

ONDERWIJS

Medische professionals over hun kernwaarden

HET BELANG VAN PRAKTIJKVERHALEN EN INTRINSIEKE MOTIVATIE

Yolande Witman, Peter C.M. van den Kerkhof en Didi D.M. Braat

In de huidige systemen om kwaliteit van zorg te waarborgen ligt het accent sterk op externe controle van professionals. Wij gingen op zoek naar een manier om de intrinsieke motivatie van medische professionals aan te spreken en de betekenis te achterhalen die zij aan 'goed werk' geven. Dit werd gedaan met behulp van reflectieve sessies met de 'gereed-schapskist' GoedWerk: in 4 sessies reflecteerden 3 verschillende groepen medische professionals in een umc (afdelingshoofden, arts-assistenten en coassistenten) over de thema's excellentie, morele verantwoordelijkheid en persoonlijke betrokkenheid. In de sessies wisselden de deelnemers praktijkverhalen uit. Het meest centrale thema was morele verantwoordelijkheid met de daarbij horende dilemma's. De sessies leidden tot onderlinge er- en herkenning, inspiratie en motivatie. Het bespreken van betekenisvolle praktijkverhalen is te beschouwen als een leermoment; het versterkt de professionele identiteit en stimuleert de intrinsieke motivatie. Meer ruimte voor deze vorm van reflectie zou de balans met externe controlesystemen kunnen herstellen.

De maatschappij heeft professionals nodig die goed werk realiseren. Professionals vervullen daarnaast een voorbeeldfunctie waar het gaat om het overdragen van waarden, normen en gedragsvormen.¹ Toch staat het verrichten van 'goed werk' onder druk. Ook in de gezondheidszorg. Medici functioneren in een context met vaak conflicterende waarden, waarbij zij complexe afwegingen moeten maken. Verschillende ontwikkelingen beïnvloeden deze afwegingen, en daarmee het doen van 'goed werk'.

Zo is in de eerste plaats de professionele ethiek zelf niet statisch, en is zij onderhevig aan maatschappelijke veranderingen. Prioriteiten zijn niet langer gebaseerd op alleen medische noodzaak.²

Ten tweede is kwaliteit van zorg onderwerp van maatschappelijke discussie, waarbij verwezen wordt naar incidenten rond het functioneren en disfunctioneren van medisch specialisten, en naar bijvoorbeeld het aantal fouten en complicaties bij ziekenhuisopnames.³ De nadruk in deze discussie ligt vooral op een technisch instrumentele opvatting over professionaliteit en kwaliteit. De hierbij horende termen – efficiëntie, output, indicatoren, protocol en checklist – zijn onvoldoende om ook met name de morele aspecten en procesaspecten van professionaliteit te beschrijven. Bovendien kan het eenzijdig sturen op prestatie metingen perverse effecten met zich meebrengen, zoals strategisch gedrag bij managers en professionals.⁴

In de derde plaats vertaalt de huidige roep om transparantie en verantwoording zich in steeds meer regels, procedures en instanties die de kwaliteit van de zorg controleren.⁵

Terwijl de externe controle toeneemt, toont internationaal onderzoek aan dat gemotiveerde mensen beter presteren wanneer zij worden aangesproken op hun intrinsieke motivatie.⁶ Zij leveren goed werk vanuit hun eigen perspectief en vanuit het gezichtspunt van de maatschappij.

Ook in het UMC St Radboud merkten we dat de huidige taal en instrumenten rond kwaliteit artsen vaak onvoldoende inspireren. Uit de overtuiging dat het belangrijk is om een vocabulaire te ontwikkelen voor 'goed werk', zodat medische professionals hun vak gemotiveerder uit kunnen dragen naar hun patiënten, studenten en arts-

Stichting Interacademiale Opleiding Organisatiekunde (Sioo), Utrecht.

Dr. Y. Witman, arts en organisatieadviseur.

UMC St Radboud, Nijmegen.

Afd. Dermatologie: prof.dr. P.C.M. van de Kerkhof, dermatoloog.

Afd. Verloskunde en Gynaecologie: prof.dr. D.D.M. Braat, gynaecoloog.

