



UNIVERSITEIT
TWENTE.

EEN EERSTE AANZET VOOR DE ONTWIKKELING VAN EEN HRM CHECKLIST VOOR MEDISCH SPECIALISTEN

Een onderzoek naar HRM activiteiten die toepasbaar zijn op het werkdomein van de medisch specialisten voor het verbeteren van de communicatie en samenwerking

*Master Thesis
K.S. Vorgers
21 Oktober 2010*

De Ontwikkeling van een HRM-checklist voor Medisch Specialisten

Een onderzoek naar HRM activiteiten die toepasbaar zijn op het werkdomein van de medisch specialisten voor de verbetering van de onderlinge communicatie en samenwerking

Student	Kim. S. Vorgers
Studentnummer	s0181498
Master	Business Administration
Track	Service Management
Faculteit	Management & Bestuur
Eerste Begeleider Universiteit Twente:	Dr. T. Bondarouk
Tweede Begeleider Universiteit Twente:	Prof. Dr. Ing. J.J. Krabbendam
Externe Begeleider Beasti Consultancy:	Dr. K. Fehse

Een scriptie in het kader van de afstudeeropdracht aan de faculteit Management en Bestuur van de Universiteit Twente, in opdracht van Beasti Consultancy en de Universiteit Twente, uitgevoerd voor de Zorggroep Twente.

Summary

Background Information

This thesis is about management in Dutch healthcare organizations – hospitals. Modern hospitals are confronted with such work related problems like destructive communication and cooperation within teams or limited employability and flexibility of employees. To reduce the chance these problems occur, organizations use the support of Human Resource Management (HRM) activities. Examples of HRM activities are recruitment and selection, introduction programs, and appraisal and assessment. Although the structural relationships between hospitals as organizations and clinicians can differ (hierarchical or not), almost of the clinicians work in teams. Such a team can be confronted with the same work related problems as mentioned above.

The presumption, however, is that in practice clinicians don't use HRM support enough to reduce the risk of occurrence of those problems. On the other side, HRM should be able to support clinicians with solving or lowering the chance on work related problems. For example, as the report 'Mediation, een bruikbaar alternatief' of the 'Instituut Beleid, Management en Gezondheid' of the 'Erasmus Medisch Centrum' in 2003 has revealed, clinicians are confronted with work related problems such as mis-communication. The report states that in over half of the Dutch hospitals conflicts between clinicians are caused by communication and collaboration difficulties.

The report you are reading includes an analysis into incidents that made it into the publicity, which occurred in Dutch practice. This analysis includes incidents caused by problems in communication and collaboration between clinicians. A total of 16 incidents were recorded, per incident cause, consequence and the effects on care are determined (as far as possible). This analysis, which is based on the effects on health care, showed how important it is that attention is paid to reducing the problems in communication and collaboration.

Currently a number of developments are ongoing in healthcare, which presumably lowers the risk of problems in the cooperation and communication. These include an increase in the accountability of the clinicians, an increase in cooperation and a growing blame culture. Literature suggests that these developments lead to improvements in healthcare, if they are supported by HRM. Likewise there is still the presumption the HRM activities are insufficiently used to solve work related problems by and for clinicians. This could be explained from two angles.

- First, the properties of the clinicians can play a role. The medical professionals have little affinity with management issues and prioritize care over the management. Moreover clinicians are registered as small businesses. Small businesses are generally characterized by the property that they have become entrepreneurs so they can do whatever they like without having to take accountability.
- Secondly, there is insufficient understanding of the relevance and applicability of HRM activities in the domain of clinicians. Clinicians, who do want to be assisted with HRM activities in self-management of work-related problems, have insufficient guidance to support them in that field.

The approach to convince clinicians in the HRM support plays an important role. Clinicians are generally open to initiatives that contribute positively to health care. This means that clinicians should be approached with the added value which HRM activities might possibly have on the quality

of care. To improve the chance that the clinicians come to see the added value of HRM, it is important that the insights from this research are presented in a time-saving and user friendly fashion.

Purpose of the Research

The insufficient deployment of HRM activities to reduce problems in the communication and cooperation, on the one hand could arise from insufficient understanding of the added value of HRM for work domain of clinicians. On the other hand, it could arise from the lack of insight into the applicability of the HRM activities to the work domain of clinicians.

Building on the arguments above, we formulate the research problem in this project as: *'The lack of understanding of how HRM can be applicable to the work domain of clinicians and partnerships within hospitals'*.

This research seeks to contribute to promoting the employability of HRM activities by and for clinicians in Dutch hospitals. The stimulation of the deployment of the HRM activities under the clinicians is possible to achieve by creating more understanding. It comes to creating insight into which HRM activities in which situations are relevant to clinicians. It also creates insights into the applicability of HRM activities at work domain of the clinicians. Creating insights into the applicability is likely to contribute to the recognition of the added value of HRM for and by the clinicians. As has already been appointed, one has to consider that the findings from this research have to be presented in an easy-to-use and time-saving way to the clinicians. Its purpose is to increase the chance that the clinicians will apply the findings in case of work-related issues. To comply with the conditions, easy to use and time-saving, the insights which come from this study will be presented in the form of a checklist.

To provide clinicians insight in the applicability of the HRM activities at work domain of the clinicians, is the purpose of the study: *"developing a first HRM Checklist applicable to the domain of clinicians and partnerships within hospitals."*

For a structured development of the HRM checklist for clinicians, a number of questions are defined:

1. What is the importance to improve communication and cooperation between clinicians?
2. What causes can lead to problems in communication and cooperation between clinicians?
3. What characteristics determine whether the HRM Checklist is applicable at the work domain of the clinicians?
4. What are the HRM activities and elements the HRM checklist should consist of?

Research Methodology

Within this report the regulatory cycle of Strien (1997) constitutes the guide for research. The regulatory circle is a method to conduct responsible research, which is aimed at creating interventions in practice. The research within this report meets this requirement. There is an existing problem in practice, for which a solution should be created. This involves developing a first HRM checklist for clinicians that aims at improving their communications and collaboration. The regulatory

circle provides structured insight into the different steps that are necessary for the implementation of a responsible research.

In accordance with the regulatory circle the investigation has started with the formulation of the problem definition. The research problem is that HRM activities are insufficiently used to solve or avoid work-related problems or to reduce the chance of them occurring for and by clinicians. There is insufficient understanding of the applicability of the HRM activities at work domain of the medical specialists.

To demonstrate the importance of a possible contribution to solve or mitigate the problems in the communication and collaboration a set of antecedents is developed based on the information available in the Dutch media that shaped the second step. For this step a problem analysis is therefore carried out on based on a content analysis. The choice was made for a content analysis, because this is a powerful method for creating insight into the causes and consequences. The content analysis is a standardized process where filtered information is encrypted. The content analysis is performed on both academic and professional literature. The academic and professional literature is selected in a structured manner. The problem analysis is also largely based on professional literature. The list of antecedents was verified by "Orde van Medisch Specialisten" for its accuracy and completeness.

The third step of the regulatory cycle is the plan and action. Within this step a possible solution is designed that likely solves the problem. For the creation of a possible solution a literature study is started. The literature study provides insight into which HRM activities exist, which HRM activities reduce or resolve problems, and how the HRM activities need to be deployed. The identified causes from the problem analysis formed the target for the focuses literature study.

