

02 WAAROM MANAGEMENT VOOR DE ARTS-SPECIALIST IN OPLEIDING?

2.1 CanMEDS-rollen

De manama Specialistische Geneeskunde (180 studiepunten) is opgebouwd rond vier rollen die de arts-specialist in zijn professionele leven moet invullen:

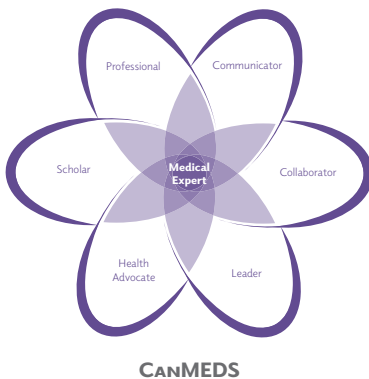
- de rol van medicus;
- de rol van wetenschapper;
- de rol van communicator;
- de rol van manager.

Die rollen zijn gebaseerd op CanMEDS-rollen die in 1996 door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada zijn vastgelegd.



HET CANMEDS-MODEL

De term 'CanMEDS' staat voor 'Canadian Medical Education Directives for Specialists'. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen zeven rollen die worden beschouwd als de essentiële competenties van een arts (*medical expert, communicator, collaborator, manager, health advocate, scholar and professional*).



Figuur 2.1 Het CanMEDS-model (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada).

Het CanMEDS-model wordt momenteel in vele landen gebruikt als raamwerk voor de opleiding tot arts. De Vlaamse universiteiten hebben de competenties van scholar en professional gebundeld in 'wetenschapper', die van communicator en health advocate in 'communicator' en die van manager en collaborator in 'manager'. De module 'manager' bestaat uit twee opleidingsonderdelen: 'organisatie en sturing' in de lagere opleiding (4 studiepunten) en 'ziekenhuismanagement' (5 studiepunten) in de hogere opleiding. In totaal bedraagt de module 9 van de 180 studiepunten (5%), wat beperkt is.

2.2 Manager

Het is geen geheim dat de module 'manager' voor de meeste ASO's weinig interessant lijkt en vreemd aanvoelt. Zij hebben immers gekozen voor een medisch specialisme wegens de klinische problematiek of behandeling. Zij willen graag chirurg, internist, pediater, radioloog of een specifiek type medisch specialist worden. Zo vroeg in hun opleiding en loopbaan vraagt dit maximale inzet, focus en energie. Uiteraard zijn wetenschap en evidencebased medicine belangrijk. Het is belangrijk om goed met patiënten te communiceren. Maar ze weten niet direct wat de competentie 'manager' inhoudt en betekent. Dat is trouwens niet alleen zo voor de Belgische artsen, maar geldt over het algemeen. Arora et al. (2009) bevroegen 125 artsen en artsen in opleiding in het Verenigd Koninkrijk over de essentiële competenties van chirurgen aan de hand van de zeven CanMEDS-rollen: wat maakt een chirurg nu meer of minder competent? Uit de bevraging bleek dat chirurgen-in-opleiding dit vooral toeschreven aan de rol van medisch expert. De rol van manager scoorde hier bedroevend laag. Wanneer dezelfde vraag werd gesteld aan de beroepsactieve chirurgen, scoorden zo goed als alle zeven rollen even hoog, met de rollen van communicator en professional als hoogste, gevolgd door de rollen van medische expert en manager. Het is blijkbaar zo dat de rol van manager pas wordt gesmaakt als er wat praktijk en ervaring is.

Er bestaan bij artsen trouwens nog heel wat misverstanden over 'management' en 'managers'. Velen zien managers als de ziekenhuismanagers. Vaak zijn dit de middenkaders of directies in ziekenhuizen, degenen die je moet bellen om zaken te regelen, die veel vergaderen, procedures uitschrijven en vastleggen, maar vaak niet (meer) klinisch actief zijn en patiënten zien. En dat is uiteraard niet wat de ASO's willen doen. Zij willen voor patiënten zorgen en klinisch actief zijn. Manager zijn is dan niets voor hen en zij vragen zich dan ook af waarom zij een cursus management moeten volgen.