Contactpersoon: dr. Y. Witman (ywitman@gmail.com).

assistenten, deden wij een pilotonderzoek met de 'gereed- schapskist' GoedWerk, in samenwerking met de Stichting Beroepseer (www.beroepseer.nl). Deze gereed- schapskist is ontwikkeld binnen het GoodWork Project, dat mede uit bezorgdheid over de bedreiging van 'goed werk' van professionals is ontstaan.⁶ De kern van 'goed werk' wordt samengevat in 3 thema's: excellentie, morele verantwoordelijkheid en persoonlijke betrokken- heid (oorspronkelijk de 3 E's: 'excellence, ethics and enga- gement').² De gereed- schapskist is een verzameling van verhalen en oefeningen rond de genoemde 3 thema's waarmee professionals individueel en groepsgewijs kun- nen reflecteren op de betekenis van hun professionele en persoonlijke waarden.

We bespreken onze ervaringen met deze pilot aan de hand van 2 vragen: (a) Wat betekent 'goed werk' voor deze professionals?; (b) Wat is de opbrengst van deze ses- sies? Op basis van onze ervaringen pleiten we voor meer ruimte voor het stimuleren van intrinsieke motivatie om zo een bijdrage te leveren aan het debat over de balans tussen interne en externe controle van professionals.

HET PILOTONDERZOEK

Aan de pilot deden 3 groepen mee die in verschillende fasen van hun medische carrière waren: medische afde- lingshoofden (n = 6), arts-assistenten (n = 7) en coassistenten (n = 9). De groepen kwamen bijeen in 4 ses- sies van 3 h met 2 begeleiders. Het programma was gro- tendeels gebaseerd op de gereed- schapskist GoedWerk. De 1e sessie was een algemene introductie op het thema 'goed werk'; volgende sessies betroffen de thema's excel- lentie, morele verantwoordelijkheid en persoonlijke betrokkenheid. Vaak startten we met eigen opvattingen van deelnemers over het thema. Daarna obespraken we een casus uit de gereed- schapskist, afkomstig van een andere beroepsgroep, en maakten we een keuze uit de verschillende reflectieoefeningen. We voegden het uit- wisselen van eigen professionele ervaringen uit de medi- sche praktijk door middel van verhalen – in feite casus- besprekingen – als wezenlijk onderdeel van elke sessie toe aan het programma. Elke sessie eindigde met een schriftelijke reflectie. Alle sessies werden opgenomen en letterlijk uitgetypt.

BETEKENIS VAN 'GOED WERK' VOOR MEDISCHE PROFESSIONALS

In de praktijkverhalen spraken de deelnemers over pro- fessionele thema's die daadwerkelijk iets voor hen bete- kenden en hen emotioneel raakten: verhalen over 'het hart van de professie'. Verschillen tussen de groepen waren gerelateerd aan verschillen in opleidingsstadium en carrière.

De voorbeelden van excellentie gingen over collega's die in de ogen van de vertellers over het 'hoogste professio-

nele kapitaal' beschikten. Opvallend was dat voor afde- lingshoofden de klinische expertise hierbij een 'sine qua non' leek te zijn. Het respect en de bewondering betrof de morele attitude, de verantwoordelijkheden voor de pati- ent en de afdeling (tabel 1, citaat 1). In de verhalen van arts-assistenten en coassistenten over excellentie ston- den uitmuntende opleiders en dokters die het belang van de patiënt voorop stellen centraal (zie tabel 1, citaat 2). De dilemma's in de verhalen van afdelingshoofden hin- gen samen met botsende verantwoordelijkheden, zoals het dilemma van het moeten kiezen tussen hun verant- woordelijkheid voor de patiënt en die voor de afdeling vanuit hun leiderschapspositie. Een afdelingshoofd introduceerde zijn verhaal met de titel 'De zaak dienen,

TABEL 1 Citaten van enkele deelnemers van een pilot-onderzoek naar het bevorderen van de intrinsieke motivatie door onderling praktijkverhalen uit te wisselen

Citaat 1, een afdelingshoofd over excellentie:

'Het heeft te maken met integriteit en moraliteit. Sowieso heb je goed vakmanschap nodig, maar daar bovenop extra kwaliteiten waarbij integriteit bovenaan staat. Het heeft niets te maken met geld of macht.'