To determine whether the findings from the HRM literature are relevant and applicable to the domain of the clinicians, qualitative interviews were conducted. Qualitative interviews were chosen, because the goal was to get a first understanding of the relevance and applicability of the HRM activities at work domain of clinicians. There were nine interviews with persons, where distinction was made between clinicians and persons from the vicinity of clinicians.

It was a conscious choice to speak first to some informants that are in the close vicinity of clinicians. For the validity, this means that with the instructions of the informants from the vicinity of clinicians the questions can be adjusted in such a way that the questions are interpreted by the clinicians as intended. At the same time, the reliability of the research increases with the inclusion of informants from the vicinity of clinicians. The informants from the vicinity of the medical specialists answered the questions from a different perspective. Taking into account various perspectives contributes to the reliability of the research.

During the interviews, questions were asked about HRM activities that were relevant to one of the identified causes. In addition, questions are asked to determine if the HRM activity is applicable to the work domain of the clinicians. The results from the interviews analysis were the basis for creating a solution to the problem outlined from the first step of the regulatory circle. Afterwards the literary findings and the results were compared with each.. Based on the comparative analysis, the HRM activities were determined which should be included in the HRM checklist. Each HRM activity that is included in the HRM checklist is represented by a number of elements. It is worth of mentioning that the HRM checklist designed in this study is but a first step into introducing HRM for clinicians and it is not as the solution to all their problems.

The fourth and fifth steps of the regulatory circle are intervention and evaluation. Both of these steps are outside of the scope of this research. With this research only a draft of a HRM checklist is compiled and handed over to clinicians and hospitals. A follow-up research will need to demonstrate whether and how the HRM checklist should be implemented.

Results en Conclusion

For the development of a first HRM checklist four questions have played a central role in this research. With the insights obtained from the literature, the interviews and the analysis it is possible to answer these questions. The following is a summary conclusion for each question.

1. *What is the importance to improve the communication and collaboration between clinicians?*

To demonstrate the importance of good communication and collaboration, a content analysis of the professional medical literature has been conducted. A lack of collaboration and communication can seriously threaten health care, which means in the worst case that a patient will die. It can also lead to an above average number of complications and revision surgery, misdiagnoses and misdelivery of medication. Second, a lack of communication and collaboration can lead to additional costs. Patients with complications and reoperations are staying longer in the hospital and both have special needs. Third, a lack of communication and collaboration can lead to lower turnover, due to reputation damage. The analysis shows that a good communication and collaboration is important for an increase in the quality of care and turnover, while a decrease in the cost of care.

2. *What causes lead to problems in the communication and collaboration between clinicians?*

The content analysis has identified twelve causes, which were then combined in five main categories. These main categories are defined, which creates a different frame of reference with which literature can be consulted. The following table lists the cause categories and its main categories.

Main cause category	Cause category
HRM: Staffing	Poor recruitment and selection process of clinicians
	Chance to fire independent clinicians in a succesfull way is small
	Limited mobility of clinicians
Organisation Culture	Closed company culture of partnerships
	Cultural differences between clinicians in the same partnership
Professional Culture	Machoculture of clinicians
	Individualism and professional autonomy of clinicians
Organisation Structure	Lack of hierarchy in the organizational structure of partnerships
	Implicit arrangements within partnerships
Collaboration	Forced collaboration between clinicians
	Colliding personalities within a team of clinicians

3. What insights and attributes form the framework for the development of an applicable HRM checklist at work domain of clinicians?

Clinicians are professionals and are also small business owners. The professionals and small business owners have in common that they don't like accountability. Professionals are characterized as a group of individuals who are difficult to manage because of their claim to autonomy. Of all the professionals clinicians probably attach the most value to the autonomy. The increase in management responsibilities under clinicians account for diminishing autonomy. The small business owners decide to be an entrepreneur, so that they no longer have accountability. Medical specialists cannot be forced but have to see the added value of HRM themselves.

The private clinicians, unlike paid employment clinicians, do not belong to the organization hierarchy of the hospital. This means partnerships are not required to be accountable to the Board of Directors, while the Board of Directors does carry the ultimate responsibility for the quality of care delivered by the partnerships. In case of problems, the Board of Directors cannot give penalties to the partnerships.

The hospitals belong to the professional bureaucracy, with the professionals as Executive core. The power within this structure is derived from the profession. The Board of Directors and the management do not have the formal power to impose solutions. The tension between the Board of Directors and the management on the one hand, must be solved by negotiations with the medical staff on the other.

4. Out of which HRM activities and elements does the HRM checklist consist?

Based on 12 identified causes an HRM checklist was created which might help improve the communication and cooperation between clinicians. The checklist consists of 6 HRM activities.

The first HRM activity on the checklist is recruitment and selection. It is concluded that for reducing conflicting characters within the collaboration, the personal and cultural characteristics should be added to the criteria during the recruitment and selection processes. To reduce the risk of conflicting characters in a multidisciplinary cooperation, the view of the surroundings should be involved in the recruitment and selection. The policies surrounding recruitment and selection have to comply with the following elements:

1. To determine the required personal characteristics and cultural characteristics of a candidate, an analysis is essential into the composition of the department.
2. The inclusion of the required personal characteristics and cultural characteristics in the profile description.
3. To invite the selected candidates to spend a day in practice.
4. To gather information about personal characteristics and cultural characteristics of the candidates, by checking the provided credentials and the network of clinicians.
5. During the interview ask candidates questions about the personal and cultural characteristics.
6. Empower the Board of Directors, (care) management and the medical staff to participate in the recruitment and selection process.
7. Involving the opinion of the Board of Directors, the care management and medical staff in the recruitment and selection of a new medical specialist.

The second HRM activity contained in the HRM checklist is the preparation and application of a code of conduct and roles of quality. To increase the chances of the dissolution of an authorization

agreement with a medical specialist who does not fit within the firm, a code of conduct and rules of quality to be included in the agreements. The policies surrounding the code of conduct and the quality rules should comply with the following elements:

1. Including the code of conduct and quality regulations in the agreement that the clinician signs with the medical staff.
2. Including the code of conduct and the quality rules in the agreement that the clinician signs with the hospital.
3. Recording the incidents where the clinician fails to take its responsibilities bases on the code of conduct and/or the quality regulations.

The third HRM activity contained in the HRM checklist is to encourage labour mobility. It is concluded that the voluntary departure of medical specialists, that do not fit within the Department or are not functioning, should be stimulated by the hospital or the firm. The policies surrounding the labour mobility should comply with the following elements:

1. Creation of agreements within partnerships or hospitals which stimulate voluntary departure.
2. Encouraging the voluntary departure of a medical specialist who is causing problems within the partnership.
3. Assess each situation individually, taking measures to support the voluntary departure of clinicians.

The fourth HRM activity contained in the HRM checklist is the support of the socialization process of new medical specialists. It is concluded that realistic information during the recruitment and selection is indispensable for the socialization process of new medical specialists. The policy around the first phase of the socialization process should comply with the following elements:

1. The recruitment message only provides realistic information tot he candidate about the desired working habits and attitude, the social norms and the working standards.
2. To invite the selected candidates to spend a day in practice.

