvisation that defines excellence' (Bourdieu 1990: 107).

Deze conversie van de habitus verklaart ook waarom het voor een afdelingshoofd niet

voor de hand ligt om na het neerleggen van deze functie terug te treden in de staf. De conversie van de habitus heeft betrekking op cultureel kapitaal, dat vastzit aan zijn persoon en dus niet overdraagbaar is. Dit in tegenstelling tot sociaal kapitaal, waar dat wel voor geldt. Met het neerleggen van zijn afdelingshoofdschap, neemt hij afstand van het sociaal kapitaal, maar dit is niet mogelijk voor het cultureel kapitaal. Formeel afgetreden, blijft het ex-afdelingshoofd een speciale positie innemen, zowel in de ogen van zichzelf, zijn collegae als zijn opvolger. Dit brengt alle betrokken in een lastig parket.

Het afdelingshoofd kan als *wise man* en *spokesman* invloed uitoefenen op zijn collegae, de kwaliteit van klinische activiteiten, het opleiden van artsen en specialisten en op het functioneren van de groep. Hij speelt daarmee een belangrijke rol in de zelfregulatie van zijn groep.

7.2.3 De relatie met de managementwereld

De kracht van de medische habitus heeft ook consequenties voor de relatie die het afdelingshoofd heeft met andere werelden, zoals die van het management. De medische wereld vertoont kenmerken van de clanvorm. Zij is ingebed in de structuur van de managementwereld, die meer kenmerken vertoont van een bureaucratische organisatievorm (Ouchi 1980). We zien dat de medische wereld een aantal kenmerken van een bureaucratische organisatievorm gaat vertonen. De specialisten zijn in dienstverband en het afdelingshoofd is in de organisatiehiërarchie opgenomen.

De twee werelden werken samen maar vertonen ook tekenen van strijd. In deze strijd gebruiken beiden hun eigen kapitaal om invloed op de ander uit te oefenen. Het kapitaal dat dominant is, zal de gang van zaken in de organisatie kunnen bepalen. Het afdelingshoofd zet vooral het kapitaal van de medische wereld in: kennis op zijn vakgebied, zijn medische en/of wetenschappelijke reputatie of de geldstromen die hij hiermee genereert. Als minpunten ervaart het afdelingshoofd zijn gebrek aan financiële en managementkennis, aan informatie en de grote afstand tot de raad van bestuur. Op deze zwakke punten voelt hij zich overtroefd door de managementwereld die een korte informatie lijn met de raad van bestuur heeft en meer kennis en informatie heeft op het gebied van financiën en management.

Om werkelijk een brug te kunnen vormen tussen twee werelden, mist het afdelingshoofd dus een stevig fundament in de managementwereld. Hij mist naast kennis ook informatie, die hem soms onthouden wordt, en een voldoende dienstbare ondersteuning door de managementwereld.

Via het afdelingshoofd probeert de medische wereld haar stempel op de managementwereld te drukken. Opgenomen in de managementhiërarchie, kunnen sommige specialisten meer invloed uitoefenen dan andere. Toch lijkt de invloed van de medische

wereld als geheel in de organisatie af te nemen. Afdelingshoofden ervaren een beperkte betrokkenheid bij de strategische beslissingen in de organisatie en de medische wereld lijkt verdeeld geraakt.

Het optreden van het afdelingshoofd in zijn groep wordt door zijn relatie met het management beïnvloed door de logica van die wereld. Het afdelingshoofd moet het spel in de managementwereld voldoende begrijpen om enigszins mee te kunnen spelen, zodat hij de zaakjes voor zijn groep kan regelen. Er wordt druk op de afdelingshoofden uitgeoefend om zich meer als managers te ontwikkelen en te gedragen. Het opnemen van afdelingshoofden in de organisatiehiërarchie kan dan ook gezien worden als een pedagogische activiteit van het management.

We horen via het afdelingshoofd de stem van de managementwereld klinken, en soms beïnvloedt die in de besluitvorming de logica van de medische wereld. Het afdelingshoofd volgt managementopleidingen en wordt aangespoord managementinstrumenten te gebruiken, zoals kwaliteitsbeleid en het voeren van functioneringsgesprekken. Managementopleidingen kennen ook een verborgen curriculum: behalve kennis, *tools* en taal, dragen zij nog iets anders over: de logica van de managementwereld (Oakes 1998, Townley 1997).

De wijze waarop het afdelingshoofd managementinstrumenten gebruikt, laat de invloed van die logica zien, maar ook de mate waarin de medische habitus zich daartegen teweer stelt. Het afdelingshoofd voert bijvoorbeeld functioneringsgesprekken en benadrukt daarmee zijn positioneel hiërarchische positie en de logica van de managementwereld. In de wijze waarop hij deze gesprekken voert, herkennen we echter vooral de logica van de medische wereld. Het afdelingshoofd modelleert het instrument naar de collegiale omgangsvormen en kan vooral invloed uitoefenen als hij wordt beschouwd als *wise man*.

Hij kan managementinstrumenten bovendien gebruiken om het opportunisme van de staf te beteugelen. We spreken wel over het professionele geweten van de arts en de zelfregulatie in de groep, maar hebben niet de intentie deze heilig te verklaren; we zagen ook de keerzijde en de beperkingen ervan. Als het geweten of de zelfregulatie faalt, kan het afdelingshoofd soms juist concrete afspraken maken en eisen aan stafleden stellen volgens de logica van de managementwereld. Hij heeft daarbij meer kans op succes als hij zich kan baseren op de afspraken of eisen vanuit de organisatie. Door van buiten gestelde, pseudo-objectieve, criteria te gebruiken, zijn de collegiale verhoudingen minder in het geding (vergelijk ook Boyd 1998).

Het verkeren in twee werelden stelt het afdelingshoofd ook voor dilemma's. Soms moet hij kiezen tussen de verschillende, bij tijd en wijle tegenstrijdige, waarden van de twee werelden. Het belang van zijn staf kan tegenstrijdig zijn met dat van de organisatie. Dat

geldt ook voor het patiëntenbelang. Deze dilemma's raken aan de kern van de medische habitus.

Zo beweegt het afdelingshoofd zich met vallen en opstaan tussen zijn eigen medische wereld en de managementwereld. Hij moet de logica van het management kunnen begrijpen om een brug tussen twee werelden te vormen en ook een *two-way window* te kunnen zijn (Llewellyn 2001). Hij moet als het ware tweetalig zijn om zijn positie als *spokesman* naar beide kanten waar te maken. Hij is als een Januskop met twee gezichten die verschillende kanten op kijken, naar twee werelden met verschillende, vaak tegenstrijdige logica's. Toch lijkt de logica van de managementwereld niet echt tot zijn tweede natuur te gaan behoren. Hij vertegenwoordigt vooral de belangen van zijn stafgroep in de managementwereld, meer dan andersom. De medische logica blijft dominant, meer eigen. Hij begrijpt de taal van de managementwereld tot op zekere hoogte, maar het wordt nooit zijn moedertaal. We stellen vast dat het afdelingshoofd in het algemeen niet zo iets als een managementdispositie ontwikkelt.

Het afdelingshoofd moet zich ook niet te veel met de managementwereld vereenzelvigen: dan kan hij zijn recht tot spreken verliezen, zet hij zijn lidmaatschap van de groep op het spel en daarmee zichzelf en zijn meerwaarde binnen zijn groep.

De medische habitus is zeer bepalend voor de gezags- en collegiale verhoudingen in de groep en bepaalt ook sterk de mogelijkheden en onmogelijkheden van het leidinggevende afdelingshoofd. De kracht en eigenheid van deze habitus hebben bovendien consequenties voor de relatie van het afdelingshoofd met andere werelden, zoals de managementwereld. De medische habitus beïnvloedt zo het repertoire waarmee het afdelingshoofd invloed kan uitoefenen en de vragen en dilemma's waar hij voor gesteld staat, zowel binnen de medische wereld als in relatie tot de managementwereld.

7.3 Reflectie op het begrippenkader van Bourdieu

'The peculiar difficulty of sociology, then, is to produce a precise science of an imprecise, fuzzy reality. For this, it is better that its concepts be polymorphic, supple, and adaptable, rather than defined, calibrated, and used rigidly.'

(Bourdieu & Wacquant 1992: 23)

Het begrippenkader van Bourdieu is fascinerend, maar niet meteen doorzichtig. Het was lastig om greep te krijgen op zijn concepten. Dergelijke kritiek op Bourdieu is meer geuit. Hij zou zijn begrippen slordig gebruiken en hanteert soms meerdere definities voor dezelfde begrippen. In hoofdstuk 2 gaven we al aan dat zijn verschillende definities van kapitaal verwarring geven: kapitaal dat zich in uiteenlopende vormen vertoont

en dan ook nog verschijnt als symbolisch kapitaal (Jenkins 1992/2002). De poging van Bourdieu om met zijn concepten zoveel mogelijk de complexiteit van de sociale werkelijkheid te omvatten, maakt het ook ingewikkeld. Het is lastig een evenwicht te vinden tussen een simpel model dat de werkelijkheid niet meer representeert en een te ingewikkeld model dat niet meer als zodanig is te gebruiken. Aan de andere kant is de sociale wereld niet afgebakend en niet met eenduidige regels theoretisch dicht te timmeren. Bourdieu's instrumenten bieden in dat opzicht ruimte.

Ook wij hebben in dit onderzoek met de verschillende definities van concepten geworsteld, bijvoorbeeld met het onderscheid tussen de begrippen cultureel en symbolisch kapitaal. Beide vormen van kapitaal verhullen kapitaal te zijn, waardoor de grens tussen deze vormen niet goed is aan te geven. Dit maakte het gebruik in de praktijk onwerkbaar. We hebben een eigen definitie gehanteerd om deze begrippen in het operationaliseren bruikbaar te maken, waarbij we niet meer spreken over symbolisch kapitaal. De habitus als cultureel kapitaal maakt iemand tot een vanzelfsprekende inwoner van een bepaalde wereld. Bij excelleren kan cultureel kapitaal een bron van gezag vormen en de gezagsverhoudingen in een bepaalde wereld beïnvloeden. Ook hebben we met de collegiale dispositie een relatie gelegd tussen cultureel en sociaal kapitaal. Hier gaan we bij de reflectie op disposities nader op in.

Achteraf heeft vooral het gebruik van zijn concepten in de praktijk helderheid geschapen. Tijdens de analyse van het empirisch materiaal kregen we steeds meer greep op zijn gedachtegoed. Zo is er ook bij de onderzoeker van een socialisatieproces sprake geweest, waarin zich een 'Bourdieu habitus' ontwikkelde.

Het was ook goed om de concepten in relatie tot elkaar te gebruiken, we gaven dit al aan bij de vergelijking van disposities met die van Sinclair. Alleen zo is het mogelijk de verschillende niveaus van analyse te verbinden.

De balans slaat wat ons betreft door naar de positieve kant. Deze manier van analyseren hielp om praktijken en belangen van mensen te verbinden en te begrijpen. We kregen inzicht in het spel dat in een specifiek veld, de medische wereld in dit geval, gespeeld wordt. Het leverde middelen en taal om impliciete en ongeschreven zaken meer expliciet en meer inzichtelijk te maken. De instrumenten van Bourdieu bieden een veelomvattend kader dat het mogelijk maakt verschillende niveaus van analyse bij elkaar te brengen. Het gaat dan om micro- en macroniveau, om de relatie tussen objectieve structuren van een veld en de subjectieve disposities die individueel of gemeenschappelijk zijn, om de relatie tussen het individu en de groep en die tussen meerdere velden.

Bourdieu's instrumenten waren zeker ook behulpzaam bij het handhaven van afstand tussen het onderwerp van onderzoek en de onderzoeker. Gebruik van zijn concepten stelt de eigen vanzelfsprekendheden ter discussie, helpt de blik te verruimen en oogkleppen op te sporen.

Dit heeft ook een keerzijde. Als we spreken over de 'Bourdieu habitus' als een systeem van schema's waardoor we de wereld waarnemen en waarderen, kunnen we ook de vraag opwerpen wat deze schema's ons niet laten zien. Er ligt een wereldbeeld ten grondslag aan zijn concepten en zijn sociologische methode: de wereld is een strijdtooneel, ook al is de strijd niet altijd zichtbaar, maar verhuuld. In dit onderzoek was er inderdaad sprake van strijd, en bevestigd de praktijk dit beeld van Bourdieu. Maar wat hebben we niet gezien? Een moeilijk te beantwoorden vraag.

Wat op de achtergrond dreigt te raken is een bepaalde inhoud, zoals in dit onderzoek de specifieke medisch-inhoudelijke kennis en vaardigheden en de individuele verschillen hierin, zoals talent. Bourdieu spreekt wel over meesterschap, dat kan blijken uit het vermogen tot improvisatie en waardoor men binnen een specifieke wereld een hoge positie in kan nemen, maar dit betreft vooral een sociaal vermogen tot improviseren bij het toepassen van strategieën. De focus ligt meer op het EQ (Goleman 1995), de sociale antenne, dan op het IQ. Het sociale vermogen van een individu is meer of minder ontwikkeld door de relaties en omgeving waarin hij is opgegroeid en opgeleid. Zijn sociale antenne bepaalt hoe hij zijn eventuele kennis en vaardigheden inzet en etaleert. Deze kennis en vaardigheden worden daarmee arbitrair; kapitaal en spelregels van een toevallig spel, uitgevonden om dat te doen waar het bij mensen volgens Bourdieu eigenlijk omgaat: het verwerven van een goede positie in de groep en het nastreven van eigen belang.

Deze manier van kijken naar de sociale wereld bezorgt je in eerste instantie een gevoel van kilte. Voor Bourdieu bestaan er geen objectieve deugden, ook niet het altruïsme van de arts. De professionele dispositie betekent wel dat de arts zich verantwoordelijk voelt voor een patiënt, diens belang voorop stelt en dat hij zijn uiterste best doet, eventueel ten koste van zichzelf. Maar uiteindelijk is dit eigen belang. De beschikking over dit kapitaal is een bron van macht en staat in dienst van het verwerven van een bepaalde positie in deze wereld, of misschien wel in het grotere machtsveld van de maatschappij. Partijen werken alleen maar samen als beide hierbij iets bij te winnen hebben, anders overheerst al snel de strijd. Het gaat uiteindelijk, al dan niet bewust, alleen om het nastreven van eigenbelang. Gevoelens, ook 'nobeles', spelen een ondergeschikte rol en moeten beschouwd worden als een signaal waarmee de habitus anticipeert op de interactie met het veld en zo nodig zijn strategieën hierop aanpast.

De keerzijde van die kilte is de neutraliteit van deze manier van kijken: iedereen streeft een betere positie na en dat geldt voor elke wereld. Meer of minder verhuuld, al dan niet bewust. Voor de analyse van de sociale wereld kan deze manier van beschouwen daarom een meerwaarde hebben: het kan helpen met meer afstand de waarden en belangen van de betrokkenen in die wereld, in kaart te brengen. Met het inzicht dat dan ontstaat, kan de analyse op een ander niveau plaatsvinden. En dan kan men alsnog een oordeel over juistheid en ethiek vellen. Bourdieu zei hier zelf over:

‘Ook ik vraag me wel eens af of het volkomen doorzichtige en onttoverde sociale universum van een volledig ontwikkelde sociale wetenschap (die dan ook nog eens maximaal verbreid zou moeten zijn) eigenlijk niet onleefbaar is. Ondanks alles geloof ik echter dat sociale betrekkingen veel minder ongeluk zouden brengen als de mensen althans die mechanismen zouden beheersen via welke ze bijdragen aan hun eigen ellende.’