Citaat 2, een arts-assistent over excellentie:

'Wij vinden haar een excellente dokter omdat zij heel veel excellente eigenschappen in zichzelf verenigt. Zij heeft enorm veel kennis; zij is een enorm goede communicator, ze kan met de meest lastige of moeilijke patiënten contact opbouwen, met respect voor de patiënt en zonder zichzelf en haar eigen ideeën over de situatie te verloochenen. En dat vergt wat. Verder is het zo dat zij ook nog eens enorm goed kan uitleggen. Zij is heel gedreven; zij doet het echt uit zorg voor de patiënten. Ze neemt ook extra moeite. Dat is ook in deze casus te zien: ze had ook kunnen zeggen: 'Laat die jongen maar gewoon van de afdeling gaan; zoveel problemen, we gaan er niet nog meer moeite in steken.' Dat is geen standpunt dat zij in zou nemen. Zij doet dat met respect voor de patiënt. Het is ook niet zo dat zij hem aan het handje voert naar waar zij wil zijn; het is dat zij in een gesprek nog steeds aan het aftasten is van 'Wat wil deze patiënt?' en daar ook op in kan spelen.'

Citaat 3, een arts-assistent naar aanleiding van een dilemma:

'Alleen vond ik het op dat moment een hele confronterende beslissing, want ik bracht die pillen in en op het moment dat ik dat deed, voelde ik het kind tegen mijn vingers aan trappelen. En het enige wat ik kon denken was: 'Ik ga jou nou doodmaken.' En dat vond ik voor mezelf heel erg moeilijk. [...] Daar heb ik ook over nagedacht in het kader van mijn eigen zwangerschap. Als ik nu zwanger zou zijn van een kindje met downsyndroom dat geen lichamelijke afwijking zou hebben, dan zou ik de zwangerschap niet afbreken. Zou dat dan betekenen dat ik dat bij andere mensen ook niet zou willen doen? Nee.(...) Voor mezelf maak ik een andere afweging, ja. Mijn strategie is dat ik goed wil doen. En ik zie dat ik daar in goed doe, doordat ik het toch doe.'

Citaat 4, een coassistent naar aanleiding van een dilemma:

'Als hij dit doet, dan zal hij met andere dingen ook wel onverantwoordelijk omgaan. Ik zou hem, als hij in de toekomst arts is, niet vertrouwen.'

niet de patiënt'. Hij vertelde over zijn beslissing tot het afstoten van een bepaalde categorie patiënten in verband met de te hoge kosten. Hij legde uit hoe hij het gevoel had te moeten kiezen tussen zijn verantwoordelijkheid voor de patiënt en die voor de afdeling en de ziekenhuisorganisatie.

Arts-assistenten identificeerden zich in het begin van de opleiding meer met de patiënt als een persoon, zoals zij zelf zijn. Dit was nog duidelijker bij de coassistenten, terwijl zij later in hun carrière de persoon – leren te – zien als een patiënt. In hun dilemma's kunnen de persoonlijke waarden dan ook botsen met de medisch professionele. Een voorbeeld hiervan vormde het verhaal van een zwangere arts-assistent over het verrichten van een zwangerschapsafbreking van een foetus met downsyndroom. Zij wilde het goed doen als dokter, stond achter de procedure in deze situatie, maar het betekende dat zij een verrichting deed bij een patiënt die zij zelf als persoon niet wilde ondergaan (zie tabel 1, citaat 3).

2 verhalen van coassistenten betroffen het 'disfunctioneren' van een collega-coassistent. Zij ervoeren een dilemma te moeten kiezen tussen de collegiale loyaliteit en de verantwoordelijkheid voor de patiënt (zie tabel 1, citaat 4).

Genoemde dilemma's kunnen opgevat worden als morele dilemma's, die verschillende waarden bevatten. Beslissingen kunnen aanleiding geven tot onwenselijke situaties, ook voor anderen. De keuze kan daarom niet op een logische, maar moet op een persoonlijke basis gemaakt worden.

OPBRENGST VAN HET DELEN VAN PRAKTIJKVERHALEN

De sessies gaven inspiratie en motivatie; dit kwam vooral naar voren naar aanleiding van verhalen over voorbeelden van excellentie, waarin de bewondering duidelijk doorklonk. Deze voorbeelden fungeren als rolmodellen, waar de vertellers zich mee identificeren en die inspireren om door te gaan en naar beter te streven. Zoals een arts-assistent zei: 'Ik kan alleen maar hopen dat ik in de loop der jaren het in de vingers kan krijgen om ook zo iets te kunnen doen...'