It is also concluded that the socialization process of new clinicians who are hired should be supported by the Department. With the communicating of clear expectations, about the working procedures, guidelines and agreements, the new clinician is informed about what is expected of them. The policies surrounding the support of the socialization process of new medical specialists must comply with the following elements:

1. The department has agreements relating the department laid down in internal rules.
2. The department has policies and procedures set out in documents.
3. The hospital organizes an introduction for the new clinician in which the clinician is informed about the rules and policies (including the code of conduct) of the hospital.
4. The department organizes an introduction for the new clinical in which the clinical is informed about the desired working habits, work attitude, the methods of cooperation and the social standards of the department.

The fifth HRM activity contained in the HRM checklist is the appraisal and assessment of clinicians. It is concluded that the appraisal and assessment contributes to creating an open culture within

companies, because clinicians speak to each other about problem in certain situations. The policies surrounding the appraisal and assessment would have to comply with the following elements:

1. The mutual evaluation of clinicians according to the principles of the IFMS methodology of the 'Orde van Medisch Specialisten'.
2. The policies surrounding the feedback of the reviews of clinicians within the partnerships.
3. It is mandatory for new clinicians to participate in appraisal and assessment session.

The sixth HRM activity contained in the HRM checklist is the meetings between the medical specialists within the Department. It is concluded that the regular attention to the functioning of the Department is important. With periodic attention for the operation of the Department problems are discussed in a timely manner and the policy and agreements are kept up to date. The policies surrounding the meetings should comply with the following elements:

1. The department organizes regular meetings in which it evaluates its own performance.
2. The department organizes yearly strategic sessions in which it attends to its strategically maintenance.

Recommendations

As a result of the research, organizations are recommended to make a first comparison between the HRM checklist and their HRM policy. This will probably result in a lot of information, which is important for further research. In addition, they are recommended to make greater use of existing HRM insights in solving work problems. These insights can act as a basis for creating a solution. Finally, clinicians should take advantage of the expertise of the Department P&O. The Department P&O can help them both at the policy level as operational level.

To the Department P&O is recommended, to make a first comparison between the HRM checklist and their HRM policy. This creates another point of view about the applicability of the HRM checklist. This can be important for further research into the HRM checklist. Moreover, there is a recommendation that the Department P&O make themselves more visible for clinicians. Clinicians can be a major player for them in the future. As a result, it is important for clinicians to understand what the Department P&O has to offer.

For the researchers several recommendations are made for follow-up research into the HRM checklist. The first follow-up research could be conducted into the last step of the Van Strien (1997) regulatory circle, which is aimed at the implementation of a newly developed solution. Then a follow-up research can be conducted in depth, with a research focused on the cause categories separately. This allows the HRM checklist to be refined. There may also be research to broaden the scope, by researching other work-related problems of clinicians to add to the HRM checklist. Finally, research can be conducted into the influence of HRM activities on the professional culture of clinicians and the organizational structure of partnerships.

Inhoudsopgave

Summary	3
Voorwoord	13
1. Introductie	14
1.1 Onderzoeksachtergrond	14
1.2 Probleem definitie	18
1.3 Onderzoeksdoel	19
1.4 Onderzoeksmethodologie.....	20
1.5 Definities.....	22
1.6 Onderzoeksaanpak	24
2. Probleemanalyse	26
2.1 Identificatie van oorzaken.....	26
2.2 Resultaten uit academische literatuur	27
2.3 Resultaten uit professionele literatuur.....	28
2.4 Achtergrond van het onderzoeksprobleem	29
3. Literatuur framework.....	32
3.1 De medisch specialist en het werkdomein	33
3.2 Human resource management: Personeelsplanning	35
3.3 De organisatie cultuur	45
3.4 Professionele cultuur.....	60
3.5 Organisatiestructuur.....	68
3.6 Samenwerking.....	75
4. Onderzoeksmethodologie	81
4.1 Onderzoeksmethode	81
4.2 Operationalisatie	82
4.3 Dataverzameling.....	92
4.4 Data Analyse.....	95
5. Resultaten.....	96
5.1 HRM: personeelsplanning.....	96
5.2 Organisatie cultuur	99
5.3 Professionele Cultuur	102
5.4 Organisatiestructuur.....	105

5.5	Samenwerking.....	107
6	Discussie	109
6.1	HRM: Personeelsplanning.....	109
6.2	Organisatiecultuur.....	113
6.3	Professionele cultuur.....	117
6.4	Organisatiestructuur.....	123
6.5	Samenwerking.....	126
	Conclusies.....	128
	Aanbevelingen.....	133
	Literatuur.....	137
	Bijlage I – Overzicht oorzaken en gevolgen van een slechte onderlinge communicatie en samenwerking	142
	Bijlage II – Overzicht van zoekresultaten uit de academische literatuur	153
	Bijlage III – Overzicht van zoekresultaten uit de professionele literatuur	157
	Bijlage IV – Lijst met categorieën voor de content analyse	160
	Bijlage V – Content analyse	161
	Bijlage VI – Gestructureerd overzicht van geïdentificeerde oorzaken uit de content analyse	179
	Bijlage VII – Interview protocollen.....	185

Index met Tabellen en Figuren

Tabel 1 Een overzicht met incidenten (voor complete overzicht zie bijlage I).....	16
Tabel 2 Een overzicht van hoofdoorzaak categorieen en de oorzaak categorieen	30
Tabel 3 Een overzicht met mogelijke gevolgen van communicatie- en samenwerkingsproblemen.....	31
Tabel 4 Een overzicht van verschillen tussen groepen en teams	76
Tabel 5 Een overzicht met informatie over de informanten.....	92
Tabel 6 Een overzicht met de hoofdoorzaak categorieen en de oorzaak categorieen	128
<i>Figuur 1 Regulatieve Cirkel [van Strien]</i>	<i>20</i>
<i>Figuur 2 Model van Feldman [1981]</i>	<i>49</i>

Voorwoord

Het rapport dat voor u ligt, is tot stand gekomen in het kader van mijn afstudeeropdracht voor de studie Business Administration, met de track Service Management aan de Universiteit Twente. Gedurende een periode van net iets langer dan één jaar heb ik mij, in opdracht van de Universiteit Twente en Beasti Consultancy, bezig gehouden met de ontwikkeling van een HRM checklist die toepasbaar is op het werkdomein van medisch specialisten. Ik heb voor een opdracht in de medische wereld gekozen, omdat de medische wereld mijn interesse al jaren, om onbekende redenen, aantrekt. Na deze opdracht is de interesse voor de medische wereld nog groter geworden, dankzij de complexe verhoudingen en organisatiestructuur die een ziekenhuis organisatie kent. Nu ben ik er ook meer zeker van dan ooit, dat ik mijn carrière wil starten binnen de gezondheidszorg.

De uitvoering van dit onderzoek zou niet mogelijk zijn geweest zonder de medewerking van een aantal personen. Daarom wil ik aan een aantal personen mijn dank uitbrengen voor hun bijdrage en ondersteuning aan de uitvoering van dit onderzoek.