(Bourdieu 1989f: 47-48)

Aan de basis van zijn visie op een veld als strijdtoneel ligt de betrokkenheid van Bourdieu met het opkomen voor de *underdog*, die als vanzelfsprekend zijn plaats lijkt te accepteren. Door inzicht te geven in de mechanismen die aan ‘slechte’ posities bijdragen, kunnen onderzoekers juist voor degenen die ‘onderliggen’ iets betekenen. Dit verklaart misschien waarom hij zo graag de vanzelfsprekendheid van de gevestigde orde ter discussie stelde.

Op enkele concepten gaan we hier nader in. Dat doen we om de meerwaarde ervan in de context van deze studie te onderstrepen, maar ook om aan te geven wat we hebben gemist en zouden willen toevoegen: de conversie van de habitus, disposities, de organisatie als machtsveld en *wise man* en *spokesman*.

Conversie van de habitus

Bourdieu zelf zegt dat er twee manieren zijn waarop conversie van de habitus tot stand kan komen: door verandering van externe condities en door socioanalyse.

Ons onderzoek bevestigt dat de verandering van externe condities bijdraagt aan een conversie van de habitus. Het ontstaan van de medische habitus als een *second birth* relateerden we aan de kracht en impact van het socialisatieproces¹. Die wordt sterk bepaald door de externe condities, intensiteit en afsluiting van de rest van de wereld en door een sterk hiërarchische verhouding tot de pedagogische autoriteit. Een conversie van de habitus van het afdelingshoofd lijkt aannemelijk. Deze conversie brachten we in verband met een andere positie in zijn groep ten gevolge van zijn leidinggevende taak.

Een punt van kritiek op Bourdieu is dat zijn concept van de habitus statisch is (Jenkins 1992/2002). Bourdieu benadrukt inderdaad dat de habitus zich in principe verzet tegen verandering: niet als bewuste strategie, maar juist omdat de habitus de wereld beziet in vanzelfsprekendheid en zaken ordent volgens bekende fenomenen. Dit is het resultaat

¹ Mogelijk zijn er zelfs fysieke substraten te vinden voor de schema's van waarneming en waardering van de habitus en diens conversie, zoals we af kunnen leiden uit het artikel 'What is different about a radiologist's brain?' (Haller, Radue, 2005). In deze studie werden hersenactiviteiten onderzocht (met MR - magnetic resonance - onderzoek) bij ervaren radiologen en niet-radiologen bij het bekijken van radiologische en niet-radiologische beelden. De conclusie luidde dat bij iemand met radiologische ervaring een selectieve hersenactiviteit optreedt als hij radiologische beelden ziet en dat bij hen ook het visuele systeem in het algemeen een verandering heeft ondergaan.

van het socialisatieproces waarin de habitus tot stand komt en waarin de historie en structuren zich steeds opnieuw voortplanten. De vraag of de habitus de externe structuur volgt of andersom, is de vraag naar wat er eerder was: de kip of het ei. Ook het fenomeen dat veranderingen niet makkelijk tot stand te brengen zijn en niet makkelijk te plannen zijn, kan dit ondersteunen (Boonstra 2000).

Hoewel ons onderzoek een conversie van de habitus juist aannemelijk maakt, begrijpen we de kritiek op het statische karakter van de habitus wel. We vermoeden dat de kritiek op de Franse socioloog verband houdt met de geringe aandacht die hij schenkt aan de wijze waarop externe condities de habitus beïnvloeden. Hierdoor blijft iets essentieels onderbelicht: het belang van schaamte en gezichtsverlies voor een conversie van een eerdere habitus. Ook in ons onderzoek blijkt dat schaamte en het voorkomen van gezichtsverlies een functie hebben bij de vorming van de medische habitus. Bij de volwassen habitus speelt het voorkomen van gezichtsverlies, ook bij de ander, een rol in de sociale controle.

Elias gaat hier juist wel op in en spreekt van de pijnlijke drempels, die om verschillende redenen kunnen veranderen en bijdragen aan veranderingen in de habitus als tweede natuur (Elias 2001). Scheff noemt de rol van schaamte een universeel mechanisme dat bijdraagt aan *bonding* van mensen in een groep (Scheff 2003). Goffman beschrijft hoe het voorkomen van *losing face* bij de ander, interacties beïnvloedt (Goffman 1967). Deze belangrijke conditie zou daarom een meer prominente plaats in het gedachtegoed van Bourdieu moeten hebben.

De conversie van de habitus door externe condities gebeurt min of meer onbewust. Dit is in tegenstelling tot socioanalyse: kennis nemen van de analyse van de sociale wereld. De claim dat socioanalyse bijdraagt aan conversie van de habitus, betekent simpelweg: inzicht helpt. Dat is misschien ook wat wetenschap beoogt en hoopt: dat de verworven inzichten richting geven en bijdragen aan verandering. Dat geldt ook voor deze studie. Socioanalyse is dan een manier om de conversie van een habitus sneller te laten verlopen, waarbij bewustwording een belangrijke rol speelt. Windolf vermoedt dat naarmate iemands habitus eerder, langer en meer onbewust tot stand is gekomen, die persoon zich eerst van deze onderbewuste disposities bewust moet worden, voor een conversie kan plaatsvinden (Windolf 1981).

Ofschoon ze op zichzelf geen onderwerp van studie waren in dit onderzoek, zouden de intervisiebijeenkomsten dit kunnen illustreren. Door reflectie kan men zich bewust worden van de strategieën die op onbewust niveau het gedrag bepalen. Door reflectie kan men een *misfit* op het spoor komen, bijvoorbeeld als de strategieën en daaruit voortvloeiende handelingen niet leiden tot het gewenste resultaat. Daardoor verandert de perceptie, de waarneming. Dit kan aanleiding geven tot ander gedrag.

Disposities

In dit onderzoek hebben we de definitie van disposities vrij letterlijk genomen en hebben we afzonderlijke, welomschreven disposities gedefinieerd.

Hoewel we het model nu misschien te simpel hebben gemaakt, heeft deze aanpak wel voordelen. Bourdieu gebruikt zoveel tekst en nuances, dat je soms door de bomen het bos niet meer ziet. In onze aanpak is het mogelijk meer eenduidige inzichten met betrekking tot de medische habitus over te brengen. Hier zouden ook andere onderzoekers voordeel bij kunnen hebben. Het maakt het makkelijker om vergelijkingen te maken met bijvoorbeeld andere professies. De klinische dispositie kunnen we bijvoorbeeld als vakinhoudelijke dispositie beschouwen, die in een andere professie een andere inhoud zal krijgen. Dat geldt ook voor de wetenschappelijke dispositie. De professionele dispositie kunnen we zien als de wijze waarop het professionele geweten functioneert.

De collegiale dispositie verdient in onze ogen een prominentere plaats, omdat zij een algemene geldigheid heeft. Deze dispositie staat in dit onderzoek voor de manier waarop de individuele dokter zich tot de groep verhoudt en andersom. Zij verbindt cultureel en sociaal kapitaal en zo het niveau van het individu met de groep. Hoe meer een individu zich deze dispositie als tweede natuur eigen heeft gemaakt, des te meer sociaal kapitaal levert hem dit op. Het gaat hier om de relaties van het individu met anderen. In elke wereld, en dit beperkt zich niet tot de professionele werelden, verhoudt een individu zich tot de groep. Door deze collegiale dispositie expliciet te benoemen, kunnen we in feite de claim van Bourdieu, dat zijn concepten verschillende analyseniveaus verbinden, meer onderbouwen. Zo wordt begrijpelijk hoe in zijn concepten het individu via de habitus verbonden is met de externe sociale structuur, de wereld waarin hij verkeert.

Ook in dit onderzoek vonden we het principe van reciprociteit bij het investeren in de groep – via diensten of giften – als essentieel (zie ook Komter 2003). Door dit te verbinden met een groepsdispositie – in dit onderzoek de collegiale dispositie – kunnen bijbehorende strategieën geanalyseerd worden. Meer in het bijzonder geeft dit inzicht in de kracht en de geslotenheid van een bepaalde wereld en kunnen we vergelijkingen maken met andere werelden.

De organisatie als machtsveld

Bourdieu heeft geen organisaties onderzocht, maar met deze studie concluderen wij dat zijn concepten zich daar goed voor lenen. Dit sluit aan bij zijn opvatting dat hij niet zozeer pretendeert een theorie *in stricto sensu* te hebben ontwikkeld, maar meer een sociologische methode.

We hebben de keuze gemaakt de organisatie als een machtsveld te beschouwen omdat een ziekenhuis meerdere werelden bevat en we hiermee de positie van de medische professionele wereld kunnen vergelijken met een andere wereld. We kunnen ons voor-

stellen dat voor onderzoek dat een groter veld bestrijkt, zoals de gezondheidszorg, een andere aanpak zinniger is. Het ziekenhuis kan dan zelf beschouwd worden als één veld temidden van een groter machtsveld.

Het bezien van een ziekenhuis als machtsveld en de wijze waarop verschillende werelden hierin acteren en zich tot elkaar verhouden, geeft inzicht in wat er in deze relatie op het spel staat. Hiermee komt het accent op de verschillen en minder op de overeenkomsten tussen deze twee werelden.

Het begrip *pedagogic activity* kreeg in dit onderzoek een extra lading. Deze term verwijst naar activiteiten die onderdeel uitmaken van het socialisatieproces, dat binnen één bepaalde wereld plaatsvindt. We hebben deze term ook gebruikt voor de invloed die verschillende werelden onderling op elkaar proberen uit te oefenen, al dan niet bewust. Hiermee kwamen bepaalde kwesties in een ander daglicht te staan, zoals managementopleidingen voor professionals en het gebruiken van managementinstrumenten.

Wise man en spokesman

Bourdieu had weinig expliciete aandacht voor het vervullen van leidinggevende taken. Hij gebruikt de kapitaalsconcepten en de begrippen *wise man* en *spokesman* om manieren van domineren inzichtelijk te maken (Bourdieu 1990). Deze concepten zijn nauw verbonden met de individuele en gemeenschappelijke habitus in een specifieke wereld. We hebben de begrippen *wise man* en *spokesman* in dit onderzoek goed kunnen gebruiken om de betekenis van leidinggeven in de medische wereld duidelijk te maken, maar ook in relatie tot een andere wereld.

Deze manier van kijken heeft rijk materiaal opgeleverd: strategieën van leiders ten opzichte van hun volgers en ten opzichte van een andere wereld. Ook gaf het inzicht in de dilemma's die een dergelijke positie met zich mee brengt. We concludeerden dat een conversie van de habitus ten gevolge van een leidinggevende taak mogelijk is.

De leidinggevende taak van het afdelingshoofd op de grens van twee werelden hebben we vooral bekeken vanuit het perspectief van de medische wereld. Hiermee kunnen we onvoldoende zeggen over zijn invloed op de managementwereld zelf. In hoeverre dragen deze *spokesmen* nu precies bij aan besluitvorming op strategisch niveau van de organisatie?

We verwachten dat de gehanteerde concepten voor een analyse op een ander niveau ook goed bruikbaar zijn. In de verschillende werelden zullen verschillende vormen van kapitaal een rol spelen, maar soms een andere inhoud hebben. Hiermee kan wel duidelijk worden welk kapitaal op organisatieniveau de meeste waarde heeft in de strategische keuzes.

7.4 Reflectie op het onderzoek

Eerst reflecteren we op de aanpak van het onderzoek en de onderzoeksbevindingen, daarna op de rol van de onderzoeker.

Reflectie op onderzoek

In hoofdstuk twee bespraken we de voor- en nadelen van een diepgaand onderzoek in één onderzoekssetting. Wat had een onderzoek op meer locaties kunnen opleveren? Bepaalde inzichten zouden met meer kracht geponeerd kunnen worden, andere inzichten hadden juist meer nuance kunnen krijgen.

We verwachten dat er veel overeenkomsten zijn met andere universitaire centra, vooral wat betreft het functioneren van de medische groepen en ook wat betreft de leidinggevende taak van afdelingshoofden. Dit bleek ook uit de ervaringen van afdelingshoofden en stafleden die in andere UMC's werkzaam zijn geweest. Accentverschillen zouden verklaard kunnen worden uit geringe verschillen in de organisatiestructuur.

Vergelijken we dit UMC met algemene ziekenhuizen, dan is er een aantal verschillen. Algemene ziekenhuizen kennen meestal nevenschikking van medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie. Dit kan gevolgen hebben voor de rol van het stafbestuur en de machtsbalans tussen beide werelden. Er zullen langere lijnen zijn in een groot en meer bureaucratisch UMC en de rol van geld zal anders zijn bij specialisten in dienstverband dan bij vrijgevestigde specialisten. De hiërarchie binnen een groep zal in een universitair centrum meer uitgesproken zijn. Een ander verschil tussen het afdelingshoofd en een voorzitter van een maatschap is waarschijnlijk de aard van de leidinggevende taak.

Misschien is een universitair medisch centrum vergeleken met een algemeen ziekenhuis wel enigszins als een karikatuur te beschouwen, omdat er vanuit de historie meer uitgesproken hiërarchische verhoudingen zijn. Het voordeel hiervan kan zijn dat bepaalde aspecten juist meer zichtbaar zijn geworden. Bovendien hebben de meeste artsen en specialisten tenminste een deel van hun opleiding in universitaire centra gevolgd en zijn daar dus ook gesocialiseerd. We constateerden al dat we op basis van verschillende studies kunnen spreken over dé gemeenschappelijke medische habitus. We denken daarom dat inzicht in de manier waarop de medische habitus de leidinggevende taak beïnvloedt, een bredere geldigheid kan hebben. Ook in een andere setting kunnen zij van waarde zijn, bijvoorbeeld bij keuzes met betrekking tot het leiderschap in een medische groep en het beoordelen van de mogelijkheden en beperkingen hiervan. Misschien gaan ook topklinische ziekenhuizen qua organisatiestructuur steeds meer op lijken op de UMC's, zeker naarmate meer specialisten in dienstverband werkzaam zijn.

Deze studie heeft zich vooral gericht op het vinden van algemene patronen en overeenkomsten. Daardoor is de invloed van individuele verschillen en die tussen specialismen

bijvoorbeeld, meer op de achtergrond is gebleven. Ook zijn de man-vrouw verschillen niet betrokken in het onderzoek, ook uit overwegingen van anonimiteit. Een ander aspect betreft de patiënt. Het heeft iets wonderlijks dat in een studie over de medische wereld de patiënt nauwelijks in beeld komt. Het kan betekenen dat een specifieke dispositie die zich vooral in de relatie met de patiënt manifesteert in dit onderzoek niet zichtbaar werd.

De onderzoeker: balanceren tussen werelden

Na afloop van een intervisiebijeenkomst, de anderen waren reeds vertrokken, vertelde een afdelingshoofd hoe hij in zijn divisie de ervaring had dat de niet-medische manager hem slecht nieuws boodschappen kwam vertellen, en niet zijn divisievoorzitter. Hij had begrepen dat dit in een andere divisie ook zo ging. Wat ik daarvan vond. Tja, wat vond ik daarvan. Eerder vond ik dat afdelingshoofden en divisievoorzitters dit soort gesprekken zelf moesten doen, misschien wel vanuit het idee dat ze alles zelf kunnen en daar geen directeur voor nodig hebben. Maar inmiddels wist ik dat niet meer zo zeker: misschien was deze aanpak niet zo gek, als hiermee de collegiale verhoudingen intact bleven. Ik antwoordde oprecht: 'Ik weet eigenlijk niet wat ik daar van moet vinden'. Het afdelingshoofd begon te lachen en zei: 'Dat vind ik nou leuk, dat jij het niet weet. Ik ben wel bang dat de directeur hiermee een te grote machtspositie krijgt....'