Een andere functie van de sessies was onderlinge erkenning, en het ontstaan van een actiegerichtheid naar de toekomst. Met name de verhalen over dilemma's verhoogden het bewustzijn van andere oplossingsmogelijkheden. Na de discussie gaven deelnemers soms aan dat zij een casus in de toekomst anders zouden oplossen. In de evaluatie gaven de deelnemers aan dat zij zich geïnspireerd, gemotiveerd, bevestigd en erkend voelden. Het delen van de ervaringen leidde tot een gevoel van gemeenschappelijkheid en trots zijn op het vak. In tabel 2 staan enkele citaten over de opbrengst van de sessies weergegeven.

TABEL 2 Eindevaluatie van het pilotonderzoek naar het bevorderen van intrinsieke motivatie door onderling praktijkverhalen uit te wisselen; uitspraken van enkele deelnemers naar aanleiding van de vraag over de opbrengst van de sessies

'Het zit weer in mijn systeem.'

'Ik realiseer me wat voor een mooi vak ik heb, dat ik weer wil uitdragen.'

'Dat je weer trots bent en het leuk vindt dat je dokter bent.'

'Betrokkenheid genereren, herkenning wat ons motiveert.'

'Dat je het daardoor ook beter kunt overdragen.'

'Dat je gevoeliger wordt voor signalen.'

'Bewustwording, ook over hoe zaken in praktijk te brengen.'

'Het gaat niet zozeer om de einduitkomst, maar om de gesprekken op zich.'

'Het gaat over voorbeelden in de eigen praktijk, die je echt bezighouden.'

'Met groepen die er toe doen tot kernwaarden komen, waar het echt om gaat.'

BESCHOUWING

In de sessies wisselden de deelnemers vooral praktijkverhalen uit en gaven zo betekenis aan hun professionele ervaringen. In de verhalen onthulden zij hun professionele identiteit, hun medische habitus: de wijze waarop zij de wereld om hen heen waarnemen en waarderen, en de acties die daar uit volgen.⁷ De professionele verantwoordelijkheden met bijbehorende dilemma's vormden het centrale thema, ongeacht het onderwerp van de sessies (excellentie, verantwoordelijkheid of persoonlijke betrokkenheid), en niet zozeer de technische hoogstandjes. Deze morele verantwoordelijkheid voor het handelen rond de patiënt betreft een deel van het hart van de professie, de normatieve professionaliteit,⁸ die zich meer leent voor verhalen die professionals taal geven om te expliciteren 'waar het echt om gaat'.

Dilemma's in verantwoordelijkheden kunnen beschouwd worden als kantelmomenten waarop professionals leren en het professionele geweten ontwikkelen.⁸ Net als de patiëntenbespreking kunnen dergelijke sessies beschouwd worden als een vorm van reflectie op de medische praktijk ('reflective practice').⁹

Meerdere auteurs wijzen op de functies en het belang van praktijkverhalen, bijvoorbeeld om bij te dragen aan de betekenis en begrip van nieuwe situaties.¹⁰⁻¹⁴ Het zelfbewustzijn van arts-assistenten kan hiermee worden vergroot om hen betere, empathischere en meer betrokken dokters te maken.¹⁵ Het vertellen en delen van verhalen over patiënten – praktijkverhalen – zijn belangrijk voor het leren en de productie van kennis,^{11,15} en kan de op praktisch handelen gebaseerde 'tacit knowledge' (ervaringskennis die impliciet, stilzwijgend en vaak verheld is waardoor zij moeilijk overdraagbaar is) exploreren.¹⁶ Recent pleitten Prober en Heath voor de kracht van pati-

entenverhalen vanaf het begin van de medische opleiding: 'Messages also become stickier when they come in the form of a story that elicits emotion in readers or listeners. Patients' stories [...] serve as the scaffolding on which facts and concepts can be organized and reinforced.'¹⁷

De deelnemers aan de pilotstudie pleitten unaniem voor het organisatiebreed invoeren van de gereedschapskist. Het blijkt echter, ondanks het enthousiasme van de deelnemers en de positieve evaluatie, niet eenvoudig om ruimte te vinden voor dergelijke tijdroevende initiatieven zonder 'harde' resultaten. Zeker in een tijd waarin niet-betaalde activiteiten, zoals onderling en multidisciplinair overleg, onder druk staan, met 'meten is weten' als belangrijk adagium. Maar zoals Einstein gezegd zou hebben: 'Not everything that counts can be counted, and not everything that can be counted counts.'