Als eerste wil ik beginnen met dhr. Arjan Miltenburg, omdat Arjan een cruciale rol heeft gespeeld in het leggen van de contacten met de personen uit de medische staf en personen uit de omgeving van de medische staf.

Als tweede wil ik graag de personen bedanken die zich beschikbaar hebben gesteld voor de interviews. Ondanks de drukke agenda van deze personen, is er tijd voor mij vrijgemaakt en hebben zij mij voorzien van cruciale informatie over het werkdomein van de medisch specialisten. Zonder deze cruciale informatie, zou het niet mogelijk zijn geweest om de eerste versie van de HRM checklist in deze vorm op te leveren.

Vervolgens wil ik mijn dank graag uitbrengen aan mijn begeleiders, te beginnen met, dhr. Koos Krabbendam, mijn tweede begeleider van de Universiteit Twente, voor zijn enthousiasme over het onderzoek en zijn kritische blik op mijn onderzoek. Daarnaast wil ik Tanya Bondarouk, eerste begeleider van de Universiteit Twente, en Karen Fehse, begeleider vanuit Beasti Consultancy, in het bijzonder bedanken. Tanya en Karen hebben mij gedurende een jaar lang voorzien van commentaar, advies en bemoedigende woorden tijdens de bekende afstudeerdip-momenten. Ik realiseer mij maar al te goed, dat ik erg blij mag zijn met begeleiders zoals jullie.

Mijn laatste dankwooren gaan uit naar mijn ouders, broer, vriend en vrienden voor de motivatie en ondersteuning tijdens mijn afstudeerperiode.

Ik wens u veel plezier met het lezen van dit onderzoeksrapport!

Kim Vorgers
Enschede, Oktober 2010

1. Introductie

In het bedrijfsleven worden organisaties geconfronteerd met arbeidsgerelateerde problemen. Bij arbeidsgerelateerde problemen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan problemen in de samenwerking en communicatie binnen teams, een beperkte inzetbaarheid van medewerkers of het ontbreken van een leeftijdsbewust personeelsbeleid. Om die problemen op te lossen of om de kans op die problemen af te laten nemen, maken organisaties gebruik van Human Resource Management (HRM) activiteiten. Bij HRM activiteiten kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de werving en selectie, het ondersteunen van het socialisatieproces met een introductieprogramma of functionering en beoordeling.

Hoewel niet alle medisch specialisten vrijgevestigd en zelfstandige ondernemers zijn, werken alle medisch specialisten wel binnen een teamverband. De vrijgevestigde specialisten werken in een teamverband binnen een maatschap en de loondienst specialisten werken in een teamverband binnen een vakgroep. Deze teams, bestaande uit medisch specialisten, kunnen geconfronteerd worden met dezelfde arbeidsgerelateerde problemen als organisaties uit het bedrijfsleven. Een vakgroep of maatschap kan bijvoorbeeld onderlinge problemen hebben in de samenwerking en communicatie of de maatschap kan te maken krijgen met problemen in de inzetbaarheid van de medisch specialisten. Waar organisaties uit het bedrijfsleven HRM activiteiten inzetten om de arbeidsgerelateerde problemen op te lossen of de kans op het ontstaan ervan te verkleinen, bestaat het vermoeden vanuit de praktijk dat dit waarschijnlijk niet het geval is onder medisch specialisten. De praktijk heeft echter ook het vermoeden dat medisch specialisten zich bij arbeidsgerelateerde problemen, net als organisaties, zouden kunnen laten ondersteunen door HRM activiteiten.

1.1 Onderzoeksachtergrond

Met het verschijnen van het rapport 'Mediation, een bruikbaar alternatief' van het instituut Beleid, Management en Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum in 2003, blijkt dat in meer dan de helft van de Nederlandse ziekenhuizen conflicten tussen medisch specialisten een rol spelen. Deze conflicten kunnen in de praktijk leiden tot een slechte communicatie en samenwerking tussen de medisch specialisten, waardoor de kwaliteit van zorg negatief kan worden beïnvloed [Gerritsen, 2003]. De incidenten uit de praktijk tonen aan dat een slechte communicatie en slechte samenwerking daadwerkelijk verantwoordelijk kunnen zijn voor een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg (Tabel 1). De conflicten kunnen daarnaast verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van extra kosten. Vermoedelijk gaat het om tientallen miljoenen euro's per jaar door een toename in het ziekteverzuim [Gerritsen, 2003], juridische procedures en schadevergoedingen. Bovendien kunnen ziekenhuizen en maatschappen inkomsten mislopen als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) besluit een opnamestop in te lassen als blijkt dat de kwaliteit van zorg niet meer te waarborgen is na een conflict. In 2005 gaf het conflict tussen anesthesisten en intensivisten hiertoe aanleiding in het St. Jans Gasthuis in Weert. De negatieve invloed op de kwaliteit van zorg, als gevolg van problemen in de communicatie en samenwerking, kan tevens reputatieschade veroorzaken bij ziekenhuizen en medisch specialisten [Croonen en Scholten, 2009]. De problemen veroorzaakt door de neuroloog Jansen-Steur uit het ziekenhuis het Medisch Spectrum Twente (MST)

zijn hiervan het voorbeeld. Niet alleen de reputatie van de neuroloog is geschaad, maar ook die van het ziekenhuis door de wijze waarop het ziekenhuis heeft gehandeld [Commissie Lemstra, 2009]. Hoewel in de introductie staat beschreven dat medisch specialisten geconfronteerd kunnen worden met verschillende arbeidsgerelateerde problemen, is besloten dat na een eerste analyse binnen dit onderzoek wordt gefocust op de onderlinge problemen in de communicatie en samenwerking. Dit omdat de kans op problemen in de communicatie en samenwerking redelijk groot is, nadat uit een onderzoek in 2003 is gebleken dat in meer dan de helft van de Nederlandse ziekenhuizen onderlinge conflicten een rol spelen. Ook spelen de mogelijke gevolgen van de problemen in de communicatie en samenwerking een rol in de motivatie. De gevolgen zijn soms zeer schadelijk, dat het belangrijk is dat aandacht wordt geschonken aan het verminderen van de kans op problemen in de communicatie en samenwerking.

Het vermoeden uit de praktijk dat HRM activiteiten onvoldoende worden gehanteerd door en voor medisch specialisten, in geval van arbeidsgerelateerde problemen, wordt ook vermoed door de professionele en zorgmanagement literatuur. Een voorbeeld waarin dat bevestigd staat is in een artikel van Pronk [2006]. Pronk [2006] stelt namelijk dat de werving en selectieprocedure van medisch specialisten in veel gevallen onprofessioneel is. Vaak wordt alleen aandacht geschonken aan de vakinhoudelijke vaardigheden van een medisch specialist, terwijl de karaktereigenschappen ook een belangrijke rol spelen [Jongbloed et al, 2007]. Het negeren van karaktereigenschappen heeft in het verleden al meerdere keren geleid tot botsende karakters binnen een maatschap [de Volkskrant, 3 juni 2006]. Voor het verbeteren van de gezondheidszorg zijn verschillende ontwikkelingen gaande, zoals een toename in het afleggen van verantwoording door medisch specialisten, een toename in de samenwerking tussen specialismen en staf ter verbetering van de zorg en een toenemende blame cultuur [Edwards et al, 2002]. Binnen de medische wereld geven deze ontwikkelingen aanleiding voor onenigheid tussen medisch specialisten, terwijl ze binnen het bedrijfsleven al als 'normaal' worden beschouwd [de Volkskrant, 21 januari 2002]. Deze ontwikkelingen leiden tot verbeteringen van de gezondheidszorg als ze worden ondersteund door HRM activiteiten [Edwards et al, 2002]. HRM kan deze verbeteringen ondersteunen, doordat met de inzet van HRM activiteiten een omgeving wordt gecreëerd dat in het voordeel is van de patienten [Edwards et al, 2002]. Daarbij kan gedacht worden aan het formuleren en inzetten van een beoordelingsbeleid of door de medisch specialisten verantwoordelijkheid toe te kennen voor de kwaliteit van de zorg. Tegelijkertijd bestaat het vermoeden dat door en voor medisch specialisten, onvoldoende gebruik gemaakt wordt van HRM activiteiten voor het self-management van de arbeidsgerelateerde problemen binnen het werkdomein van de medisch specialist. Hiervoor zijn twee mogelijke verklaringen te geven.