Maar de CanMEDS-competentie is iets anders. Het is geen aparte functie, maar een rol die iedereen bij de uitoefening van zijn job te vervullen heeft. Het is een rol die erop gericht is om de doelstellingen op de effectiefste en efficiëntste wijze te bereiken. Geneeskunde is steeds meer teamwerk, bestaande uit meerdere artsen (van dezelfde of andere disciplines) en andere professionals, zoals verpleegkundigen, paramedici en medewerkers van ondersteunende diensten. Dit vraagt overleg en coaching om iedereen in dezelfde richting te laten bewegen. De verschillende taken en opdrachten moeten worden gepland en op elkaar afgestemd. Het resultaat moet wor-

den opgevolgd en bijgestuurd. Geneeskunde is een complexe job geworden, die moet worden ‘gemanaged’. En dat managen is dan niet de job van ‘managers’, maar is expliciet een rol die elke arts zal vervullen.

2.3 Management

Elk jaar zien we studenten twijfelend naar het eerste college van het vak ‘management’ komen. Is dit iets voor mij? Waarover gaat dit precies? Ik heb nog zoveel werk te doen, is het nu echt nodig dat we dit studeren? Die reacties zijn begrijpelijk. De competentie van medisch expert vraagt meer dan alle aandacht. Alle afleiding is verwarrend en moeilijk. Vaak zitten de studenten dan achteraan in het auditorium. Dat is een statement, dat men het er niet steeds mee eens is. En het laat de mogelijkheid om ongemerkt te ontsnappen als de kans het toelaat. We hebben als docent dan ook al geleerd om achteraan in het auditorium plaats te nemen en de vraag te stellen hoe hun dag was. Is het een gemakkelijke of moeilijke dag geweest? Waar is men tegenaan gelopen? Wat waren de voornaamste problemen? Waar is de meeste energie naartoe gegaan? En dan blijken dit in de praktijk minder vaak klinische vraagstukken te zijn. Die beheerst men al goed en daarvoor kan men bij de supervisor terecht. De problemen blijken vaak te liggen op het vlak van samenwerking, het stellen van prioriteiten, coördinatievraagstukken die zich laten samenvatten als managementproblemen. En vaak krijgt men de boodschap dat men dit in praktijk moet leren met ‘scha en schande’. En toch hoeft dit niet. Het management beschikt over eigen theorieën, modellen, inzichten en evidentie hoe een probleem in de praktijk met de meeste kans op succes kan worden aangepakt. Vandaar dit hoofdstuk.

Wat is management? Management is de praktijk van het bewust en continu vormgeven van een organisatie door doelen te formuleren en eenieder die hierbij betrokken is, te helpen om die doelen te verwezenlijken. De mooiste formulering vinden we bij Willem Elsschot in zijn gedicht *Het huwelijk*. Vooral de vijfde en voorlaatste strofe is bekend geworden:

*“...Tussen droom en daad staan wetten in de weg
en praktische bezwaren, en ook weemoedigheid
die niemand kan verklaren...”*

De ‘droom’ verwijst naar de visie en de doelstellingen van een organisatie of de evidentie van de klinische praktijk (efficaciteit of de doeltreffendheid in de meest optimale omstandigheden [lab-omgeving]). De ‘daad’ verwijst naar de effectiviteit of de doeltreffendheid in reële praktijk-situaties. En alles hier ‘tussen’ verwijst naar management: de macro-context (wetgeving, financiering), de meso-context (organisatie, leiderschap) en de micro-context (cultuur, samenwerking, communicatie).

De COVID-19-pandemie heeft dit eveneens duidelijk gemaakt. De evidentie hoe we besmetting en ziekte konden voorkomen, werd gaandeweg verworven en was gebaseerd op anderhalve

meter afstand, het dragen van mondkmasker, hygiënemaatregelen, het vermijden van contact wanneer mogelijk en vaccinatie zodra een vaccin beschikbaar werd. In de praktijk bleek dit echter veel moeilijker te realiseren. Denk maar aan de discussies over lockdownmaatregelen, het al dan niet dragen van mondkmaskers, de vaccinatiestrategie, enzovoort. Oftewel: het belang van management.