Op basis van onze ervaringen willen wij juist pleiten voor ruimte voor deze vormen van gezamenlijke reflectie. De noodzaak van het bevorderen van intrinsieke motivatie is groter dan ooit: een toenemend aantal artsen verlaat nu voortijdig hun praktijk wegens vervroegd pensioen of ziekte.¹⁸ Arts-assistenten lijden aan burn-out of beëindigen hun opleiding.¹⁹ Bovendien draagt het delen van betekenisvolle praktijkverhalen, net als de patiëntenbespreking, bij aan het continue professionele socialisatieproces, een vorm van interne sociale controle, en daarmee aan de zelfregulatie van medische professionals.²⁰ De focus op de intrinsieke motivatie zou de balans met

de huidige dominante technische instrumentele opvatting van professionaliteit, met vooral externe controle-systemen, kunnen herstellen.

Naast het gebruik van de gereedschapskist GoedWerk in engere zin zoals hier beschreven, zou het gebruik in bredere zin een andere interessante optie vormen: het integreren van verhalen vertellen in huidige praktijken. Dit kan zowel in bijvoorbeeld patiënten-, complicatiebesprekingen en multidisciplinaire besprekingen, als in overleggen van afdeling, vakgroep, maatschap, stafbestuur en in besprekingen met het management; en als onderdeel van de opleiding. Verder onderzoek naar dergelijke initiatieven zou de opbrengst in brede zin in kaart kunnen brengen.

Frank van de Kracht, coassistent, en Dirk E.M. Geurts, arts-assistent psychiatrie, beiden werkzaam in het UMC St Radboud, gaven waardevol commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: formulieren met belangenverklaring zijn beschikbaar bij dit artikel op www.ntvg.nl (zoeken op A5698; klik op 'Belangenverstremgeling').

Aanvaard op 16 januari 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:A5698

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/PERSPECTIEF**

LITERATUUR

- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid WRR. Waarden, normen en de last van het gedrag. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2004.
- Dwarswaard J. De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen. Den Haag: Boom en Lemma; 2010.
- WHO. World alliance for patient safety. Geneva: WHO; 2004. www.who.int/patientsafety
- Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Signalering ethiek en gezondheid 2006/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006. Bont A de, Jerak S, Zuiderent T, Bal R, Meurs P. Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg. Onderzoeksrapport 2009.02. Rotterdam: EUR / iBMG; 2009.
- Gardner H, Csikszentmihalyi M, Damon W. Het GoodWork* Project: enkele resultaten van vijftien jaar onderzoek. In: Jansen T, Brink G van den, Kole J, redacteurs. Beroepstrots, een ongekende kracht. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2009. p. 48-76.
- Witman Y. De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus [proefschrift]. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2007.
- Van den Ende T. Waarden aan het werk. Over kantelmomenten en normatieve complexiteit in het werk van professionals. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP; 2011.
- Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. Aldershot, Brookfield USA, Singapore, Sidney: Ashgate ARENA; 1983 / 1999.
- Hunter KM. Doctors' Stories, The narrative structure of medical knowledge. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1999.
- Witman Y. 'Second birth': Leren door meedoen in de patiëntenbespreking. In: Smid GAC, Rouwette E, redacteurs. Ruimte maken voor onderzoekende professionaliteit. Onderzoekend handelen, handelend onderzoeken. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2009. p. 287-97.
- Forester J. Practice stories: The priority of practical judgment. In: F. Fischer F, Forester J, editors. The argumentative turn in policy analysis and planning. London: Duke University Press; 1993.
- Charon R. Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA. 2001;286:1897-902.
- Horowitz CR, Suchman AL, Branch WT, Frankel RM. What do doctors find meaningful about their work? Ann Intern Med. 2003;138:772-6.
- Atkinson P. Medical talk and medical work. London: Sage; 1995.

- 15 Balogun J, Huff AS, Johnson P. Three responses to the methodological challenges of studying strategizing. *J Manage Stud.* 2003;40:197-224.
- 16 Prober CG, Heath C. Lecture Halls without Lectures – A Proposal for Medical Education. *N Engl J Med.* 2012;366:1657-9.
- 17 Kassirer JP. Doctor discontent. *N Engl J Med.* 1998;339:1543-5.
- 18 Prins J. Burnout among Dutch medical residents [proefschrift]. Groningen: RUG; 2009.
- 19 Witman Y. Het verborgen curriculum, een onderschat fenomeen. *Tijdschrift voor Management en Organisatie.* 2010;64:21-35.