Als eerste zouden de eigenschappen van medisch specialisten een rol kunnen spelen. Medisch specialisten hebben doorgaans weinig affiniteit met management onderwerpen en houden zich liever bezig met de zorgverlening. Daarnaast kiest een groep medisch specialisten er bewust voor om als vrijgevestigde specialist vanuit een maatschap te werken. In dat geval betekent het dat medisch specialisten behoren tot de kleine ondernemers die optreden als professional. Net als kleine ondernemers uit andere branches, vestigen medisch specialisten zich in een maatschap, omdat ze geen zin hebben in het afleggen van verantwoording. Ondernemers willen doen waar zij zin hebben. Als tweede is er voor de medisch specialisten, die het self-management van de arbeidsgerelateerde problemen willen ondersteunen met HRM activiteiten, onvoldoende inzicht in welke HRM

activiteiten relevant zijn voor het verkleinen van de kans op problemen in de samenwerking en communicatie. Ook is onvoldoende inzichtelijk hoe de HRM activiteiten toepasbaar zijn op het werkdomein van de medisch specialist. Dit zou kunnen betekenen dat medisch specialisten en maatschappen onvoldoende worden gestimuleerd om HRM activiteiten in te zetten voor het self-management van de arbeidsgerelateerde problemen waarmee zij geconfronteerd worden.

De benadering van waaruit HRM wordt gepresenteerd speelt, gezien de houding van de medisch specialisten ten opzichte van management onderwerpen, een belangrijke rol. Medisch specialisten staan in het algemeen open voor initiatieven die positief bijdragen aan de zorgverlening. Concreet betekent dit dat de medisch specialisten zelf de meerwaarde van de HRM activiteiten voor de kwaliteit van de zorg zullen moeten gaan inzien. Deze meerwaarde kan benadrukt worden vanuit het vermoeden dat HRM activiteiten waarschijnlijk een positieve bijdrage kunnen leveren aan de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. Een goede onderlinge communicatie en samenwerking draagt ten slotte bij aan de kwaliteit van de zorg. Om de kans op het inzien van de meerwaarde te vergroten, dienen de mogelijkheden voor de HRM activiteiten op een tijdsbesparende en gebruiksvriendelijke manier te worden gepresenteerd. Medisch specialisten prioriteren de zorgverlening namelijk boven management onderwerpen [Edwards et al, 2007].

Tabel 1 Een overzicht met incidenten (voor complete overzicht zie bijlage I)

Jaar en Ziekenhuis	Gevolg van de conflicten	Effect op de Zorgverlening
1992 - Elkerliek Ziekenhuis Helmond	"Zij communiceerden niet meer met elkaar en lieten veel werk verrichten door arts-assistenten." "De arts weigerde tot twee maal toe naar het ziekenhuis te komen toen een assistent hem opbelde om de zeer problematische situatie van de zwangere vrouw te bespreken. Hij heeft tijdens verhoor toegegeven dat hij wel zou hebben ingegrepen als de vrouw geen patiënt was geweest van de collega met wie hij ruzie had."	Volgens de inspectie voor de volksgezondheid zijn als gevolg van de chaos en wanorde op de afdeling vier baby's overleden.
1997 - Eemland Ziekenhuis Amersfoort	-	Daar zouden door onderlinge ruzies mogelijk zelfs tien sterfgevallen (3 vrouwen en 7 baby's) zijn veroorzaakt.
2001 - Wilhelmina ziekenhuis Utrecht	Hoogleraar Sreeram reageert gepikeerd en zegt dat Paul H. niet meer op zijn hulp hoeft te rekenen, ook niet inzake patiëntenzorg. "De dood van het meisje is mede veroorzaakt door de verziekte sfeer, slechte communicatie en het ontbreken van goede werkafspraken op de afdeling."	"Een kindercardioloog is veroordeeld tot anderhalf jaar cel wegens dood door schuld."
2002 - IJsselmeerziekenhuis Lelystad en Emmeloord	"Professionals treden solistisch op. Uit het inspectierapport blijkt nu dat de chirurgen nog altijd niet goed samenwerken."	"Uit door de maatschap geleverde cijfers bleek een schrikbarend hoog aantal complicaties bij dikke darm operaties." "Een hoge sterfte op de intensive care en een overleden kind dat laat werd doorverwezen."
2003 - Medisch Spectrum Twente	"De samenwerking tussen Jansen en de overige leden van de vakgroep Neurologie, zijn naaste collega's, is van meet af aan moeizaam geweest."	"De betreffende arts zou vele misdiagnoses hebben gesteld en patiënten ten onrechte riskante medicijnen hebben voorgeschreven."