Reflectie door de onderzoeker op de eigen rol is niet altijd vanzelfsprekend bij het presenteren van wetenschappelijk onderzoek. In medisch wetenschappelijk onderzoek kan men bijvoorbeeld discussiëren over aanpak, opzet of gebruikte methoden, maar de invloed van en de interpretatie van de onderzoeker als sociaal persoon blijft in het algemeen buiten beeld. In een onderzoek van de sociale wereld speelt de wijze waarop de onderzoeker zich tot die wereld verhoudt, een belangrijke rol. De onderzoeker verzamelt niet zozeer data, maar produceert deze als het ware. Reflectie op de onderzoeker zelf is daarom van cruciaal belang en om die breuk concreet te markeren stap ik, alleen in deze paragraaf, af van de tot nu toe gebruikte *pluralis modestiae*. Niet uit narcisme of arrogantie, maar om duidelijk te maken hoe men de gepresenteerde resultaten op waarde zou kunnen schatten.

In hoofdstuk 2 heb ik geschetst, dat ik op twee manieren een onderzoeker van binnen-uit ben: zelf afkomstig uit de medische wereld, die onderwerp van onderzoek is en bovendien in de onderzoekssetting werkzaam als adviseur van de in het onderzoek betrokken afdelingshoofden. In de medische wereld is het niet ongebruikelijk om onderzoek te doen bij de patiënten die je zelf behandelt. Bovendien werd, zoals verwacht, hierdoor het onderzoek vergemakkelijkt. Er was voldoende vertrouwen en een lage drempel om toegang te krijgen. Een ander voordeel was dat ik gevonden inzichten steeds in mijn eigen praktijk kon toetsen. Daarnaast was het een voordeel vertrouwd te zijn met het jargon en de gebruiken in de medische wereld. Het verkort de benodigde

inwerk- en observatietijd als je bij een visite of patiëntenbespreking ook inhoudelijk meteen alles begrijpt wat er gezegd en gedaan wordt. Het effect daarvan was wel, dat ik soms zo door de inhoud van het verhaal van een bijzondere patiënt gegrepen was, dat het eigenlijke doel van mijn aanwezigheid voor mijzelf even naar de achtergrond verdween.

Hoewel ik al enige jaren meer afstand ten opzichte van de medische wereld heb, zal dit ongetwijfeld enkele blinde vlekken opleveren. Het feit dat ik *teaching by humiliation* niet of nauwelijks heb waargenomen, kan om twee redenen een *artefact* zijn. Ten eerste omdat men terughoudend kan zijn met dergelijk gedrag als er een observator in de groep is. Ten tweede kan het zijn dat ik, zelf afkomstig uit de medische wereld, dit gedrag niet als zodanig waardeer en percipieer.

Ik realiseerde me in de loop van het onderzoek opeens hoe ik zelf als adviseur een vehikel ben voor pedagogische invloed op de medische wereld, bijvoorbeeld door afdelingshoofden te stimuleren functioneringsgesprekken te gaan voeren. Ik merkte hoe daarbij soms ook in mij de logica's uit twee werelden om voorrang streden en hoe lastig het dan is om het goede te kiezen.

In de volgende paragraaf keren we terug naar de praktijk waarin de onderzoeksvraag is ontstaan. Welke aanbevelingen kunnen we formuleren voor het handelen?

7.5 Terug naar de praktijk

Wat is de betekenis van de onderzoeksbevindingen voor de praktijk? In deze paragraaf vertalen we de gevonden inzichten in een aantal aandachtspunten. We gaan daarbij uit van de keuze voor een afdelingshoofd als medische *professional in the lead* in een universitair medisch centrum. We houden rekening met de kracht van de keuze voor een dergelijk leiderschap, maar ook met de geconstateerde spanningen en dilemma's. We bespreken de volgende aandachtspunten: het afdelingshoofd als *wise man* en *spokesman*, leren en blijven leren en balans tussen twee werelden.

Het afdelingshoofd als wise man en spokesman

We constateerden dat het afdelingshoofd als geaccepteerde *wise man* en *spokesman* veel invloed kan uitoefenen op de klinische activiteiten en het functioneren van de groep. Deze bevinding kunnen we vertalen in aandachtspunten voor het afdelingshoofd en de organisatie.

Het is belangrijk dat het afdelingshoofd gezien wordt als iemand die goed is in zijn vakgebied, ook door zijn eigen groep. Hij hoeft binnen de groep geen onnodige strijd aan te gaan met potentiële kroonprinsen. Een matige dokter die het managementcorvee mag doen, zal weinig invloed in de groep kunnen uitoefenen. Hij kan zijn gezag op peil

houden door voldoende tijd te krijgen en te nemen om collega te zijn en patiënten te zien. Afhankelijk van het specialisme betekent dat voldoende opereren, poli doen en in diensten meedraaien. Op deze wijze zal hij een autoriteit zijn waarnaar de staf luistert. Bovendien vergroot het de loyaliteit van de groep aan het afdelingshoofd.

De medische habitus als 'hulpmiddel' van het afdelingshoofd moet niet onderschat worden. Het afdelingshoofd kan veel invloed uitoefenen middels de collegiale omgangsvormen en *peer pressure*. Hij kan het functioneren van de groep bewaken door te interveniëren bij het eerlijk verdelen van rechten en plichten, bij – dreigende – conflicten en in besluitvorming. Wel is het belangrijk dat hij voldoende aanwezig is. Met dit repertoire krijgt zijn leidinggevende taak de hele dag, in allerlei praktijken, vorm. Dit moet je niet klakkeloos vervangen door louter managementmethoden.

Zowel staf als afdelingshoofd kunnen baat hebben bij het voeren van functionerings- of jaargesprekken. Men kan vertrouwelijke kwesties uitwisselen waar in de groep geen plaats voor is en elkaar informeren over de gang van zaken in het werk. Ook bieden de gesprekken de gelegenheid om te bespreken hoe het werk van het staflid zich verhoudt tot het geheel. Het afdelingshoofd kan op collegiale wijze ook zaken die minder goed lopen aan de orde stellen en zo minder geaccepteerd gedrag enigszins beïnvloeden. Deze gesprekken hebben vooral effect als het afdelingshoofd wordt gerespecteerd als *wise man*. Als managementinstrument kunnen ze een rol spelen bij opportunisme van de staf, mede door het vaste dienstverband. Voor een ontslagtraject is het gesprek slechts gedeeltelijk geschikt.

Het lijkt voor geen van de betrokkenen – het afdelingshoofd zelf, de staf en de organisatie – wenselijk dat een afdelingshoofd voor de rest van zijn leven benoemd wordt. Dit geldt nog sterker als het om een jong afdelingshoofd gaat. Wat te doen? Een roulerend afdelingshoofdschap met terugtreden in de staf, vergelijkbaar met het voorzitterschap van een maatschap is geen voor de hand liggende optie vanwege de veronderstelde conversie van de habitus. Een mogelijke oplossing is op voorhand al te bepalen dat het afdelingshoofdschap beperkt van duur kan zijn. Na bijvoorbeeld vijf jaar kan men de balans opmaken en in overleg bewust besluiten tot een nieuwe en laatste periode van vijf jaar, of niet. Stoppen kan dan met minder gezichtsverlies gepaard gaan.

De carrière na het afdelingshoofdschap staat al vanaf de introductie van deze functie op de agenda van zowel het bestuur als het afdelingshoofd zelf. Zo kan in een vroeg stadium met gewenste alternatieven rekening gehouden worden. Afdelingshoofden blijven een bepaalde expertise houden tijdens het hoofdschap om mogelijk te maken dat ze daarna een stap zetten, in welke richting dan ook. Hiervoor kan ook de organisatie voorwaarden scheppen, bijvoorbeeld door ruimte te reserveren voor afdelingsoverstijgende werkzaamheden in patiëntenzorg, onderwijs/opleiding of onderzoek.

Mede hierom zijn regelmatige gesprekken tussen raad van bestuur en afdelingshoofd

den van belang. Daarnaast kunnen deze gesprekken gebruikt worden om over en weer informatie uit te wisselen of om, zo nodig, ‘ongewenst gedrag’ op de agenda te zetten.

Leren en blijven leren

Er is kritiek op de wijze waarop toekomstige artsen worden opgeleid: er vallen mensen tijdens dit traject uit de boot, ze worden onheus bejegend of krijgen psychische klachten. Mede om aan die kritiek tegemoet te komen wordt die opleiding geprofessionaliseerd. Dat betekent vooral dat men tracht meer te expliciteren en te formaliseren. Men probeert woorden te vinden voor veel ongeschreven kennis en regels en zo het informele curriculum in het formele te transformeren. Er is aandacht voor expliciet *feedback* geven aan assistenten. Dit kan effect sorteren: niet alleen door het toepassen van de spelregels waaraan goede *feedback* voldoet, maar ook doordat hiermee gesprekken goed voorbereid worden en de *feedback*gever meer geneigd zal zijn de *feedback* goed te expliciteren. Maar sommige dingen blijven lastig expliciet te maken voor de opleider. Heel goed zien dat er iets niet goed gaat, betekent lang niet altijd dat hij dit duidelijk onder woorden kan brengen. Bovendien is hiermee nog niet gezegd dat iemand kan veranderen. Dit is soms ook een dilemma in het beoordelen: wanneer kun je of mag je zeggen dat iemand niet ‘leerbaar’ is? Moet iedereen dokter kunnen worden? Dit is vooral lastig als het over aspecten van iemands houding gaat, de grondslag van de collegiale of professionele dispositie.

We zetten nog twee andere kanttekeningen bij deze tendens om te expliciteren en te formaliseren. Die kan bijdragen tot het professionaliseren van de opleiding, maar legt ook een eenzijdig accent. Het betreft ideaaltypische formuleringen, gewenste competenties, die suggereren de hele geneeskunde te omvatten. De aandacht voor gewenste competenties verdoezelt mogelijk aspecten die niet geëxpliciteerd kunnen worden, gezien de kenmerken van het vak en de wijze waarop je dat leert. Papier is geduldig, maar de aandacht moet niet afgeleid worden van de manier waarop in de praktijk nu eenmaal geleerd wordt. Zo staat er niets over de gezagsverhoudingen, terwijl deze in de praktijk belangrijk zijn: het roept grote irritatie op als het gevoel voor deze verhoudingen bij de arts in opleiding ontbreekt. Bovendien ligt hier de veronderstelling aan ten grondslag dat explicitering en formalisering altijd beter zijn dan de ‘verborgen’ manier van leren. Dit kan leiden tot een veronachtzaming voor deze manier van leren: ‘schemes are able to pass directly from practice to practice without moving through discourse and consciousness.’ (Bourdieu 1990: 74). Pratt toont aan dat met name informele *feedback* en het wandelgangencircuit het meest van invloed zijn op het aannemen van de medisch professionele identiteit en de sterke gemeenschappelijke cultuur (Pratt e.a. 2006). De kracht van deze mechanismen staat niet in verhouding tot allerlei formele beoordelingen. Als tegengas tegen het competentiedenken, willen we hier een lans breken voor het belang van de belangrijkste wijze waarop nu ook al geleerd en bijgestuurd

wordt in de praktijk, in het verborgen curriculum. Dit betreft zowel het overbrengen van het klinisch denken en handelen, als de wijze waarop men geacht wordt zich professioneel en collegiaal te gedragen. Alle specialisten zouden zich hier goed van bewust moeten zijn, omdat dit verborgen curriculum de hele dag door in de praktijk plaatsvindt, ook als staf en arts-assistenten zich dit niet bewust zijn.

We willen ook krachtig pleiten voor het houden van patiëntenbesprekingen in elke medische groep, ongeacht of het een opleidingssetting betreft. In patiëntenbesprekingen worden niet alleen assistenten getoetst en opgeleid: ook de staf toetst elkaar, blijft leren en maakt zo het belang van het blijven leren duidelijk. De patiëntenbespreking kan gezien worden als een vorm van *reflective practice* (Schön 1983/1999). Mensen gaan reflecteren wanneer *knowing-in-action* – de kennis waarmee iemand zijn werk doet – leidt tot een onverwachte uitkomst of verbazing. Dat kunnen twee soorten reflectie zijn: *reflection-in-action*, het bedenken tijdens de activiteit hoe deze aan te passen en *reflection-on-action*: deze reflectie volgt na de ervaring en betekent dat de praktijk wordt omgezet in een leerervaring. Dit laatste proces vindt plaats in een patiëntenbespreking en daar kunnen zowel assistenten als staf van profiteren. Zoals Kenny e.a. het formuleren: ‘Excellence in professional practice is learned in and through experience and critical reflection on its expression in the clinical encounter’ (Kenny 2003: 1209). Dergelijke besprekingen sluiten aan bij een gekende praktijk in deze wereld, dragen bij aan toetsing en zelfregulatie in de groep en zouden wel eens meer invloed kunnen hebben dan het aantrekken van formele controleteugels. Het betekent dat het appèl op aanwezigheid bij deze besprekingen niet alleen voor assistenten geldt, maar ook voor de specialisten: deze moeten ervan doordrongen zijn of worden hoe nuttig hun aanwezigheid is, voor zowel de groep als henzelf. Dit kan lastig zijn in de praktijk. Toch is het makkelijker om dit op te lossen dan het probleem tijd: tijd is geld en deze tijd lijkt niet te worden opgenomen in bijvoorbeeld de DBC systematiek.

Balans tussen twee werelden

Het afdelingshoofd en de organisatie moeten beseffen hoe belangrijk het is dat het afdelingshoofd de twee werelden waarin hij verkeert, in balans houdt. En ze moeten beseffen hoe kwetsbaar die balans is.

Om *wise man* te kunnen blijven en om als brug tussen twee werelden te fungeren, heeft het afdelingshoofd voldoende ondersteuning nodig van het management. Hij moet niet in hoofdzaak beschouwd worden als een – toevallig medische – manager. Praktische ondersteuning, dienstbaarheid zo men wil, en goede informatie door het management zijn onontbeerlijk. Het management kan hem ook beschermen tegen te veel rompslomp en bureaucratie. Misschien moet ook de managementwereld wat creatiever - ongehoorzamer? - omgaan met alle eisen die op de organisatie afkomen (Meurs 1997).

In het kader van de balans is ook de keuze voor de counterpart van het afdelingshoofd, de niet-medische manager, van groot belang. Als beiden zich bewust zijn van de verschillen tussen de werelden en van de onontkoombaarheid daarvan, kunnen zij ook gebruik maken van deze verschillen. Dit kan tot een constructieve spanning leiden, waarbij zij gezamenlijk investeren in de samenwerking.

We zagen dat de zeggenschap van de medische wereld over de onderzoekssetting lijkt af te nemen en dat het stafconvent minder impact heeft. Toch is het belangrijk dat artsen voldoende betrokken blijven bij beslissingen rond patiëntenzorgkwesties. Bijvoorbeeld bij het al dan niet toelaten van bepaalde categorieën patiënten, of de besteding van geld en middelen aan behandelingen. Deze beslissingen betreffen individuele of meerdere specialisten en hebben soms veel consequenties voor patiënten. Met Freidson willen we hier pleiten voor *institutional ethics*, nu de arts op grotere afstand staat van beslissingen die zowel de individuele patiënt als hele patiëntencategorieën raken (Freidson 1999). Deze institutionele ethiek kunnen we misschien beschouwen als een vorm van moreel beraad op organisatieniveau. Zo kan het professionele geweten van de medische wereld in de organisatie een rol blijven spelen, juist in het belang van de patiënt. De kostenbaten analyse hoeft dan ook niet in de individuele arts-patiëntrelatie plaats te vinden.

Een ander aandachtspunt voor de balans tussen twee werelden is het verborgen curriculum voor afdelingshoofden. Er zijn verschillende management trainingen voor medische specialisten. Financiële en managementkennis van de ziekenhuisorganisatie en de gezondheidszorg zijn onontbeerlijk om als *spokesman* van en naar de managementwereld een rol van betekenis te spelen. Het afdelingshoofd moet weten hoe in het ziekenhuis de hazen lopen en de knikkers rollen. Het gaat er vooral om dat hij een goede gesprekspartner is voor het management, niet om een financiële of managementexpert te worden.