Het belang van een goede managementopleiding voor artsen werd al onderkend door de Lancet-commissie onder leiding van Julio Frenk (Harvard School of Public Health) en Lincoln Chen (China Medical Board, Verenigde Staten) in een Lancet-rapport over de toekomst van gezondheidsopleidingen in de 21e eeuw (Frenk et al., 2010). Het rapport werd gepubliceerd naar aanleiding van het honderdjarige bestaan van het Flexner-rapport (1910) dat de basis heeft gevormd van de opleiding Geneeskunde in de westerse wereld. Tot dan was het meester-gezelmodel gangbaar. Daarbij leerden ASO's gaandeweg het vak door mee te lopen met een ervaren arts. Het Flexner-rapport pleitte voor een wetenschappelijke opleiding met twee jaar basiswetenschappen in de universiteit, gevolgd door twee jaar klinische praktijk in de (academische) ziekenhuizen en werd de blauwdruk voor de opleiding Geneeskunde in de Verenigde Staten en de gehele wereld in de voorbije eeuw en heeft een sterke ontwikkeling in de Geneeskunde ingeluid en mogelijk gemaakt. Maar het Lancet-rapport van 2010 wijst tegelijkertijd op een aantal belangrijke beperkingen, waarbij dit model geen antwoord biedt op de wezenlijke uitdagingen van de gezondheidszorg vandaag: meer noodzaak tot het werken in interdisciplinaire en interprofessionele teams, een te sterke ziekenhuisfocus en een toenemend belang van preventie en eerstelijnszorg, continuïteit van zorg, weinig leiderschap om de kwaliteit en kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg te verbeteren en te optimaliseren.

De Lancet-commissie stelt dan ook voor om de opleiding te hervormen door ook andere competenties te ontwikkelen, die meer gericht zijn op samenwerking en leiderschap. Samenwerking zien zij mogelijk door het curriculum een meer interprofessionele basis te geven. Het is inderdaad vreemd dat de diverse gezondheidsprofessionals (artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ...) via aparte opleidingstrajecten worden opgeleid, terwijl ze later in de praktijk in belangrijke mate moeten samenwerken. Des te vroeger zij worden samengebracht, des te sterker het werken in teams als basiscompetentie kan worden ontwikkeld. De tweede competentie van leiderschap zou in de opleiding eveneens moeten worden versterkt, waarbij vooral de nadruk moet liggen op veranderen en verbeteren. Frenk, Chen et al. noemen dit de overgang van een expert (gericht op het verwerven van kennis en vaardigheden - 'informative'), naar een professional (gericht op waarden, wetenschappelijke attitude - 'formative') en verder naar leider (gericht op het leiden, inspireren, motiveren, veranderen, verbeteren - 'transformative').

Het is duidelijk dat de CanMEDS-rollen in die transitie zitten vervat. Maar bovendien is de aanbeveling van de Lancet-commissie om de rollen van professional en (vooral) manager in het curriculum veel meer aandacht en gewicht te geven.

2.4 Dagelijks functioneren van de arts

We bekijken een casus waarin de CanMEDS-rol van de arts naar voren komt.



CASUS 2.1 DRUKKE DAG VAN EEN ASO

Die ochtend was een ASO wat later dan gewoonlijk in het ziekenhuis. Niet dat hij zich echt had verslapen, maar hij was midden in de nacht opgebeld door de nachtverpleegkundige van de afdeling waar hij zijn patiënten hospitaliseerde, hoewel hij niet van wacht was. En het ontbijt was wat uitgelopen, omdat hij met zijn vrouw een leuke discussie had over hun volgende vakantiebestemming. Hij snelde het ziekenhuis binnen en haastte zich naar het Operatiekwartier (OKa) en kleepte zich om.

Eens in het OKa toegekomen, bekeek hij de lijst van te opereren patiënten. Het was een papieren versie die de OKa-secretaresse de avond ervoor had opgemaakt. Hij realiseerde zich dat hij, zodra er enkel een elektronische lijst zou zijn, die papieren lijst niet meer zou kunnen consulteren. Zorgen voor later. Op naar de eerste patiënte.

“Goedemorgen mevrouw, klaar voor de ingreep?”

“Jazeker, dokter. Maar mag ik nog iets vragen?”

“Zeker,” zei de ASO vriendelijk.

“Ik neem gewoonlijk voor het slapengaan een halve slaappil. De huisarts schrijft me die elke maand voor. En nu ben ik die thuis vergeten. Wat zal ik vanavond doen?”

“Geen probleem. Vanavond mag je die niet nemen. Morgen zien we wel, oké?”

Na de patiënte gerustgesteld te hebben, waste en ontsmette hij zijn handen. De anesthesiste zat al in de zaal te wachten en wenste hem bij het binnenkomen een goede morgen.

“En Karine, alles oké?”