2005 - St. Jans Gasthuis Weert	"De verhoudingen tussen de longartsen en anesthesisten waren zodanig verstoord, dat er geen sprake was van een goede communicatie tussen deze disciplines ten aanzien van de behandeling van patiënten."	"De longartsen en anesthesisten communiceren niet genoeg met elkaar om de patiënten goede zorg te kunnen bieden." "Gemiddeld liggen patiënten bij die afdelingen twee tot drie dagen aan de apparatuur. In het Sint Jans Gasthuis krijgen patiënten op de Intensive Care gemiddeld tien dagen kunstmatige beademing."
2005 - Slingelandziekenhuis Doetinchem	-	"In 2004 overleed een vrouw in het Slingeland ziekenhuis in Doetinchem nadat zij een reconstructieve operatie aan de buikwand had ondergaan."
2006 - Diaconessenhuis Utrecht	"Door onderlinge onenigheid was er op de afdeling niet altijd een intensivist beschikbaar." "Het Diaconessenhuis Utrecht vervangt alle zeven intensivisten door tijdelijke krachten wegens communicatie- en samenwerkings-problemen."	"Volgens een woordvoerder hebben de twisten in het ic-team niet geleid tot gevaar voor patiënten."
2006 - Maasziekenhuis Boxmeer	"In april 2006 bleek dat de maatschap chirurgie in Boxmeer grote problemen in de samenwerking kende, die leidden tot onveilige situaties." "De problemen zijn in ieder geval deels te herleiden tot miscommunicatie tussen de chirurgen."	"Onderlinge onenigheid tussen chirurgen heeft in het Maasziekenhuis Boxmeer geleid tot een hoger dan normaal aantal complicaties en heroperaties."
2006 - UMC St. Radboud Nijmegen	"Uit de interviews uitgevoerd door de EOC blijkt dat de onderlinge samenwerking en communicatie tussen de diverse groepen die bij de zorg voor de cardiochirurgische patient betrokken zijn, onvoldoende is."	"In het najaar van 2004 was de sterfte onder patienten die in het UMC St Radboud een cardiochirurgische operatie ondergingen abnormaal hoog. Daarnaast gingen de operaties in de periode 2003-2005 gepaard met een hoge tot zeer hoge incidentie van heringrepen wegens bloeding en harttamponade. Ook was er mer postoperatief orgaanfalen (Verhoogde mortaliteit en morbiditeit)." "Op 24 april dit jaar gaf de inspectie het bevel om hartoperaties bij volwassenen door de hartchirurgen met onmiddellijke ingang stop te zetten."
2006 - Gelre ziekenhuis Zutphen	-	"In juli 2004 constateren artsen de aandoening CIDP bij Westendorp. Deze ziekte leidt tot krachtverlies in handen en voeten. Volgens de raadvrouw van Westendorp, M.E.F. Bots, is de cardioloog hier heel open over geweest naar zijn collega's toe. De cardioloog heeft de veiligheid van de patiënt altijd voorop gesteld."
2006 - Mesos Medisch Centrum Utrecht	-	"Uit een brandweervisitatie, spoedonderzoek door collega's van elders, werd geconcludeerd dat de patienten gevaar liepen."
2006 - Diaconessenhuis Meppel	"Aanleiding zijn de langdurige problemen die het ziekenhuis heeft in de samenwerking en communicatie bij met name de afdelingen chirurgie en anesthesiologie."	"Ook daarbij dat de jarenlange problemen binnen de afdelingen chirurgie en anesthesiologie tot risicovolle situaties voor patiënten geleid."

2008 - Bronovo ziekenhuis Den Haag	-	"Ze zit al bijna twee maanden thuis, waardoor een stijgend aantal oogpatiënten niet behandeld kan worden en de wachttijden in het ziekenhuis oplopen."
2009 - Scheper ziekenhuis Emmen	"De commissie verwijt hem slechte communicatie met zowel patiënten als collega's en slechte verslaglegging."	"Het aantal complicaties dat is opgetreden bij de maagverkleiningsoperaties van Reijnen is volgens de commissie onevenredig hoog. Bij vijf van de zeven sterfgevallen was er sprake van naadlekkages. Er zijn twee patiënten overleden door technische fouten."
2009 - Westfriesgasthuis Hoorn	"Zo was de samenwerking van het medisch team onvoldoende."	"In het Westfriesgasthuis in Hoorn zijn dit jaar twee baby's kort na de geboorte om het leven gekomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in augustus maatregelen genomen, omdat op de afdeling verloskunde een onveilige situatie was ontstaan."

1.2 Probleem definitie

Vanuit zowel de praktijk als de literatuur bestaat het vermoeden dat HRM activiteiten vermoedelijk een bijdrage zouden kunnen leveren aan het verminderen van de arbeidsgerelateerde problemen van medisch specialisten. Dat de HRM activiteiten momenteel waarschijnlijk onvoldoende worden ingezet, zou kunnen voortkomen uit onvoldoende inzicht in de meerwaarde van HRM en/of onvoldoende inzicht in de toepasbaarheid van de HRM activiteiten op het werkdomein van medisch specialisten. Doordat er momenteel onvoldoende inzicht is zijn twee mogelijke trends te beschrijven. Als eerste kunnen medisch specialisten bij het aanhouden van onvoldoende inzicht het idee houden dat de HRM activiteiten geen meerwaarde voor hen heeft. HRM behoort tot een van de management onderwerpen dat voor medisch specialisten vaak buiten het interesseveld ligt, omdat het betekent dat verantwoording afgelegd moet worden. Het blijvend ontbreken van inzicht in de meerwaarde vergroot de kans dat medisch specialisten de HRM activiteiten ook niet in de toekomst zullen inzetten.

Als tweede betekent het voor de medisch specialisten die de meerwaarde van de HRM activiteiten wel inzien, dat zij niet weten op welke wijze zij de HRM activiteiten kunnen toepassen op het werkdomein van de medisch specialisten. Er is namelijk nauwelijks onderzoek verricht naar de toepasbaarheid van HRM activiteiten op het werkdomein van medisch specialisten. Het onvoldoende inzicht in de toepasbaarheid en het beperkte onderzoek daarna, zouden onder andere weer toegekend kunnen worden aan het ontbreken van inzicht in de meerwaarde van de HRM activiteiten door de medisch specialisten.

Met deze twee mogelijke verklaringen is een patroon waarneembaar dat doorbroken moet worden, wat daarmee de aanleiding vormt voor een nieuw onderzoek. Het patroon kan doorbroken worden door inzicht te verschaffen in de toepasbaarheid van de HRM activiteiten binnen het werkdomein van de medisch specialisten en maatschappen binnen ziekenhuizen. Met dat inzicht is het mogelijk dat de kans op het inzien van de meerwaarde van HRM onder medisch specialisten toeneemt. Met inzicht in de toepasbaarheid neemt tevens de kans toe dat de HRM activiteiten daadwerkelijk worden ingezet als medisch specialisten worden geconfronteerd met arbeidsgerelateerde problemen. De probleemstelling die binnen dit onderzoek centraal staat is als volgt te definiëren:

‘Het ontbreken van inzicht in hoe HRM toepasbaar is op het werkdomein van medisch specialisten en maatschappen binnen ziekenhuizen.’

1.3 Onderzoeksdoel

Het stimuleren van het inzetten van HRM activiteiten binnen het werkdomein van de medisch specialist levert vermoedelijk financiële en kwalitatieve voordelen op. In de praktijk en in de literatuur bestaat namelijk het vermoeden dat het inzetten van HRM activiteiten, wellicht een bijdrage zou kunnen leveren aan de arbeidsgerelateerde problemen waar medisch specialisten mee geconfronteerd kunnen worden. Momenteel laten de medisch specialisten zich onvoldoende ondersteunen door HRM activiteiten om problemen op te lossen. Daarnaast worden de medisch specialisten ook onvoldoende gestimuleerd om zich te laten ondersteunen door de HRM activiteiten. Zoals hiervoor al is besproken, zou dit veroorzaakt kunnen worden door het beperkte inzicht in de toepasbaarheid van HRM activiteiten op het werkdomein van de medisch specialist.

Met dit onderzoek wordt geprobeerd een bijdrage te leveren aan het stimuleren van de inzetbaarheid van HRM activiteiten binnen het werkdomein van de medisch specialisten. Het stimuleren van het inzetten van de HRM activiteiten onder de medisch specialisten is mogelijk te realiseren door meer inzicht te creëren. Het onderzoek zal zich daarom richten op het creëren van inzicht in de toepasbaarheid van HRM activiteiten binnen het werkdomein van de medisch specialisten. Het uiteindelijke doel is dat de medisch specialisten de bevindingen die voortkomen uit dit onderzoek ook daadwerkelijk gaan toepassen om de arbeidsgerelateerde problemen op te lossen. Daarom is het belangrijk dat de bevindingen op een gebruiksvriendelijke en tijdsbesparende manier worden gepresenteerd aan de medisch specialisten.