Hier willen we vooral bepleiten dat opleiden breder is dan het volgen van een cursus, juist voor deze doelgroep. Het afdelingshoofd moet twee verschillende logica's naast elkaar kunnen hanteren. We wezen op al dan niet bewuste 'bijwerkingen' van pedagogische managementactiviteiten. Met het oog op de balans en de effectiviteit van strategieën die in lijn zijn met de medische habitus is het niet zinvol om alleen maar klakkeloos alle bekende managementvaardigheden over hen uit te storten, nog los van de vraag of dit wel het beoogde effect zal sorteren. Coaching, zeker van beginnende afdelingshoofden, en ad hoc consultatie kunnen behulpzaam zijn, mede omdat er een hoge drempel bestaat om hulp te vragen.

Ook intervisie kan goed werken. Als een vorm van intercollegiale consultatie sluit intervisie aan bij de praktijk van de medische wereld: het bespreken van lastige casus in patiëntenbesprekingen. Tijdens de intervisie worden casuïstiek en thema's besproken

die aansluiten bij de praktijk van alledag. Afdelingshoofden reflecteren zo op eigen en andermans handelen en kunnen met de opgedane inzichten hun handelingsrepertoire vergroten en anticiperen op nieuwe situaties in de toekomst. Zij wisselen informatie uit en kunnen elkaar advies vragen over soms banale kwesties. Hoewel zij desgevraagd vertellen dat ze concrete dingen leren, lijkt intervisie hen vooral te helpen om zelfverzekerd hun functie uit te oefenen. In de evaluatie geven deelnemers vooral aan dat ze zich minder onzeker en eenzaam voelen als afdelingshoofd, want de moeilijkheden die zij ervaren, blijken slechts gedeeltelijk individueel bepaald te zijn. Hun vraagstukken zijn deels inherent aan de situatie en niet terug te voeren op hun incompetentie. Zo draagt de intervisie ook bij aan het vormen van een nieuwe *peergroup* (een lotgenotengroep, of zelfhulpgroep, zoals een afdelingshoofd het formuleerde) en aan het ontwikkelen van de leiderschapsdispositie. We kunnen het, in termen van Bourdieu, beschouwen als een vorm van socioanalyse.

Het feit dat intervisie voorziet in een behoefte blijkt nog het meest uit het aantal deelnemers. Op 1 januari 2007 draaien er vijf intervisiegroepen van totaal 26 deelnemers.

7.6 Verder onderzoek

Met het doen van onderzoek proberen we vragen te beantwoorden, maar meestal genereren we zeker zo veel nieuwe vraagstukken. We stellen drie terreinen van onderzoek voor.

Het eerste terrein gaat over **het ziekenhuis als organisatie**. Onze bevindingen hebben betrekking op een specifieke organisatie, met integratie van medisch specialisten binnen de ziekenhuisorganisatie. Zij zijn opgenomen in de managementhiërarchie. Het zou interessant zijn om de verschillen te zien met situaties waar specialisten en de ziekenhuisorganisatie nevensgeschikt zijn. Zijn er verschillen in het functioneren van deze medische groepen? Hoe werken daar de gezagsverhoudingen door, hoe krijgt een leidinggevende taak vorm? Ook de relatie met de managementwereld en de balans tussen deze en de medische wereld zou hierbij betrokken moeten worden. Zeker met het oog op allerlei ontwikkelingen, die nu op ziekenhuizen afkomen: de marktwerking in de gezondheidszorg, de gestage stroom formele regelgeving en managementinstrumenten uit een geheel andere wereld die zonder aanpassing in de medische wereld ingevoerd worden. Wat is hier het effect van? Wat is de waarde van het meten, wat meet je dan? Welke effectiviteit hebben bepaalde managementinstrumenten? Welke *evidence* bestaat hiervoor, behalve dat ziekenhuizen en artsen hieraan mee moeten doen om hun legitimiteit te houden? Ook hier zou onderzoek van binnenuit interessant zijn en kunnen leiden tot inzichten en aanbevelingen voor de organisatie van ziekenhuizen. Het is uiteindelijk belangrijk dat bepaalde professies een zekere mate van *desinteres-*

tedness, belangeloosheid, vertonen. Om nog een keer met Bourdieu te spreken: 'The interest at stake in the conducts of honour is one for which economism has no name and which has to be called symbolic, although it is such as to inspire actions that are very directly material. Just as law and medicine whose practitioners must be 'above all suspicion'.' (Bourdieu 1990: 121).

Een zekere belangeloosheid van artsen is belangrijk voor het vertrouwen van patiënten en maatschappij in artsen. Hoewel overheid, politici en het management met alle invloed die zij willen uitoefenen op de medische wereld, eigenlijk zeggen dat zij de belangen van patiënten beter zullen dienen dan artsen dat doen, is het vertrouwen in artsen nog steeds groter dan dat in politici, ambtenaren en managers.

Een tweede terrein van onderzoek is **de medische habitus**. In dit onderzoek spraken we over dé medische habitus. Daar zijn nog meerdere vragen over te stellen.

We kunnen onderzoek bijvoorbeeld richten op de verschillen tussen de specialismen. De inzichten die dit genereert, kunnen richting geven aan samenwerking tussen specialismen, inrichting van de opleiding en adviezen aan arts-assistenten bij het kiezen van vervolgopleidingen.

Een andere vraag betreft de gevolgen van de veranderende externe condities op de medische habitus, die op verschillende gebieden plaatsvinden. Er zijn maatschappelijke ontwikkelingen met een veranderend arbeidsethos en een andere balans tussen werk en privéleven. Deze ontwikkelingen hebben ook invloed op de opleiding van artsen en specialisten. Er is meer formalisering en explicitering, meer zelfstudie, minder contacturen. Er zijn kortere en meer gefragmenteerde werktijden en de opleiding kan onderbroken worden voor het krijgen van kinderen. Welke consequenties hebben deze ontwikkelingen voor de medische habitus, voor de artsen die afgeleverd worden?

Conditie veranderen ook door de toename van externe controlemechanismen zoals prestatie-indicatoren, kwaliteitsbeleid, en andere management- en meetinstrumenten. Wat is de wisselwerking tussen externe controlemechanismen en de medische habitus als intern professioneel geweten? Verzwakken deze ontwikkelingen het professionele geweten, waardoor er nog meer externe controlemechanismen nodig zijn? Of werkt het ook andersom? Kan het dienstverband ook stimuleren dat artsen opportunistisch worden, wat ingaat tegen de geëigende strategieën van de medische habitus? Wat is de verhouding tussen een werktijd die zwart op wit staat en het doen van je uiterste best? Wat zijn de gevolgen van marktwerking voor de medische habitus? Freidson beschrijft dat voor werkers in een vrije markt geld kunnen verdienen het primaire belang is, ongeacht het werk dat ze doen. In een bureaucratie zijn werkers vooral gecommitteerd aan hun posities en de zekerheid en voorspelbaarheid van hun carrière. In een professie is de kwaliteit van het werken en de collegialiteit van groot belang (Freidson 1990, 2001). Wat betekent de invloed van deze externe condities op de medische habitus, de ideolo-

gie en het professionalisme van dokters? Inzicht in de gevolgen van al deze ontwikkelingen kan behulpzaam zijn bij de inrichting van de opleiding bij de wijze waarop artsen werkzaam zijn.

Een derde onderzoeksterrein is te vinden in **andere professionele werelden**. We kunnen de disposities van de medische habitus uit dit onderzoek vergelijken met de habitus van andere professionele werelden. Hier kunnen we gedeeltelijk dezelfde vragen stellen. Ook advocaten moeten zich teweer stellen tegen schending van het beroepsgeheim en rechters klagen over afname van de kwaliteit van hun werk ten gevolge van managementinterventies. Dit ondanks het feit dat cliënten tevreden zijn en de productie omhoog gaat. Door professies met elkaar te vergelijken, kunnen ontwikkelingen in een breder maatschappelijk kader geplaatst worden. Tevens wordt zo de waarde van de concepten van Bourdieu nader geëxploreerd.

7.7 Tot slot

Dit onderzoek ging over de medische habitus en de *professional in the lead*. Gedrag en omgangsvormen in de medische wereld stonden centraal en de focus lag vooral op informele aspecten die de gang van zaken bepalen. Het ging weinig over competenties, regels, procedures, structuren, kwaliteitssystemen, de salarissen die artsen verdienen en de kosten van de gezondheidszorg. Deze beperkte invalshoek maakte wel de kracht van de informele mechanismen duidelijk.

De habitus garandeert de juistheid en constantheid van handelen meer dan alle formele regels, expliciete normen, procedures, structuren en managers kunnen doen. Toch staan formele sturingsmechanismen centraal in de huidige discussies over de gezondheidszorg. Dokters en ziekenhuizen liggen onder vuur over onderwerpen als geld, fouten en veiligheid. Men poogt het vuur te blussen met meer regels en procedures en probeert zo de formele greep te versterken. Dit kan gezien worden als een manier om van buitenaf invloed te krijgen op deze wereld. Het kan ook beschouwd worden als een poging onzekerheid te bezweren, een *no risk* maatschappij te creëren.

Eenzijdige nadruk op formele sturing kan echter onvoldoende zekerheid bieden. De kracht van informele mechanismen wordt dan onderschat. Het kind dreigt met het badwater te worden weggegooid. De kracht van de habitus ligt juist in een beperkt aantal onderliggende principes, waarmee een persoon snel over de juiste sleutel tot beslissen beschikt, passend op oneindig veel situaties. Juist in de geneeskunde moeten artsen vaak snel handelen in een context die nooit complete zekerheid biedt. Immers, 'the best decision is worthless, when it comes too late' (Bourdieu 1990: 298). Er moet daarom aandacht zijn voor de informele mechanismen. Zowel tijdens de opleiding tot arts als

in de wijze waarop artsen werken. Dit is iets waar in de eerste plaats artsen zich bewust van moeten zijn en naar moeten handelen. *Noblesse oblige*.

Tussen de medische en de managementwereld zagen we tekenen van strijd. Die strijd en de uitkomsten ervan hebben gevolgen voor dokters, managers, ziekenhuizen, de gezondheidszorg, kosten, kwaliteit, efficiëntie en, niet in de laatste plaats voor patiënten. Juist in het belang van de patiënt kan de medische *professional in the lead* meerwaarde hebben, ondanks de dilemma's en vragen die bij deze functie horen. Ten eerste door de invloed die hij kan uitoefenen op de klinische activiteiten en gang van zaken in zijn groep. In de tweede plaats omdat de keuzes die de organisatie moet maken nooit alleen maar managementbeslissingen kunnen zijn. De medische *professional in the lead* moet daarom ook in de eerste plaats arts blijven.

Voor beide werelden is het moeilijk de goede keuzes te maken om een optimale patiëntenzorg te waarborgen. Daarom hebben zij elkaar nodig en moeten ze samenwerken. In feite zijn ze tot elkaar veroordeeld. Het is de kunst om goed om te gaan met de spanningen die hierbij horen. Ook hier gaat het niet zozeer om formele, structurele oplossingen op macroniveau, maar om oplossingen op microniveau, dicht bij de werkvloer. Daar moeten we wijze mensen uit beide werelden vinden, die gezamenlijk dit spanningsveld betreden en zo het beste maken van twee werelden.

Literatuur



- A** **Abbott, A.** (1988) *The system of professions. An essay on the division of expert labor.* Chicago, London: The university of Chicago Press
- Allsop, J., Mulcahy, L.** (1996) *Regulating medical work. Formal and informal controls.* Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- Argyris, C.** (1992/1999) *On organizational learning.* Second edition. Oxford, Malden: Blackwell Business
- Atkinson, P.** (1995) *Medical talk and medical work.* London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications
- Atkinson, P., Hammersly, M.** (1994) Ethnography and participant observation. In N.K. Denzin en Y.S. Lincoln (eds) *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications
- B** **Baldew, I.M.** (2005) *Sherlock Holmes aan het ziekbed. Een frisse kijk op klinisch redeneren.* Assen: Koninklijke Van Gorcum
- Baldwin, D.C. JR., Daugherty, S.R.** (1997) Do residents also feel 'abused'? Perceived mistreatment during internship. *Academic Medicine* 72 (10) / October Supplement 1: 51-53
- Balogun, J., Huff, A.S., Johnson P.** (2003) Three responses to the methodological challenges of studying strategizing. *Journal of Management Studies* 40 (1), 197-224
- Becker, H.S., Geer, B., Hughes, E.C., Strauss, A.L.** (1961) *Boys in white: student culture in medical school.* Chicago, London: University of Chicago Press
- Boonstra, J.J.** (2000) *Lopen over water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren.* Amsterdam: Vossiuspers
- Bosk, C.** (1979) *Forgive and remember: managing medical failure.* Chicago: Chicago University Press
- Bourdieu, P.** (1977) *Outline of a theory of practice.* Trans. Richard Nice. Cambridge: Cambridge University Press
- Bourdieu, P.** (1985) The social space and the genesis of groups. *Theory and Society* 14 (6): 723-744
- Bourdieu, P.** (1986) The Forms of Capital. In J. Richardson (ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (241-258). New York: Greenwood Press
- Bourdieu, P.** (1988) Social space and symbolic power. *Social Theory* 7 (1): 18-26
- Bourdieu, P.** (1989a) Vive la crise. In D. Pels (red.) *Pierre Bourdieu. Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip.* Amsterdam: Van Gennep
- Bourdieu, P.** (1989b) Economisch kapitaal, cultureel kapitaal, sociaal kapitaal. In D. Pels (red.) *Pierre Bourdieu. Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip.* Amsterdam: Van Gennep
- Bourdieu, P.** (1989c) Enkele eigenschappen van velden. In D. Pels (red.) *Pierre Bourdieu. Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip.* Amsterdam: Van Gennep
- Bourdieu, P.** (1989d) De economie van het linguïstisch ruilverkeer. In D. Pels (red.) *Pierre Bourdieu. Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip.* Amsterdam: Van Gennep
- Bourdieu, P.** (1989e) De sociale ruimte en de genese van 'klassen'. In D. Pels (red.) *Pierre Bourdieu. Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip.* Amsterdam: Van Gennep
- Bourdieu, P.** (1989f) De sociologie als stoorzender. In D. Pels (red.) *Pierre Bourdieu. Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip.* Amsterdam: Van Gennep