“Neen, niet echt, George. De kleinste had weer koorts en die is nu bij mijn moeder. We zullen toch een adenoïdectomie moeten laten doen, vrees ik. Maar nu ernst, laten we de time-outprocedure eventjes doen. De instrumentiste is er nog niet, maar je kan toch al insnijden.”

De ingreep verloopt vlot. De instrumentiste was ondertussen opgedaagd en stond mee aan tafel. Plots kwam er een telefoontje en de anesthesiste was zo vriendelijk om de looptelefoon van de ASO op te nemen.

“Het is een telefoontje van de afdeling: de laatste heup van gisteren gaat precies toch niet zo goed.” “Waarom bellen ze mij? Jan is toch vandaag verantwoordelijk voor de zaal en de raadpleging?”

“Blijkbaar is Jan vandaag afwezig, George.”

“Zeg hen dat ik straks na deze ingreep langskom.” Vreemd, dacht de ASO bij zichzelf. Jan had deze week geen vrijaf. We moeten toch even uitklaren.

Na de ingreep haastte de ASO zich naar de afdeling en bezocht de patiënte waarmee het blijkbaar niet zo goed ging. Na enig zoeken vond hij een verpleegkundige en vroeg haar om patiënte extra pijnstilling te geven. Nadat hij de nodige voorschriften had ingevuld en klaargelegd, ging hij terug naar het OKa om het programma van die dag af te werken.

's Avonds was het associatievergadering. Jan was ook niet aanwezig. De vergadering verliep vlot en ieder punt was goed voorbereid en gedocumenteerd. Na een uurtje kon worden besloten. De ASO deed melding over het incident dat Jan vandaag niet aanwezig was, dat niemand daarvan op de hoogte was en dat dit wel wat extra werk en problemen had veroorzaakt. Gelukkig niet te erg. Het diensthoofd zou zo snel mogelijk de collega om uitleg vragen. De afwezigheid moest immers tijdig gemeld worden, zoals de associatieovereenkomst bepaalt.

Eens thuis dronk de ASO met zijn echtgenote nog een glas chardonnay en kon na een niet gestoorde nachtrust de volgende ochtend beginnen aan een nieuwe dag. Die keer niet in OKa, maar op de raadpleging en op de zaal.

De dag van deze ASO is een routinedag zoals vele artsen die kennen. Uiteraard bestaat de harde kern van de dag uit de rol van medicus: opereren, voorschrijven, diagnosticeren. Maar tegelijkertijd is er veel management in deze dag: organisatie van OKa, het operatieprogramma, samenwerken met anesthesist en instrumentiste, van wacht zijn, rolverdeling wie wanneer opereert, consulteert en aanwezig is op de zaal, associatiebijeenkomst. Zoals er iets klinisch kan foutlopen, kan er ook iets organisatorisch foutlopen, zoals blijkt uit het relaas van Jan.

Een recente studie (Koetsier, Boer, & Loer, 2011) toont aan dat ongeveer 40% van de calamiteiten in een operatiekwartier kunnen worden teruggevoerd op organisatorische problemen. Lees: managementproblemen.

Management is geen vies woord, maar betekent effectief organiseren en sturen op alle niveaus: persoonlijk, professioneel, relationeel. Het is orde brengen in alle processen, alle relaties, afspraken maken onder elkaar en ten slotte weten welke middelen je kunt inzetten. Dat je op een zo kort mogelijke tijd met zo weinig mogelijk middelen zo doelmatig mogelijk moet werken, is niet alleen de uitdaging van de manager van een beursgenoteerde multinational, maar ook die van elke ziekenhuisarts. Een deel van management betreft ook de relatie met patiënten: welke informatie wordt verstrekt en door wie? Hoe verloopt de medezeggenschap van de patiënt? Hoe gaan

we om met de familie? Hoewel management van een dienstverlenend bedrijf zoals een ziekenhuis wel wat verschilt van een ander bedrijf, betekent dit niet dat er geen management nodig zou zijn. Management is een integraal onderdeel van de job.



LESSEN VOOR DE PRAKTIJK

Iedere arts is manager. In de eerste plaats manager van zichzelf en in de tweede plaats manager in het team waar het dagelijkse werk gebeurt. Managen betekent de zaken goed doen en dat vergt inzicht en vaardigheden die het klinische werk overstijgen. Samen de zorg organiseren zoals het hoort, heeft veel aspecten die uitgebreid in dit boek aan bod komen. Je kunt als zorgverlener niet 'niet managen'.