Aangezien medisch specialisten momenteel niet beschikken over inzicht in hoe HRM toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialisten, is het doel van dit onderzoek:

‘Het ontwikkelen van een eerste HRM checklist die toepasbaar is op het werkdomein van medisch specialisten en maatschappen binnen ziekenhuizen’.

Een checklist wordt in het algemeen aangemerkt als een lijst met aandachtspunten [Online Encyclopedie]. De HRM checklist geeft een aantal aandachtspunten weer waar de HRM activiteiten, voor zover bekend, aan zouden moeten voldoen om de communicatie en samenwerking tussen de medisch specialisten te verbeteren. Hierdoor ontstaat inzicht in hoe HRM activiteiten toepasbaar zijn op het werkdomein van de medisch specialisten. Door de bevindingen te presenteren in een checklist wordt bovendien getracht tegemoet te komen aan de gebruiksvriendelijkheid en de efficiëntie van de tijd.

Voor een gestructureerde ontwikkeling van de HRM-checklist zal gebruik gemaakt worden van een aantal hoofdlijnen die de leidraad vormen binnen dit onderzoek. De hoofdlijnen zijn in de vragende vorm geformuleerd en het gaat daarbij om de volgende punten:

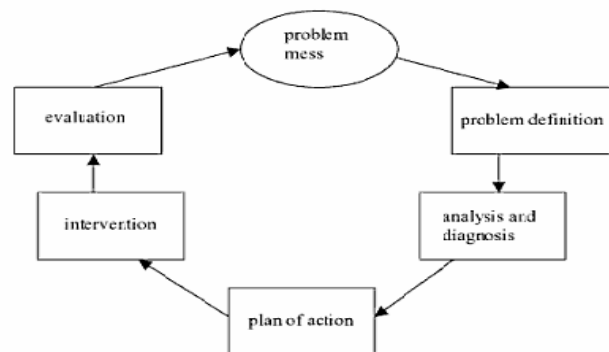
1. Wat is het belang om de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten te verbeteren?

2. Welke oorzaken kunnen leiden tot problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten?
3. Welke kenmerken zijn bepalend of de HRM-checklist toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialisten?
4. Uit welke HRM activiteiten en elementen bestaat de HRM checklist?

1.4 Onderzoeksmethodologie

Binnen dit rapport vormt de regulatieve cirkel van Strien de leidraad voor het onderzoek [van Aken, 2007, p. 13]. De regulatieve cirkel is een methode om verantwoord praktijkonderzoek te doen, waarbij wordt gericht op het creëren van interventies in de praktijk. Het onderzoek dat binnen dit rapport wordt gepresenteerd sluit hierbij aan. Er is namelijk sprake van een bestaand probleem in de praktijk waarvoor een mogelijke oplossing gecreëerd dient te worden. Het gaat daarbij om het ontwikkelen van een eerste HRM checklist, zodat een eerste inzicht wordt gecreëerd in de toepasbaarheid van HRM activiteiten op het werkdomein van de medisch specialisten. De regulatieve cirkel verschaft gestructureerd inzicht in de verschillende stappen die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van een verantwoord praktijkonderzoek. Het onderzoek is te onderscheiden in de volgende vijf stappen van de regulatieve cirkel.

Het uitgangspunt van het onderzoek en tegelijkertijd de eerste stap uit de regulatieve cirkel betreft het formuleren van de probleem definitie [van Aken, 2007, p. 47]. De probleem definitie binnen dit onderzoek is gebaseerd op een vermoeden vanuit de praktijk en de professionele literatuur. Het gaat erom dat medisch specialisten de HRM activiteiten onvoldoende inzetten bij het self-management van de arbeidsgerelateerde



Figuur 1 Regulatieve Cirkel [van Strien]

problemen, vermoedelijk omdat er onvoldoende inzicht bestaat in de toepasbaarheid van HRM activiteiten op het werkdomein van de medisch specialisten. Dit betekent dat er vanuit HRM waarschijnlijk nauwelijks een bijdrage wordt geleverd aan het oplossen van de arbeidsgerelateerde problemen. Om aan te tonen hoe belangrijk het is om een bijdrage te leveren aan de arbeidsgerelateerde problemen, is een overzicht van incidenten gecreëerd. In dat overzicht staan de incidenten weergegeven die zijn ontstaan als gevolg van het arbeidsgerelateerde probleem 'problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten'. Het overzicht geeft inzicht in de oorzaken van de incidenten en inzicht in de effecten die problemen in de communicatie en samenwerking uiteindelijk kunnen hebben op de zorgverlening. De probleem definitie eindigt met een probleemstelling en vragen, die de leidraad van dit onderzoek vormen. De eerste stap van de regulatieve cirkel staat uitgewerkt in hoofdstuk 1 'de introductie'. De probleem definitie staat weergegeven in paragraaf 1.2.

De tweede stap van de regulatieve cirkel betreft de analyse and diagnose. Voor het ontwerpen van een effectieve oplossing, is inzicht noodzakelijk in de oorzaken en gevolgen van het probleem. In

hoofdstuk 1 is op basis van incidenten uit de praktijk al een eerste inzicht verkregen in de oorzaken die kunnen leiden tot problemen in de communicatie en samenwerking. Deze analyse is grotendeels gebaseerd op niet verantwoorde academische literatuur. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten, wordt daarom in hoofdstuk 2 'de probleem analyse' een tweede analyse uitgevoerd. De probleem analyse vindt plaats aan de hand van een content analyse. De content analyse is een standaardisatieproces waarbij uitgefilterde informatie wordt gecodeerd. Relevante onderdelen uit de informatie worden toegewezen aan een bepaalde categorie. De categorieën in dit onderzoek vertegenwoordigen de oorzaken, gevolgen en de kenmerken van de medische wereld. De oorzaken die in hoofdstuk 2 'de probleem analyse' worden geïdentificeerd, spelen een centrale rol binnen dit onderzoek.

De derde stap van de regulatieve cycle betreft plan and actie. Binnen deze stap van de regulatieve cirkel wordt een mogelijke oplossing ontworpen die het probleem zal oplossen of de gevolgen zal beperken. Voor het creëren van een oplossing voor dit onderzoek wordt gestart met een literatuurstudie. De literatuurstudie verschaft inzicht in welke HRM activiteiten bestaan, welke HRM activiteiten welke problemen verminderen of oplossen en hoe de HRM activiteiten ingezet moeten worden. De geïdentificeerde oorzaken uit de probleem analyse vormen de afbakening voor het verrichten van een gerichte literatuurstudie. Aan de hand van de literatuurstudie ontstaat een lijst van HRM activiteiten die mogelijk een rol kunnen spelen bij het verbeteren van de samenwerking tussen medisch specialisten. In hoofdstuk 3 'het literatuur framework' staat weergegeven welke HRM activiteiten mogelijk een rol kunnen spelen bij het creëren van een oplossing voor het geschetste probleem.