- B** **Bourdieu, P.** (1990) *The logic of practice*. Trans. Richard Nice. Oxford: Polity Press
- Bourdieu, P.** (1994) Rethinking the state: genesis and structure of the bureaucratic field. *Sociological Theory* 12 (1) Mar. 1994: 1-18
- Bourdieu, P.** (1996) *The State Nobility*. Oxford: Polity Press
- Bourdieu, P.** and **Wacquant, L.J.D.** (1992) *An invitation to Reflexive Sociology*. Oxford: Polity Press
- Boyd, E.A.** (1998) Bureaucratic authority in the 'company of equals': the interactional management of medical peer review. *American Sociological Review* 63 (April): 200-224
- Buchanan, D., Jordan, S., Preston, D., Smith, A.** (1997) Doctor in the process. The engagement of clinical directors in hospital management. *Journal of management in Medicine* 11 (3): 132-156
- C** **Connor, O', J.P., Nash, D.B., Buehler, M.L., Bard, M.** (2002) Satisfaction higher for physician executives who treat patient, survey finds. *The Physician Executive* May/June 2002: 16-21
- Crul, B.M., Rijkssen, W.P.** (2004) Verreikende verantwoordelijkheid voor de chirurg. *Medisch Contact* 59 (51): 2053-2054
- D** **Dawson, S., Mole, V., Winstanlet, D., Sherval, J.** (1995) Management, Competition and the professional practice: medicine and the marketplace. *British Journal of Management* 6: 169-181
- Delden, P., van** (1996) *Professionele organisaties. Vernieuwen onder druk*. Amsterdam / Antwerpen: Uitgeverij Contact
- Dent, M.** (2003) *Remodelling hospitals and health professions in Europe. Medicine, Nursing and the State*. Hampshire, New York: Palgrave MacMillan
- Dimaggio, P.J., Powell, W.W.** (1991) The iron case revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. In W.W. Powell, P.J. DiMaggio (eds) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago and London: The University of Chicago Press
- Doolin, B.** (2001) Doctors as managers. New Public Management in a New Zealand hospital. *Public Management Review* 3 (2): 231-254
- E** **Elias, N.** (2001) *Het civilisatieproces. Sociogenetische en psychogenetische onderzoeken*. Amsterdam: Boom
- Emirbauer, M., Johnson, V.S.** (2004) Bourdieu and organizational analysis. Paper presented in 2004 Annual meeting van de American Sociological Association
- Empson, E.** (2006) Surviving and thriving in a changing world: the special nature of partnership. Paper presented at European Group for Organization studies conference, Bergen, Norway
- F** **Freidson, E.** (1970) *De medische professie*. Lochem: Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom
- Freidson, E.** (1975) *Doctoring together. A study of professional social control*. New York, Oxford, Amsterdam: Elsevier
- Freidson, E.** (1990) Professionalism, caring, and nursing. Paper prepared for The Park Ridge Center, Park Ridge, Illinois
- Freidson, E.** (1999) Professionalism and institutional ethics. In R. Baker, A. Caplan, L. Emanuel, S. Latham (eds) *The American Medical Ethics Revolution*. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Freidson, E.** (2001) *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press

- F Fritts, H.W.** (1997) *On leading a clinical department. A guide for physicians*. Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press
- G Gawande, A.** (2002) *Complicaties. Notities van een chirurg*. Amsterdam, Antwerpen: Uitgeverij De Arbeiderspers
- Geeraerts, G.A.G., Hoofwijk, A.G.M.** (2006) *Evaluatie van (medische) professionals*. Leer- en werkboek Appraisal & Assessment. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Goffman, E.** (1967) *Interaction Ritual. Essays in face-to-face behaviour*. Chicago: Aldine Publishing Company
- Goleman, D.** (1995) *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books
- Goss, M.E.W.** (1961) Influence and authority among physicians in an outpatient clinic. *American Sociological Review*, 26 (Febr 1961): 39-50
- Gouldner, A.W.** (1961) The norm of reciprocity. *American Sociological Review* 25: 161-179
- Goudsblom, J.** (2001) *Stof waar honger uit ontstond. Over evolutie en sociale processen*. Amsterdam: Meulenhof
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S.** (1994) Competing paradigms in Qualitative research. In N.K. Denzin en Y.S. Lincoln (eds) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications
- Guthrie, M.B.** (1999) Challenges in developing physician leadership and management. *Frontiers of Health Services Management* 15 (4): 3-26
- H Haan, de E.** (2001) *Leren met collega's. Praktijkboek intercollegiale consultatie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV
- Haber, R.J., Lingard, L.A.** (2001) Learning oral presentation skills. A rhetorical analysis with pedagogical and professional implications. *J. Gen. Intern. Med.* 16:308-314
- Hafferty, F.W., Franks, R.** (1994) The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine* 69: 861-71
- Haller, S., Radue, E.W.** (2005) What is different about a radiologist's brain? *Radiology* 236 (3), September 2005: 983-989
- Herk, R. van** (1997) *Artsen onder druk*. Dissertatie. Utrecht: Uitgeverij Elsevier / De Tijdstroom
- Heij, H. A.** (2000) *Met microscoop en verrekijker – het blikveld van de kinderchirurg*. Amsterdam: VU Boekhandel / Uitgeverij
- Hinings, C. R., Greenwood, R. and Cooper, D.** (1999) The dynamics of change in large accounting firms. In D. Brock, M. Powell, C.R. Hinings (eds) *Restructuring the professional organization. Accounting, health, care and law*. London and New York: Routledge
- Hoff, T. J.** (1999) The paradox of legitimacy: physician executives and the practice of medicine. *Health Care Manage Rev.* 24(4): 54-64
- Hunter, D. J.** (1992) Doctors as managers: poachers turned gamekeepers? *Social Science & Medicine* 35 (4): 557-566
- Hunter, D. J.** (1996) The changing roles of health care personnel in health and health care management. *Social Science & Medicine* 43 (5): 799-808

- H** **Hutjes, J.M.** en **Van Buren, J.A.** (1992) *De gevalsstudie. Strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel, Amsterdam, Heerlen: Boom / Open Universiteit
- I** **Inspectie voor de Gezondheidszorg** (24 april 2006) Een tekortschietend zorgproces. Een onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de cardiochirurgische zorgketen voor volwassenen in het UMC St. Radboud te Nijmegen
- J** **Jenkins, R.** (1992, 2002) *Pierre Bourdieu, revised edition*. London and New York: Routledge
- Jones, C.S., Dewing, I.P.** (1997) The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls. *Financial Accountability & Management* 13 (3), August: 261-280
- Jönsson, B.** (1999) Oratie. Certec, Department of Design Sciences, (Oct 8, 1999)
- K** **Kaderbesluit CCMS** (2004) Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Besluit van 9 februari 2004
- Kenny, N.P., Mann, K.V., MacLeod, H.** (2003) Role modeling in Physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Academic Medicine* 78 (12) December: 1203-1210
- Kitchener, Martin** (2000) The 'bureaucratization' of professional roles: the case of clinical directors in UK hospitals. *Organization* 7 (1): 129-154
- Komter, A.E.** (2003) *Social solidarity and the gift*. Cambridge: Cambridge University Press
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst** (KNMG, 2005) Het functioneren van de individuele arts. KNMG. Utrecht, juli 2005
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst** (KNMG. 2007) Medische professionaliteit. KNMG. Utrecht, april 2007
- Kruijthof, C.J** (2005) *Doctors' Orders. Specialists' Day to Day Work and their jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*. Dissertatie. Nieuwegein: drukkerij Badoux
- Kwalitan** (2000) V.A.M. Peters, afdeling Methoden, Katholieke Universiteit Nijmegen
- L** **Langley, A.** (1999) Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review* 24 (4): 691-710
- Lave, J., Wenger, E.** (1991) *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press
- Levi, M., Stam, J., Kramer, M.** (2005) Weg met beschouwende en snijdende specialismen. *Medisch Contact* 60 (2): 55-57
- Lieberg, M.J. van** (ed) (2004) *Isodore Schnapper's notes for memoirs, 1889-1973*. Rotterdam: Erasmus Publishing
- Llewellyn, S.** (2001) 'Two-way windows': Clinicians as Medical managers. *Organization studies* 22/4: 593-623
- Luke, H.** (2003) *Medical education and sociology of medical habitus: 'It's not about the stethoscope!'* Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers
- M** **Malterud, K.** (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 358 August 11: 483-488

- M** **McKee, L., Marnoch, G., Dinnie, N.** (1999) Medical managers: puppetmasters or puppets? Sources of power and influence in clinical directorates. In A.L. Mark, S. Dopson (eds) *Organisational behaviour in health care. The research agenda*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire and London: MACMILLANBusiness
- Maassen, H.** (2006) Diagnose beroepszeer. Professionele autonomie van de dokter onder vuur. *Medisch Contact* 61 (11): 436-438
- Maso, I.** (1987/1994) *Kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom
- Maso, I., Smaling, A.** (1998) *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom
- Meurs, P.L.** (1997) *Nobele wilden. Over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg*. Driebergen: A.O. Adviseurs voor organisatiewerk
- Meyer, J.W., Rowan, B.** (1991) Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. In W.W. Powell, P.J. DiMaggio (eds) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago / London: The university of Chicago Press
- Mintzberg, H.** (1983) *Structures in fives*. New Jersey / Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
- Mintzberg, H.** (1997) Toward healthier hospitals. *Health Care Manage Rev.* 22 (4): 9-18
- Mol, A.** (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, London: Duke University Press
- Mooij, A.** (1999) *De polsslag van de stad. 350 jaar academische geneeskunde in Amsterdam*. Amsterdam, Antwerpen: Uitgeverij De Arbeiderspers
- Morgan, G.** (1996) *Beelden van organisaties*. Londen, Schiedam: Scriptum Management / Sage Publications
- N** **Noordergraaf, M.** (forthcoming) From 'pure' to 'hybrid' professionalism. Present-day professionalism in ambiguous public domains
- Noordergraaf, M., Meurs, P.L.** (2001) Managers aan de macht – de invloed van opleidingen bedrijfskunde en economie in de gezondheidszorg. *Holland Management Review* 79
- NRC Handelsblad** (2006) Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën. NRC, 21 augustus 2006
- O** **Oakes, L.S., Townley B., Cooper, D.J.** (1998) Business planning as pedagogy: language and control in a changing institutional field. *Administrative Science Quarterly* 43: 257-292
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J., Scholten, R.J.P.M.** (2003) *Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten, Antwerpen: Bohn Stafleu, Van Loghum
- Ong, B.N., Schepers, R.** (1999) Variations on a theme: clinicians in management in England and the Netherlands. In A.L. Mark, S. Dopson (eds) *Organizational behaviour in health care. The research agenda*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire and London: MACMILLANBusiness
- Oorschot, J.A. Van, Jaspers, F.C.A., Schaaf, J.H., Linnebank, F., Oostveen, C.A.G., Braaksma, J.T.** (1995) *Professionele autonomie van de medisch specialist*. Assen: Van Gorcum & Comp
- Orde van organisatiekundigen en -adviseurs (Ooa)** (2002/2003) Handleiding intercollegiaal consult
- Ouchi, W.G.** (1980) Clans, Markets and bureaucracies. *Administration Science Quarterly* 25, March 1989: 129-141

- P** **Pels, D.** (1989) *Pierre Bourdieu. Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip*. Amsterdam: Van Gennep
- Pope, C., Mays, N.** (2000) Observational methods in health care settings. In C. Pope, N. Mays (eds) *Qualitative research in Health Care*. Second edition. London: BMJ Books
- Pope, C., Ziebland, S., Mays, N.** (2000) Analysing qualitative data. In C. Pope, N. Mays (eds) *Qualitative research in Health Care*. Second edition. London: BMJ Books
- Powell, M.J., Brock, D.M., Hinings, C.R.** (1999) The changing professional organization. In D.M. Brock, M.J. Powell, C.R. Hinings (eds.) *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*. London, New York: Routledge
- Pratt, M.G., Rockmann, K.W., Kaufmann, J.B.** (2006) Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal* 49 (2): 235-262
- Preston, A.M., Cooper, D.J., Coombs, R.W.** (1992) Fabricating budgets: a study of the production of management budgeting in the National Health Service. *Accounting, Organizations and Society* 17 (6): 561-593
- Prichard, C., Willmott, H.** (1997) Just how managed is the McUniversity? *Organization Studies* 18 (2): 287-316
- Pronk, E.** (2006) Artsentitel is nog niet verloren. *Medisch Contact* 61 (38): 1484-1487
- R** **Reed, M.I.** (1996) Expert power and control in late modernity: an empirical review and theoretical synthesis. *Organization Studies* 17 (4): 573-597
- Rosenthal, M.M.** (1995) *The incompetent doctor. Behind closed doors*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- Rosenthal, M.M., Mulcahy, L., Lloyd-Bostock, S.** (1999) *Medical mishaps. Pieces of the puzzle*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- Royal College of Physicians** (2005) *Doctors in society. Medical professionalism in a changing world*. Report of a working party of the Royal College of Physicians of London
- S** **Scheff, T.J.** (2003) Shame in self and society. *Symbolic interaction* 26 (2): 239-262
- Schein, E.H.** (1992) *Organizational culture and leadership*. Second edition. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Scholten, G.R.M., Van der Grinten, T.E.D.** (1997) Organisatie-ontwerpen voor het ziekenhuis. *Managment & Organisatie* 6, december: 7-23
- Scholten, G.R.M., Van der Grinten, T.E.D.** (2002) Integrating medical specialists and hospitals. The growing relevance of collective organisation of medical specialists for Dutch hospital governance. *Health Policy* 62: 131-139
- Scholten, G.R.M., Van der Grinten, T.E.D.** (2003) Medische staf op weg naar partnership? De deelname van medisch specialisten in de besturing van Nederlandse ziekenhuizen. *Acta Hospitalia* 2: 7-21
- Schön, D.A** (1983, 1999) *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Aldershot, Brookfield USA, Singapore, Sidney: Ashgate ARENA

- S Shuval, J.T.** (1975) From 'boy' to 'colleague': processes of role transformation in professional socialization. *Social Science & Medicine* 9: 413-420
- Sinclair, S.** (1997) *Making doctors, an institutional apprenticeship*. Oxford, New York: Berg
- Spillane, J.P., Hallet, T., Diamond, J.B.** (2003) Forms of Capital and the Construction of Leadership: Instructional Leadership in Urban Elementary Schools. *Sociology of Education* Winter 2003
- T Tanenbaum, S.J.** (1999) Evidence and expertise: the challenge of the outcomes movement to medical professionalism. *Academic Medicine* 74 (7), July 1999: 757-763
- Thorne, M.L.** (1997) Being a clinical director: first among equals or just a go-between? *Health Services Management Research* 10: 205-215
- Townley, B.** (1996) Accounting in detail: accounting for individual performance. *Critical Perspectives on Accounting* 7: 565-584
- Townley, B.** (1997) The institutional logic of performance appraisal. *Organization Studies* 18 (2): 261-285
- V Ven, A.H., Van de** (2001) Professional science for a professional school: action science vs normal science. In M. Beer, N. Nohria (eds). *Breaking the Code of Change*. Cambridge: HBS Press
- Velden, L.F.J. Van der, Hingstman L., Windt W. van der, Arnold E.J.E** (2002) Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2002-2012/2017/2020. Nivel / Prismant, Utrecht
- Visser, G.J.** (2005) Iedereén kan beter functioneren. *Medisch Contact* 60 (35): 1380-1383
- Vroom, M.** (2004) *Intensieve zorgen*. Amsterdam: Vossiuspers UvA
- W Weber, M.** (1968) *Economy and Society*. New York: Bedminster Press
- Weggeman, M.** (1992) *Leidinggeven aan professionals. Het verzilveren van creativiteit*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen
- Weick, K.E.** *The social psychology of organizing*. Second edition. New York, Toronto: McGraw-Hill, Inc.
- Wenger, E.** (1998) *Communities of practice: learning meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press
- West, E., Barron, D.N., Dowsett, J., Newton, J.N.** (1999) Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications for the design of dissemination strategies. *Social Science & Medicine* 48: 633-646
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid** (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: University Press
- Wiersinga, W.J., Schimmer, B., Levi, M.** (red.) (2002) *Handboek voor de co-assistent*. Bohn, Stafleu, Van Loghum: Houten
- Windolf, P.** (1981) *Berufliche Sozialisation. Zur Produktion des beruflichen Habitus*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag

Bijlagen



Bijlage I • Functieomschrijving afdelingshoofd

Functieomschrijving van het afdelingshoofd van een (...) afdeling waarbinnen patiëntenzorg wordt uitgevoerd, alsmede een bijdrage wordt geleverd aan een opleiding tot medisch specialist.

Doel van de functie

Het afdelingshoofd heeft de algemene leiding over de afdeling en het in de afdeling werkzame personeel, onverlet de verantwoordelijkheden van het bestuur van de divisie waarvan de afdeling deel uitmaakt, van de Raad van Bestuur UMC.

Plaats in de organisatie

- Het afdelingshoofd ressorteert direct onder het bestuur van de divisie waarvan de afdeling deel uitmaakt.
- Het afdelingshoofd volgt daarnaast de aanwijzingen en richtlijnen van de Raad van Bestuur UMC.

Hoofdbestanddelen van de functie

- Het afdelingshoofd heeft de algemene leiding over het in de afdeling werkzame personeel, onverlet de verantwoordelijkheden van het bestuur van de divisie waarvan de afdeling deel uitmaakt en van de Raad van Bestuur UMC.
- Het afdelingshoofd draagt de eindverantwoordelijkheid voor de geneeskundige behandeling en verzorging van de patiënten van de afdeling, waaronder in ieder geval inbegrepen: (opname,) behandeling, verzorging, (ontslag,) nazorg en begeleiding van patiënten.
- Het afdelingshoofd draagt de verantwoordelijkheid voor de bedrijfsvoering van de afdeling.
- Het afdelingshoofd draagt de verantwoordelijkheid voor integratie van de afdeling betreffende patiëntenzorgtaken, de onderwijs-, onderzoek- en de opleidingstaken.
- Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor het organisatorisch en beheersmatig optimaal functioneren van de afdeling als geheel.
- Het afdelingshoofd mandateert aan de leidinggevende binnen de afdeling de bevoegdheden die noodzakelijk zijn voor adequate en geïntegreerde uitvoering van de werkzaamheden van de afdeling betreffende de patiëntenzorgtaken, de onderwijs-, onderzoek- en de opleidingstaken.
- Het afdelingshoofd geeft bindende richtlijnen, aanwijzingen en opdrachten die noodzakelijk zijn voor de adequate en geïntegreerde uitvoering van de werkzaamheden van de afdeling betreffende de patiëntenzorgtaken, de onderwijs-, onderzoek- en de opleidingstaken.
- Het afdelingshoofd doet voor de afdeling ontwikkelings(deel)plannen en begrotingen opstellen die vervolgens aan het divisiebestuur worden voorgelegd om te kunnen worden opgenomen in ontwikkelingsplannen en begrotingen van de divisie.
- Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor de uitvoering van het in het ontwikkelingsplan en begroting vastgestelde beleid in de afdeling.

- Het afdelingshoofd treedt op als vertegenwoordiger van de afdeling bij contacten met andere afdelingen, het divisiebestuur, de Raad van Bestuur UMC.
- Het afdelingshoofd heeft zitting in het Stafconvent van het UMC en neemt deel aan de werkzaamheden van dit Stafconvent.

Functie-eisen

- Tot afdelingshoofd wordt, in het algemeen, slechts benoemd een hoogleraar van de Faculteit der Geneeskunde, wiens vakgebied hem daarvoor in aanmerking doet komen.
- Ruime ervaring in superviserende en / of managementfuncties.
- Het afdelingshoofd draagt, als door de Medisch Specialisten Registratie Commissie erkende opleider, met inachtneming van de door de Raad van Bestuur te stellen kaders, de verantwoordelijkheid voor de opleiding tot medisch specialist in het medisch specialisme waarvoor hij als opleider is erkend. In dit kader heeft het afdelingshoofd zitting in de Centrale Opleidingscommissie van het UMC en neemt deel aan de werkzaamheden van deze Commissie.

Bijlage II • Interviews

Ronde 1: naar aanleiding van observatie

■ ITEMS AFDELINGSHOOFDEN (semi-gestructureerd) na uitgewerkte observatie

ALGEMEEN:

- Waarom ben je afdelingshoofd geworden (motivatie), verwachtingen? Wat ben je dan, hoe noem je dat, bijvoorbeeld meewerkend voorman, de baas, primus inter pares, etc.?
- Wat is leuk, lastig?
- Hoe oefen je 'gezag' uit?
- Hoe heb je je rolwisseling ervaren, van collega naar leidinggevend?
- Wat is er veranderd: in je gedrag, aanspreken collega's, rol, kijk op de organisatie, je eigen vak? Hoe was dat in het begin, hoe na enige jaren ervaring?
- Hoe heb je geleerd?
- Hoe zie je relatie naar management/bestuur? Wat hoort bij wie, is er overlap en zo ja, welke?

NAAR AANLEIDING VAN OBSERVATIE:

- Wat vond je van...?
- Waarom deed je dingen als je ze deed?
- Waarom gaan bepaalde zaken zoals ze gaan?
- ...

■ ITEMS STAFLEDEN (semi-gestructureerd) na uitgewerkte observatie

ALGEMEEN:

- Waarom werk je in academisch ziekenhuis (keuze academische taak)?
- Hoe kijk je aan tegen het afdelingshoofd: baas, meewerkend voorman, primus inter pares etc.?
- Wat verwacht je van hem?
- Hoe kan hij zo effectief mogelijk zijn gezag uitoefenen, waarom/ wanneer doe je wat hij zegt, vraagt?
- Verschil met bijvoorbeeld andere collega's? Voorbeelden.
- Wat werkt niet effectief? Voorbeelden.
- Begin en eind meegemaakt? Verschillen?

NAAR AANLEIDING VAN OBSERVATIE:

- Wat vond je van...?
- Waarom deed je dingen als je ze deed?
- Waarom gaan bepaalde zaken zoals ze gaan?
- ...

■ ITEMS ARTS-ASSISTENTEN (semi-gestructureerd) na uitgewerkte observatie

ALGEMEEN:

- Waarom werk je in academisch ziekenhuis (keuze academische taak)?
- Hoe kijk je aan tegen het afdelingshoofd: baas, meewerkend voorman, primus inter pares etc.?
- Wat verwacht je van hem?
- Hoe kan hij zo effectief mogelijk zijn gezag uitoefenen? Waarom / wanneer doe je wat hij zegt, vraagt? Verschil met bijvoorbeeld andere collega's? Voorbeelden.
- Wat werkt niet effectief? Voorbeelden.

NAAR AANLEIDING VAN OBSERVATIE:

- Wat vond je van...?
- Waarom deed je dingen als je ze deed?
- Waarom gaan bepaalde zaken zoals ze gaan?
- ...

■ ITEMS MANAGEMENT (semi-gestructureerd) na uitgewerkte observatie

ALGEMEEN:

- Hoe kijk je aan tegen afdelingshoofden: baas, meewerkend voorman, primus inter pares etc.?
- Hoe zie je jouw relatie naar een afdelingshoofd? Wat hoort bij wie? Is er overlap en zo ja, welke?
- Wat is voor jou effectief gedrag van een afdelingshoofd en wat niet? Voorbeelden.
- Begin en eind meegemaakt? Verschillen?

NAAR AANLEIDING VAN OBSERVATIE:

- Wat vond je van...?
- Waarom deed je dingen als je ze deed?
- Waarom gaan bepaalde zaken zoals ze gaan?
- ...

Ronde 2: over jaargesprekken

■ ITEMS

- Voer je jaargesprekken?
- Zo ja, waarom, zo nee, waarom niet?
- Met wie en hoe vaak?
- Gebruik formulier, verslaglegging, archivering?
- Wat levert het op?
- Wat levert het niet op?
- Sfeer en stijl?
- ...

Bijlage III • Formulier jaargesprekken

MEDISCH-WETENSCHAPPELIJK PERSONEEL

Na het algemene gedeelte zullen de volgende zes onderwerpen achtereenvolgens besproken worden in het jaargesprek:

- PARAGRAAF 1 Uw werkresultaten en functioneren in het afgelopen jaar en de verwachtingen voor het komend jaar
 - PARAGRAAF 2 Opleiding en loopbaanperspectief
 - PARAGRAAF 3 Arbeidsduur en werktijden
 - PARAGRAAF 4 Uw beloning in relatie tot uw werkinzet en resultaten
 - PARAGRAAF 5 De arbeidsomstandigheden en het werkklimaat op uw afdeling, werkplek
 - PARAGRAAF 6 De ondersteuning door en het functioneren van uw leidinggevende
- In PARAGRAAF 7, tot slot, kunnen desgewenst nog andere gesprekspunten aan de orde worden gesteld.

■ ALGEMEEN - Personalia

Naam medewerker: _____

Functie/ functiebeschrijving dd: _____

Sinds: _____

Uren per week: _____

Afdeling: _____

Opleiding(en): _____

Promotiedatum: _____

Kerntaken van de functie 1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

enz. _____

■ JAARGESPREK

Datum gesprek: _____

Naam leidinggevende: _____

Functie: _____

Naam andere gesprekspartners: _____

Functie andere gesprekspartners: _____

Datum vorig jaargesprek: _____

■ **PARAGRAAF 1 Uw werkresultaat en functioneren in het afgelopen jaar en de verwachtingen voor het komend jaar**

Het werkresultaat, het functioneren in het afgelopen jaar en het maken van nieuwe afspraken wordt beschreven aan de hand van de kerntaken van de functie. Waar nodig zijn de kerntaken uitgesplitst naar deeltaken. Per kerntaak is een aparte pagina gereserveerd.

- **1.1A Kerntaak: WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK (idem voor 1.1B, kerntaak: PATIËNTENZORG; 1.1.C, kerntaak: ONDERWIJS en 1.1D, kerntaak: MANAGEMENT/BEHEER**
... % van de tijd wordt besteed aan deze kerntaak.

- **1.2A Afspraken per kern-/deeltaak (geformuleerd in de vorm van resultaten, werkgedrag, kennis en vaardigheden):**

Taak 1:

Taak 2:

Enz.

- **1.3A Behaalde resultaten ten opzichte van de afspraken (per kern/deeltaak):**

Taak 1:

Taak 2:

Enz.

- **1.4A Behaalde resultaten buiten de afspraken om:**

- **1.5A Visie en motivering leidinggevende op de behaalde resultaten:**

☐ Visie op Taak

☐ Er is voldaan aan de afspraken

☐ Er is niet voldaan aan de afspraken

☐ Er is boven de afspraken uit gepresteerd

Motivering bij de visie op taak 1:

Enz.

- **1.6A Reactie van de medewerker op de visie en motivering van de leidinggevende per taak:**

Taak 1:

Taak 2:

Enz.

- **1.7A Afspraken over de verwachte resultaten voor de komende periode met betrekking tot de kerntaak:**

Taak 1:

Verwachte resultaten:

Andere afspraken:

Enz.

■ **PARAGRAAF 2 Opleiding en loopbaanperspectief**

Gewenste opleidingen, trainingen, cursussen: _____

Loopbaanperspectief: _____

Andere punten m.b.t. paragraaf 2: _____

■ **PARAGRAAF 3 Arbeidsduur en werktijden**

Wensen ten aanzien van arbeidsduur: _____

Deeltijdverzoeken: _____

Werktijden: _____

Invulling arbeidspatroon t.a.v. de jaarurensystematiek: _____

Opmerkingen t.a.v. de ATW en/ of ATB: _____

Andere punten m.b.t. paragraaf 3: _____

■ **PARAGRAAF 4 Uw beloning in relatie tot uw werkinzet en resultaten**

Visie op beloning: _____

Datum rechtspositioneel gesprek / beoordelingsgesprek : _____

Andere punten m.b.t. paragraaf 4: _____

■ **PARAGRAAF 5 De arbeidsomstandigheden en het werkklimaat op uw afdeling, werkplek**

Punten uit de Risico-inventarisatie en -evaluatie: _____

Fysieke werkomgeving (bureau, PC, materiaal): _____

Werkklimaat: _____

Werkdruk: _____

Sfeer op de afdeling, werkplek: _____

Functioneren werkoverleg: _____

Andere punten m.b.t. paragraaf 5: _____

■ **PARAGRAAF 6 De ondersteuning door en het functioneren van uw leidinggevende**

Ondersteuning leidinggevende: _____

Stijl leidinggeven: _____

Werkverdeling: _____

Besluitvorming: _____

Informatieverstrekking: _____

Andere punten m.b.t. paragraaf 6: _____

■ **PARAGRAAF 7 Andere gesprekspunten**

Handtekening leidinggevende: _____

Handtekening medewerker (gezien/akkoord)

datum: _____

datum: _____

Bijlage IV • Folder intervisie

INTERVISIE – Reflectie openbaart de meester

Aanleiding

De reden om in het AMC intervisiegroepen te starten met afdelingshoofden is tweeledig: allereerst de wens van afdelingshoofden zelf. Bij de evaluatie van de workshop Leidinggeven hebben veel afdelingshoofden aangegeven intervisie als een goede volgende stap te zien. Dit hangt vooral samen met het feit dat het hen goed is bevallen met een groep gelijkgestemden over dezelfde problemen te praten. Daarnaast lijkt intervisie ook vanuit de theorie een goede manier om het leiderschap van afdelingshoofden te ondersteunen. Veel van de gedragsregels in de medische professie worden in een langdurig proces onbewust overgedragen en zich eigen gemaakt. Deze gedragsregels – met de daaraan ten grondslag liggende opvattingen en waarden – fungeren vaak als ‘verborgen bestuurders’ en kunnen zo het leiderschap van het afdelingshoofd beïnvloeden. Intervisie kenmerkt zich als leermethode door reflectie op het professioneel handelen en het opsporen van ‘verborgen bestuurders’.

Doel

De intervisiegroepen met afdelingshoofden hebben tot doel de professionaliteit van hun leiderschap te vergroten door samen met collega’s te reflecteren op eigen handelen en denken. Door deze reflectie kunnen ‘verborgen bestuurders’ (al dan niet professiegebonden) worden opgespoord: door welke, vooral ook minder bewuste waarden en opvattingen wordt dit handelen bepaald? Door hier meer zicht op te krijgen kan bewuster worden gekozen voor de ‘oude’ of een nieuwe strategie.

Werkwijze

De intervisie vindt plaats in groepen van vijf à zes personen onder leiding van een ‘facilitator’ die methoden introduceert en het groepsproces bewaakt. Praktijkvragen van de deelnemers zijn altijd het uitgangspunt, waarbij ook aandacht besteed wordt aan de wijze waarop de inbrenger van een vraagstuk zelf dit vraagstuk hanteert. Het gesprek kan zich dus richten op het persoonlijk functioneren, maar altijd in de context van de werkpraktijk.

In intercollegiaal overleg worden individuele ervaringen, incidenten en situaties besproken die op één of andere wijze samenhangen met het leiderschap als afdelingshoofd. Uitwisselen en leren van eigen ervaringen en die van anderen staan centraal. Professionele opvattingen, leiderschapstijl, eventueel erachter liggende waarden of persoonlijke eigenschappen worden bespreekbaar gemaakt. Door achtergronden te expliciteren kunnen deelnemers bewuster kiezen in hoeverre zij daardoor hun handelen willen laten beïnvloeden. Ook kan men experimenteren met nieuwe strategieën.

Van belang is dat men in een veilig klimaat, op basis van vertrouwen, het eigen functioneren als afdelingshoofd kan onderzoeken en toetsen.

Na de startbijeenkomst, waarin spelregels, doel en methoden besproken worden, zullen in de loop van het jaar circa zes bijeenkomsten plaatsvinden. In iedere sessie zal er één casusinbrenger zijn.

Methoden

Om de interview effectief te laten zijn, moet men tijdens de bijeenkomsten:

- even afstand kunnen nemen
- zicht krijgen op eigen (rol) gedrag
- eigen strategieën kunnen toetsen
- feedback krijgen
- zonder risico een nieuwe aanpak kunnen uitproberen

Afhankelijk van de aard van het vraagstuk, zullen verschillende methoden gebruikt worden om de casus te bespreken, onder andere:

- **Zeven stappen methode:** dit is een methode waarbij met name de relatie wordt nagegaan tussen de persoon van de casusinbrenger en het vraagstuk dat hij naar voren brengt.
- **Clinics:** deze methode leent zich vooral voor vragen die zich in een concrete gespreksituatie laten vertalen en is gericht op actieve simulatie en oefening.
- **U-methode:** naar aanleiding van een concrete ervaring worden opvattingen, waarden en bijbehorend gedrag onderzocht, getoetst en bijgesteld.
- **Dilemma methode:** hierbij wordt met behulp van metaforen gereflecteerd op twee verschillende wijzen van aanpakken van een probleem om tot een weloverwogen keuze te komen.
- **Incident methode:** aan de hand van een incident worden handelwijzen overwogen en alternatieve oplossingen gegenereerd.
- **Leren van successen:** een methode om te reflecteren en leren naar aanleiding van dingen die – soms onverwacht – goed zijn gegaan.
- **Roddels methode:** deze methode helpt deelnemers naar aanleiding van een verhaal dat de casusinbrenger vertelt, beter te luisteren ‘tussen de regels door’.

Evaluatie

Na afloop zal de interview geëvalueerd worden. Indien wenselijk wordt een nieuw traject afgesproken.

Summary
Doctor in Charge
Regarding leadership and habitus

Nawoord
Curriculum Vitae



This thesis describes the influence of the medical habitus on the leadership task of the medical chairs in a university teaching hospital.

In many western countries, medical specialists are becoming more and more integrated in hospital management. In Dutch general hospitals this integration takes the form of a juxtaposition of medical specialist and hospital organization. In university hospitals, medical specialists are integrated by including them as medical chairs in the organizational hierarchy of the hospital, as professionals in the lead.

In one of these university hospitals the medical chairs are supported in their leadership by an internal management consultant. Analyzing the practical experiences of this consultant, there were some recurring themes, such as the search for authority, for ways of influencing their staff and experiencing management as another world. At times things also went well. From these experiences, the assumption arose that the characteristic patterns which emerged are related to the specific culture and manners of the medical world. An exploration of literature relating to the background of some of these patterns shows a culture of the medical world which provides evidence of some firm and steady characteristics. This culture arises from a long and intensive socialization process: during their training, future doctors learn to behave according to the particular professional and collegial norms of the profession. Learning collegial and professional behavior is as important as the science and art of medicine and it is learned through a socialization process rather than classroom lectures. This socialization process is also called the hidden curriculum to emphasize the contrast with the more formal curriculum which is written down as goals, compulsory subject matter for examinations, competences and so forth. In the socialization process the medical habitus comes into being. A medical professional in the lead could be a bridge between two worlds, the medical and the management world, each with their own logic. He could influence the clinical activities of his colleagues, more than a non medical manager. However, this seems not be a trouble-free task. Sometimes he misses management knowledge, such as financial expertise, and besides this he has difficulties in steering his colleagues. Not much is known about the way this leadership takes shape, in the day-to-day practice. How exactly does the culture of the medical world influence the task of leadership? There is therefore a twofold reason to investigate the leadership of these medical chairs in practice, the exploration of literature and the experiences in the practice of the management consultant. The concept of the habitus emerges from the school of thought of Bourdieu and can be defined as a system of dispositions: durable, subconscious schemes of perception and appreciation that activate and point the way to practice. The research uses this school of thought to include different levels of analysis: the individual, the group and the interaction with the management world. This thesis addresses the question: how does the medical habitus influence the way in which the medical chair with his threefold responsibilities - research, education and high level patient care - fulfills the leadership task? Four questions will be explored in order to answer this question:

- How does the medical habitus appear and what does this mean with respect to the power relations in the group?
- How does the medical habitus influence the performance of the group?
Because we presume that the existing power relations and the performance of the group influence the task of leadership of the medical chair, these first two questions have to be answered, before we can arrive at the leadership of the medical chair itself.
- How does the medical habitus influence the leadership task of the medical chair?
- How does the medical habitus influence the management task of the medical chair?

The research was performed mostly from the perspective of the medical world and its purpose is both generating scientific insights and making recommendations for actual practice. Furthermore, this thesis strives to investigate the value of using the school of thought of Bourdieu in doing this kind of research.

After this introduction in chapter two we will discuss the concepts of Bourdieu and the considerations regarding the choices of research design, the site of investigation and the methods. The concepts of Bourdieu – field, habitus and capital – guide the analysis of the empirical material to an important degree. The concept of **field** refers to social space. It is to be considered as a world, like the medical world. While the concept of field denotes the external social structure of a world, the **habitus** can be considered as the internal model of social reality. The habitus develops within a process of socialization. Each field has its own specific forms of economic, cultural and social **capital**. As economic capital is a well known notion, Bourdieu underlines the other forms of capital, especially the habitus as a form of cultural capital.

Cultural capital encompasses an individual's background, social class and education. Dispositions of the habitus are to be considered as schemes of perception and appreciation which give rise to a limited amount of strategies. Strategies are not always, at least in terms of Bourdieu, consciously applied. These strategies manifest themselves in certain visible patterns of behavior, manners and beliefs.

Social capital refers to 'connections'. When capital yields profits of distinction, Bourdieu speaks of symbolic capital which often appears as authority. Cultural – the habitus - and social capital especially, can be operating as symbolic capital. The capital in a field is always unequally distributed, which gives rise to different positions in the field and competition for the capital at stake.

Within a given field the competition is about the recognized capital of the particular field. Between fields – a field of power in terms of Bourdieu – the owners of different kinds of capital and different logics, like the medical and the management world, struggle about which of the capital and logics, and therewith which world, will dominate.

Choosing the conceptual framework of Bourdieu in studying the social world was the most important strategic choice. Although it is not easy to position Bourdieu in the scientific field, there are various arguments why his concepts will be of value in the study. Firstly, the habitus is a dynamic concept, which refers both to the socialization process in which it is formed and to the results of this

process. Furthermore, the interaction with the other concepts, field and capital, can connect the different levels in this study.

This study has been performed in one site, a university hospital, characterized by an integrated structure of a teaching hospital and a medical faculty under the guidance of one board of directors. The organization has a divisional structure. The medical chairs are the department heads, usually professors, of a specialty in a specific division. The chairs of the division who come directly under the board, head several other departments besides their own. Thus the department heads are integrated in the organizational hierarchy.

One site of investigation has the limitation that no comparisons can be made with other sites. Moreover, the results cannot be transferred easily. The advantage, however, is that rich material can be gathered, reinforced by the access the investigator has within the organization.

Three sources – triangulation – have been used to gather the empirical material: observations, interviews and interactive discussion groups in the form of small learning groups with department heads. The choice of these methods aimed – partly from the range of ideas of Bourdieu – at fitting closely within practices. Six department heads were being observed, with a focus on moments of interaction. These department heads, colleagues of their staff, residents and non medical managers, were interviewed, twenty-nine persons in sum. In addition, all department heads were interviewed about the topic of performance appraisals which intended to investigate the way this management instrument is used in practice in the medical world. Small learning groups with department heads made up the third source of data. In these sessions department heads reflected on different issues regarding their task of leadership, thirty-four sessions with twenty-six participants in sum.

The results of the study are arranged along the lines of the four separate questions.

Chapter three addresses the first question: **how does the medical habitus appear and what does this mean for the power relations within a medical group?**

Four characteristic practices of an academic medical group have been analyzed: meetings where physicians discuss patients (review meetings), patient rounds, operations and research meetings. From characteristic patterns of behavior in these four practices three dispositions of the medical habitus have been identified.

1. The clinical disposition: to see persons as patients, and every patient as different from the others. This point of view generates the strategy in which the physician is searching for symptoms which point the way to a disease that has to be detected and to be cured. The disposition manifests itself in specific patterns of reasoning during the presentation of the patient, in asking a specific kind of questions and in certain arguments during discussions. The clinical posture is to be considered as the physical manifestation of this disposition.
2. The scientific disposition: to see medicine as a scientifically founded discipline. In corresponding strategies physicians gather, generate and apply scientific knowledge

in 'seeing' their patients. The disposition manifests itself in the use of scientific knowledge in patient care, reading scientific literature, research meetings and congresses.

3. The professional disposition: to see oneself as personally responsible. Corresponding strategies are putting the interests of the patient first and having to decide with regard to one's own patients. The disposition manifests itself in arguments regarding choices for treatment of patients; in working hard; eventually suffering physical deprivation; in being able and daring enough to decide. The professional disposition is to be considered as the professional conscience of the physician.

The doctor who excels in these strategies has authority: the cultural capital of the habitus is operating as a source of power. Based on the clinical disposition authority is connected to clinical experience and seniority: the physician did see a lot of patients and is therefore able to diagnose and treat particular patients. Based on the scientific disposition authority is related to the degree of scientific knowledge of which the doctor's degree and professorship can be considered as formal manifestations. From the point of view of the professional disposition authority is related to working 'always' and on being able to act and to decide in important matters for patients, especially when it is about life and death. The degree to which members of the group excel in these strategies determines the power relations within the group.

The clinical disposition plays a leading part here. The scientific and clinical dispositions are sometimes contradictory to each other: knowledge founded on large numbers compared with the individual knowledge of the physician which is founded on experience and the principle that every patient is different.

In the practices described, patient care and the training of residents are inextricably bound with each other. Herewith the hidden curriculum becomes visible, the socialization process in which the habitus is formed and the meaning of the power relations within it. The appearance of the medical habitus in the hidden curriculum is to be regarded as a 'second birth', referring to the intensity of the process. Even though the training of doctors is as formalized and explicated as possible, the medical habitus arises from working in daily practice. The review meeting can be regarded as a form of 'reflective practice', in which not only are residents being checked and trained, but staff are also checking each other and continuously learning. Therefore these meetings form a significant contribution to self regulation in medicine.

In chapter four the second question is answered: **how does the medical habitus influence the performance of the group?** In the analysis of the performance of the group two aspects are taken into account, cooperation and struggle. Cooperation is related to the membership of the group (social capital), struggle concerns the competition for the capital.

Cooperation in a group is characterized by a number of typical collegial manners, mostly in accordance with unwritten rules:

1. To give no orders, not to control each other, decision-making by consensus. These manners are related to the professional disposition in accordance with the physician who decides for himself – gives himself orders – and is considered to take responsibility.
2. To be collegial: to do each other favors and to be loyal to each other. This means covering for colleagues in case of illness, congress or private obligations, often without clear engagements about what will be done in return. To be loyal means for example not to criticize each other outside the group. One uses the ‘*pluralis modestiae*’, speaking of “we” instead of “us”.
3. Not to criticize each other openly. Criticism is mostly disguised in questions.

From these collegial manners we identify the fourth disposition of the medical habitus, the collegial disposition: to see the membership of the group as inextricably bound with one's performance. Corresponding strategies are: to treat one another as equals, never to let a colleague down and never allow a colleague to lose face. The principle of reciprocity is important here. These strategies are to be considered as investments in the membership of the group. To have discourse to this disposition leads to a feel for relations and contributes to the membership of the group: social capital. The membership of a prestigious group gives individual authority.

Though these investment strategies appear to be important, this does not prevent them from not being followed. Two factors play a leading role here: on the one hand the measurement of the value and proportions of the granted favor is difficult. This factor can strain the reciprocity. One experiences a feeling of ‘misfit’. Another factor is related to the occurrence of struggle based on mutual competition. A common habitus does not prevent internal competition, quite the contrary. All the members of a particular world strive for the scarce capital and differences provoke envy and competition. It also makes clear the fact that the equality in a group is relative. The experience of a ‘misfit’ in the exchange of favors and the competition can strain collegial manners as well. To withhold collegiality can be put into effect as a means of power and the escalation of conflicts is then lurking. Conflicts are threatening to the performance of the group and hereby also to good patient care.

There is a mutual hierarchy between the different specialties. These power relations are related to the prestige founded on the medical habitus. The clinical and professional dispositions particularly play a leading part here. Just as within a group, there is sometimes a delicate balance between cooperation and struggle. In particular between adjoining specialties and, in the case of new developments within a specialty, struggle can have the upper hand and threaten cooperation.

Chapter five addresses the third question: **how does the medical habitus influence the leadership task of the medical chair?**

The influence of the medical habitus on the task of leadership of the department head seems to be a two-sided coin. Through this influence the department head faces questions and dilemmas,

but he partly also receives a repertory of ways to exercise influence. First, he asks himself if he has enough authority to exercise influence. His authority is mostly founded on the medical habitus, the clinical disposition plays a leading part again here. If his authority is contested, colleagues often take the wind out of his sails and compete with him. He risks declining his authority in the course of time due to performing less patient care and research. He faces dilemmas when ways of exercising influence do not square with the collegial disposition. How can he make someone do something without giving orders? To whom has he to behave like a good colleague – being collegial and loyal – when the interests of different colleagues are in opposition? Ought he to criticize a colleague openly who is performing badly? By not following the appropriate collegial strategies he risks getting into conflicts, and also becoming separated from the group. The department head uses five methods to exercise influence on individual colleagues and on the state of affairs within the group.

1. The department head remains a physician and a colleague, performing patient care, research, being on duty, supervising residents, though often to a lesser degree. It all adds up to an important way of asserting his authority.
2. He complies with collegial manners in order to exercise influence: asking questions, providing criticism disguised in questions, giving advice, sometimes limiting damage in the case of a poorly performing colleague. These first two methods comply with the medical habitus.
3. The department head uses peer pressure. He uses the pressure of the group to exert influence. He can do so literally, in discussing matters in the group instead of individually, during all kinds of meetings: meetings where they discuss patients, complications with patients or staff meetings. Metaphorically he uses peer pressure in using the 'pluralis modestiae': speaking on behalf of the group. As a derivative form he uses 'pseudo' objective criteria to underpin his point of view. Though using peer pressure is perhaps a step further than complying with collegial manners, it is still in line with the medical habitus. If these ways are not working out in the case of a poorly performing colleague, he has to take other steps.
4. The department head sometimes has to exert more explicit pressure: he has to criticize his colleague openly or threaten to expel him from the group. Here he does not comply anymore with the collegial strategies in the group, but he can be forced to do so on the basis of his responsibility for the group.
5. The department head can intervene in processes within the group. This concerns the fair distribution of all the joys and burdens, interventions in conflicts or decision-making in the group.

The department head, speaking in Bourdieu's terms, is to be considered as the wise man and spokesman. He derives his authority in particular from his personal influence. His cultural capital operates as a source of power. As a wise man, especially with clinical authority, he can set his stamp on patient and research meetings, during rounds or in the theatre. He is active in

asking questions, checking, giving advice. Staff ascribe authority to him. Like the wise man of Bourdieu he has to set an example. The authority of the wise man reinforces his possibilities to exercise influence as spokesman such as exerting influence by using peer pressure or exerting explicit pressure. His authority as a wise man is the deciding factor for making the most of the social capital to which he disposes as spokesman. Furthermore, as a spokesman he can sidestep a number of dilemmas caused by the collegial manners.

The methods that conflict with the medical habitus, such as exercising explicit pressure and intervening in processes within the group, aim towards the protection of the capital of the group. It relates back to a conversion of the habitus from the department head, with the development of the leadership disposition: to see himself as personally responsible for the performance of the group. However, not every department head develops this disposition.

In chapter six the fourth question is raised: **how does the medical habitus influence the management task of the medical chair?**

In this study, the hospital is considered as a field of power. The hospital accommodates different worlds, at least the medical and the management world. The department head is transported to the management world. The chair of the division – medical manager and colleague – and the non medical manager are the most important discussion partners of the department head. In different ways, both worlds attempt to influence each other. The management world has the power to manage and distribute money (economic capital), disposes of a short cut to the board of directors (social capital) and has the knowledge and insights about the complicated flow of money (cultural capital). The department head can put his knowledge and reputation in patient care and research into action (cultural capital) or the flow of money he generates with patient care or research (economic capital). He can also create a short cut to the board of directors (social capital). Sometimes department heads combine their power, so they can set the capital of the group in action. To influence each other, both worlds set the capital in action, which has value in their own world. The world which is able to provide its capital with the highest value can take a dominant position in the field of power. Department heads have the experience that they cannot exercise much influence within the organization. By trying to integrate the two worlds in the department head, the power of some individual doctors in this organization seems to increase, contrary to the power of the medical world – in the hospital – as a whole.

The voice of the management world speaks through the department head in the medical world and sometimes influences decision-making. The management world enters the medical world also by means of the introduction of management instruments. The introduction of management instruments is to be considered as the introduction of management logic in the medical world. The performance appraisal is an example of this. The department head performs these appraisals, but in doing so, he mostly complies with the strategies of the medical habitus. These appraisals have more results when the staff member considers the department head to be a wise man.

Being in two worlds, the department head faces several dilemmas. For example, he experiences the feeling that he has to choose between his staff and the organization or – perhaps more and more – between the individual patient and the organization.

This means the department head is balancing between two worlds. He needs sufficient knowledge and information in terms of the management world to exercise his influence there. He needs to understand the game in order to play along, which distinguishes him from his colleagues. However the medical habitus remains his true second nature. In general, there is no development of something like a management disposition. If the department head inclines towards the management world too much, he loses his surplus value in the group: first of all he has to remain the wise man and colleague to be able to exert influence in the group.

After answering the separate questions, the central question in this thesis can be answered:

how does the medical habitus influence the way in which the medical chair with his threefold responsibilities – research, education and high level patient care – fulfills his leadership task?

The medical habitus determines to a greater extent the limitations and possibilities of the leadership of the department head. The habitus influences the questions and dilemmas which the department head faces as well as the ways in which he can exert his influence.

Only when staff consider him to be a wise man is he actually able to influence the clinical activities and state of affairs in the group. He particularly employs collegial manners in line with the medical habitus. The effects of these manners should not to be underestimated. In this way the department head plays a leading part in the self regulation of the group. Sometimes he has to apply methods that are in conflict with the medical habitus, which can strain the relations with his colleagues. The leadership disposition can especially be derived from these methods, to see himself as personally responsible for the performance of the group. By means of this conversion of the habitus stepping ‘back’ among their staff seldom seems to happen. As well as cooperation between the two worlds, struggle occurs. Department heads have difficulties in ‘reading their budgets’ or getting sufficient information. Department heads can be a bridge between two worlds, but this bridge often lacks a solid foundation in the management world. Next to it, department heads experience little authority in strategic matters.

With ups and downs the department head moves between both worlds. He needs to speak two different languages. He looks like a Janus face: looking at two worlds with two different logics. Sometimes he disposes managerial behavior, but chiefly he remains doctor and colleague. The medical habitus remains his true second nature.

The use of the concepts of Bourdieu gave added value to this study. Different levels of analysis could be brought together which provided different insights. Furthermore, this study showed how his concepts can be applied in the analysis of an organization. However, there are some comments to make, too. The range of thought of Bourdieu sheds insufficient light on the role of shame in the conversion of the habitus.

The sloppy application of concepts and his complex language make his concepts hard to grasp. In this study, the concepts are described rather analytically. Though this approach may simplify the subject, it may lead to a more unambiguous understanding too. Furthermore, comparisons of the habitus with other fields are probably made simpler. We think more attention could be paid to the collegial disposition. Through this collegial disposition the internal structure of the individual – the habitus - can be connected to the external structure of the field.

The research in one particular field of investigation did produce valuable material. Even though there will be differences, the findings in this study will have certain validity in other hospital settings and the doctors who work there.

Based on the findings of this study, several points of attention can be formulated. First, the department head needs to be and to remain the wise man and spokesman in order to influence the clinical activities of his colleagues and the performance of his group. Second, attention has to be paid to the importance of learning through the hidden curriculum and continuing with this learning in review meetings.

In the third place, attention must be paid to the balance between the two worlds. A factor of importance here concerns the support of department heads and next to it the hidden curriculum for department heads. Tools and instruments of the management world need not be provided to them indiscriminately. Attention to 'institutional ethics' in the organization needs to ensure that doctors are sufficiently involved in general with regard to decision-making in patient care.

Further research can be done in different directions. First, comparable research in hospitals with another organizational structure can provide more contrast in relation to the findings in this study. In the second place, research can be done into the influence of a probably changed work ethic and the rise in all kinds of external instruments of control regarding the medical habitus and the medical world. Third, comparable research can be done within other professional fields and the organizations which accommodate them. In this way, parallels between the professions can be brought into a broader social perspective.

Nawoord

Het schrijven van een proefschrift is te beschouwen als een professionaliseringstraject en is daarmee ook een socialisatieproces. Wat en hoe er wordt geleerd zijn bepalend voor dit proces. Dit proefschrift vormt de – gedeeltelijke – weerslag van wat er is geleerd. In dit nawoord ga ik in op het hoe: geen socialisatieproces zonder pedagogische autoriteit en zonder context.

Pedagogische autoriteit

Gerhard Smid, mijn copromotor, verbonden aan het Sioo, was de eerste autoriteit die ik tegenkwam op mijn pad. Hij ontsloot een enorme hoeveelheid literatuur, waarmee verschillende werelden voor mij opengingen. Hij hielp een deel van mijn *tacit knowledge* te expliciteren en zo de richting van het onderzoek te bepalen. Zijn enthousiasme voor het onderwerp en relativisering tijdens promotiedips zijn belangrijke steunmomenten geweest.

Roel in 't Veld, tijdens de start van het onderzoek nog rector van het Sioo, stelde voor Pauline Meurs bij het onderzoek te betrekken. Dat idee bleek meer dan goed.

Pauline werd eerste promotor; streng, doch rechtvaardig. Daarnaast is zij slim, integer en een inspirerend voorbeeld. Zij was daarmee voor mij een perfecte pedagogische autoriteit. Zij riep wel eens uit: 'Wat is dat toch, die moeite van dokters met kritiek? Jij kan toch ook kritiek hebben!' Nou, kritiek is ook voor mij helemaal niet makkelijk, maar juist wel acceptabel van iemand als zij. Bij een proefschrift over dokters hoort ook een medische pedagogische autoriteit. Dick Willems heeft, net als ik, zijn wortels in de huisartsgeneeskunde en bleek ook nog college gehad te hebben van Bourdieu. Hij legde met een kritische blik, vooral in de vorm van vragen – een echte dokter? – vaak de vinger op de zere plek; wars van overbodige details, hoewel er naar zijn smaak waarschijnlijk nog meer bijzaken uit hadden gemogen.

Het was een luxe om aan de ene kant zoveel van hen te leren, met toch alle ruimte om mijn eigen pad te kiezen.

Context

De afdelingshoofden die meegewerkt hebben aan het onderzoek – via intervisiebijeenkomsten, observaties en interviews, ben ik veel dank verschuldigd; in het bijzonder zij die mij bij de observaties in hun keuken lieten meekijken. Hoewel zij het vaak leuk vonden nu eens zelf onderwerp van onderzoek te zijn, was er altijd de zorg dat andere betrokkenen, zoals hun staf, onverhoopt zichtbaar in mijn boekje zou komen. Ik hoop dat ik hun vertrouwen niet beschaamd heb. Behalve dat ik veel van hen geleerd heb, waarvan nu hopelijk ook anderen kunnen profiteren, hebben we ook veel lol gehad. Ook stafleden, arts-assistenten en directeurs verleenden enthousiast hun medewerking aan het onderzoek.

Dankzij Marijke Burger, mijn baas bij de aanvang van het traject, was het mogelijk op een in feite oneigenlijke plek als de concernstaf, onderzoek te doen en dit te combineren met mijn werk. De voorzitters van de Raad van Bestuur, eerst in de persoon van Niek Urbanus, later Louise Gunning,

gaven toestemming en het vertrouwen dit onderzoek te doen. Huub van Wersch, de opvolger van Marijke, gaf mij alle vrijheid en het vertrouwen dat ik daar goed mee omging. De dames van de Bidoc, Marian Schumacher en in de eerste fase ook nog Ria Liberom waren onvermoeibaar in het opsporen van de door mij gewenste literatuur.

Secretaresses zijn een onderschatte factor in het functioneren van een professionele organisatie. Zeker als zij intervisiebijeenkomsten met afdelingshoofden moeten plannen; zonder Francis zou mijn onderzoek nog niet klaar zijn!

Met de onderzoeksgroep van Dick Willems – ‘filosofie in de zorg’ – kwam er ook in eigen huis een plek voor inspiratie en kritische reflectie in het onderzoek.

Sioo, dat ik al eerder noemde, was een belangrijke professionele context voor het onderzoek, een vrijplaats om met allerlei verschillende mensen na te denken over organiseren en veranderen. Ik werd er gastvrij onthaald om te schrijven, op flexibele werkplekken, die wonderlijk genoeg toch bij vaste personen bleken te horen. In het onderzoeksplatform, onder de bezielende leiding van Jaap Boonstra, later samen met Leon de Caluwé, bespraken we onderzoek in alle fasen, maten en soorten. Hieruit ontstond ons kleine Sioo clubje met Arienne, Isolde, Renate, Elsbeth en Brechtje die helaas af moest haken. We hadden inspirerende besprekingen die, ook al zijn sommigen van ons al gepromoveerd, zullen doorgaan en tot mooie artikelen gaan leiden. Met Arienne ging ik vanaf de start gelijk op. Onze onderwerpen zijn verschillend, maar de fasering was vergelijkbaar en wij trokken eensgezind op. Arienne werd een vanzelfsprekende paranimf.

Als je als werkende moeder en partner – al een dikke fulltime job – ook nog besluit te promoveren, blijft er weinig tijd over. Gelukkig zijn sommige dingen hiertegen bestand. Zoals de kliekjes die dokters ook in hun privéleven vormen. Onze co-groep – Anne Pauline, Eva, Saskia, Vos en Machiel – eet al 25 jaar regelmatig bij elkaar. Onze huisartsengroep – Eva, Etty, Louise en Willemijn – haalt dit jubileum ook al bijna, met etentjes en de jaarlijkse wandeldag. Melle wist me af en toe los te rukken voor wandelingen of lunches, om stoom af te blazen na afspraken met promotoren. Vrienden als Pim en Carolien zijn een lot uit de loterij, en boekhouden niet met de tijd. We hebben veel hoogte- en dieptepunten met elkaar meegemaakt, al dan niet met champagne overgoten. Met Pim ben ik in 1976 aan de studie geneeskunde begonnen; ik was in 1987 zijn paranimf, hij is vanzelfsprekend nu de mijne.

Nog dichterbij huis kom ik bij Sya, al vanaf 1989 in ons gezin. Zij kwam voor Aaf, draaide haar hand niet om voor een tweeling erbij, waarvan één met het syndroom van Down, een man eraf en later weer een nieuwe erbij. Ze is er nog steeds, oma Sya voor Jan, een belangrijk en trouw fundament, zonder wie ik mijn werk en onderzoek nooit zo had kunnen doen.

Mijn primaire socialisatiewortels liggen natuurlijk in het gezin waaruit ik afkomstig ben. Ondanks verschillen voel ik vooral de verwantschap met mijn broer Bob en zus Sandra in de gedrevenheid waarmee wij ons werk doen en dit combineren met een gezin. Mijn schoonzus Wilma heeft dit boekje zo mooi vorm gegeven. Ze zijn er voor me als het nodig is. De autoriteiten hier zijn onmiskenbaar mijn ouders. Ons laatste jaarlijkse etentje op de sterfdag van mijn vader, vond al weer voor de 24ste keer plaats. Het blijft treurig dat hij veel van de resultaten van zijn ‘werk’ niet

mee kan maken. Ik was geloof ik wel het vermoeiendste kind, dat vroeger altijd wegliep en van alles wilde. Nog steeds wordt mijn moeder moe van mij, maar trots is ze zeker ook. Stelling 11 gaat natuurlijk in het bijzonder over haar, de grootmoeder van mijn kinderen. Ze is een onvoorwaardelijke steun en van meet af aan vliegende keep in de zorg voor mijn kinderen. Zonder haar was ik hier nooit gekomen.

Ik voel me rijk met het leven in mijn eigen gezin. Aaf, Breg en Jan zijn mijn grootste trots. In hen zie ik ook het socialisatieproces verder gaan. Het gaat hierbij weer niet om de verschillen maar de overeenkomsten. Wat ze doen, doen ze goed en gedreven. Aaf in de geneeskunde, Breg in het theater, Jan in het schilderen en de wereld van het circus.

Met Han kwamen ook Anneke, Sjoerd en Wytze erbij. Eten met zijn allen, verhitte discussies, ik hoop dat we er in de toekomst weer meer tijd voor hebben.

Han bleef altijd in mij geloven, heilig overtuigd van mijn slagen. Hij noemt zich mijn beste 'leerling' en grootste fan, ook als hij aanliep tegen de nadelen van het leven met een ambitieuze vrouw. Elk nadeel heeft zijn voordeel: terwijl ik met mijn laptop verkleefd was, werden zijn kookkunsten steeds beter. Ook in dit opzicht is het promoveren een goede diepte-investering geweest. Hij is mijn maatje, mijn liefste.

Yolande Witman

Nigtevecht, november 2007

Deze uitgave werd financieel ondersteund door het Academisch Medisch Centrum, Amsterdam en Zorg Consult Nederland

Curriculum Vitae

Yolande Witman (31 januari 1958) bezocht het Vossius Gymnasium te Amsterdam van 1970 tot 1976. Zij startte in 1976 met de studie geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Tijdens deze studie was zij als kandidaatsassistent verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde en daarna aan de vakgroep Medische Psychologie van het Academisch Medisch Centrum (AMC) bij de Universiteit van Amsterdam. In deze functie gaf zij verschillende soorten practica aan medische studenten en co-assistenten. In 1983 haalde zij haar artsexamen.

Van 1984 tot 1986 was zij werkzaam als arts-assistent gynaecologie / verloskunde (niet in opleiding) in Stichting Ziekenhuis Amstelveen. In 1986 / 1987 deed zij de beroepsopleiding tot huisarts aan de Universiteit van Amsterdam en was daarbij werkzaam in een huisartsenpraktijk in Egmond aan Zee. Hierna werkte zij in een huisartsenpraktijk in Amsterdam (in loondienst) en startte vanaf 1989 een eigen huisartsenpraktijk in Nigtevecht. Om privéredenen stopte zij hiermee in 1993.

Vanaf 1989 tot en met 1997 was zij tevens werkzaam als klinisch begeleider en trainer bij de vakgroep Medische Psychologie in het AMC. Zij begeleidde patiënten met bijvoorbeeld verwerkingsproblemen, opgenomen in het ziekenhuis en gaf communicatietrainingen aan artsen en verpleegkundigen. Als freelance trainer verzorgde zij tevens elders in het land communicatietrainingen voor huisartsen en medisch specialisten.

In de periode 1995-1997 volgde zij een opleiding tot organisatieadviseur bij het Sioo (Stichting Interuniversitair centrum voor organisatie- en veranderkunde). Vanaf 1998 werkt zij als organisatieadviseur in het AMC te Amsterdam. Haar belangrijkste opdracht is de ondersteuning van medische en wetenschappelijke afdelingshoofden bij het leidinggeven. Deze ondersteuning kent verschillende vormen, zoals coaching, ad hoc consultatie, het organiseren van workshops, het begeleiden van stafdagen en van intervisiebijeenkomsten. Hiernaast is zij betrokken bij andere projecten in de organisatie zoals spiegelbijeenkomsten en professionaliseringstrajecten voor andere disciplines. Zij is lid van de Orde van Organisatieadviseurs.

Vanaf 2002 combineerde zij haar werk als adviseur met het doen van promotieonderzoek. Zij neemt vanaf 2000 deel aan het Onderzoekspplatform van Sioo. Hier komen verschillende professionals die werken aan (promotie)onderzoek viermaal per jaar bijeen om allerlei aspecten van het doen van onderzoek te bespreken. Als afgeleide van dit platform participeert zij in kleiner verband in meer individueel toegespitste onderzoeksbesprekingen. Daarnaast neemt zij deel aan de onderzoeksgroep 'Filosofie van de Zorg' van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het AMC.