Om te bepalen of de HRM activiteiten uit het literatuur framework relevant en toepasbaar zijn worden kwalitatieve interviews afgenomen. De onderzoeksmethode, de operationalisatie en de verantwoording staan weergegeven in hoofdstuk 4 'de onderzoeksmethodologie'.

De resultaten van het onderzoek staan weergegeven in hoofdstuk 5 'de resultaten'. De resultaten vormen de basis voor het creëren van een oplossing voor het geschetste probleem uit de eerste stap van de regulatieve cirkel. In hoofdstuk 6 'de discussie' worden de theorie en de resultaten uit het onderzoek met elkaar vergeleken. Aan de hand van discussies per onderwerp, wordt beargumenteerd welke HRM activiteiten opgenomen dienen te worden in de HRM checklist. Iedere HRM activiteit sluit af met de elementen die uiteindelijk in de HRM checklist komen om de HRM activiteit te vertegenwoordigen. Op basis van de reflecties uit hoofdstuk 6 worden alle deeloplossingen samengevoegd en ontstaat de HRM checklist in de conclusie. Het is belangrijk dat bedacht wordt dat de HRM checklist uit dit onderzoek, een eerste aanzet is en niet aangemerkt wordt als dé HRM checklist die de problemen in de communicatie en samenwerking oplost.

De vierde stap en vijfde stap van de regulatieve cycle zijn de interventie en de evaluatie. Tijdens de intervention wordt de oplossing daadwerkelijk uitgevoerd, waarbij met verschillende metingen aandacht wordt gevestigd aan de tussentijdse uitkomsten. Bij de evaluatie worden de effecten van een ontworpen oplossing geobserveerd en beoordeeld. De interventie en de evaluatie vallen beiden buiten de scope van dit onderzoek. Met dit onderzoek zal slechts een eerste HRM checklist worden samengesteld en overhandigd aan de medisch specialisten en ziekenhuizen. Een vervolgonderzoek zal moeten aantonen of de HRM checklist geïmplementeerd kan worden, hoe de HRM checklist geïmplementeerd zal moeten worden en wat de effecten zijn.

1.5 Definities

De doelstelling en probleemstelling bevatten een aantal begrippen die een definitie vereisen om de interpretatieverschillen te beperken. In deze paragraaf worden de volgende begrippen gedefinieerd: *Human Resource Management (HRM)*, *Medisch Specialist* en *Maatschap*.

Human Resource Management (HRM)

HRM is een gedachtegoed dat ingezet kan worden om arbeidsgerelateerde vraagstukken te managen. Eerst wordt een algemene definitie van HRM gegeven. Hierdoor benaderd iedere lezer, waaronder de lezers met een niet bedrijfskundige achtergrond, HRM vanuit dezelfde invalshoek. Er is gekozen voor de abstracte definitie van Boxall and Purcell, omdat deze definitie de essentie van HRM kort en krachtig weergeeft. Boxall and Purcell [2008, p. 1] definiëren HRM als ‘all those activities associated with the management of work and people in firms and other formal organizations’.

Om met de definitie van HRM aansluiting te vinden op het onderzoek, wordt gekeken op welke kenmerken de nadruk gelegd moet worden in de definitie. Het onderzoek richt zich op het onderzoeken van de toepasbaarheid van HRM binnen het werkdomein van de medisch specialist met als doel om de onderlinge communicatie en samenwerking te verbeteren.

Bij het inzetten van HRM activiteiten voor het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten, dient bedacht te worden dat het uiteindelijke doel is om de onderlinge relaties te verbeteren. Daarbij kunnen de HRM activiteiten aangemerkt worden als hulpmiddelen die mogelijk het self-management van de onderlinge arbeidsrelaties ondersteunen. Er wordt hier heel bewust van arbeidsrelaties gesproken, omdat het gaat om de onderlinge verhoudingen binnen het werkdomein van de medisch specialisten. De arbeidsrelaties refereren doorgaans naar de relatie tussen de werknemer en werkgever, waarbij de werknemer arbeidskrachten ter beschikking stelt aan de werkgever in ruil voor beloningen. In dit onderzoek wordt niet gericht op de hiërarchische arbeidsrelaties, maar op de relaties die centraal staan binnen het werkdomein van de medisch specialisten. Bij de relaties uit het werkdomein van de medisch specialisten kan gedacht worden aan de onderlinge relaties binnen een vakgroep, maar bijvoorbeeld ook aan de relaties uit andere vakgroepen en andere medewerkers die van invloed zijn binnen het werkdomein. Aangezien met de HRM activiteiten het uiteindelijke doel is om invloed uit te oefenen op de arbeidsrelaties van de medisch specialisten, zal daarom de nadruk op arbeidsrelaties worden gelegd in de definitie van HRM. Een definitie die relaties centraal stelt is de definitie van Kluytmans et al [2005] met ‘een complex geheel van opvattingen, instrumenten en methoden gericht op het vormgeven van arbeidsrelaties in organisaties, zodat deze productief en acceptabel zijn voor alle partijen’. Deze definitie zal om de voorgaande argumenten als basis worden gehanteerd binnen dit onderzoek.

Het tweede aspect waar rekening mee gehouden dient te worden is dat medisch specialisten zich moeilijk managen laten en er niet van gediend zijn dat hen dingen wordt opgedragen vanuit het management [Witman, 2007, p. 20]. Het is daarom effectiever om te focussen op de vrijwillige acceptatie van HRM door medisch specialisten. Dit is te realiseren door medisch specialisten te overtuigen van de eventuele meerwaarde die HRM voor hen zou kunnen hebben. Deze eventuele meerwaarde dient benaderd te worden vanuit het schetsen van herkenbare problemen waarmee medisch specialisten binnen hun werkdomein geconfronteerd zouden kunnen worden. Daarbij kan gedacht worden aan het aannemen van een niet passende maat binnen de maatschap. Hierdoor wordt de situatie voor de medisch specialist tastbaarder en kan de eventuele meerwaarde van een

HRM activiteit duidelijker gemaakt worden. Het vermoeden is dat door medisch specialisten op deze manier te benaderen, de kans op acceptatie van HRM groter is. Uit deze motivering blijkt hoe relevant de acceptatie is, wat betekent dat acceptatie ook centraal dient te staan in de definitie die binnen dit onderzoek geldt voor HRM. Kluytmans [2005] laat met zijn definitie tevens zien dat acceptatie van de HRM activiteiten en instrumenten belangrijk is.

Op basis van de zojuist besproken aspecten dient een definitie geformuleerd te worden voor HRM, die aansluit op het onderzoek. De definitie van Boxall and Purcell vormt het uitgangspunt van de geldende definitie van HRM binnen dit onderzoek. Aan deze definitie worden de elementen die door Kluytmans als belangrijk worden beschouwd toegevoegd. Hierdoor ligt de nadruk binnen de definitie van HRM op de arbeidsrelaties en acceptatie, waardoor HRM als volgt wordt gedefinieerd binnen dit onderzoek:

Een reeks van activiteiten en instrumenten die geassocieerd worden met het managen van de arbeidsrelatie tussen de medisch specialisten binnen teams, die acceptabel zijn voor alle partijen met als doel om de communicatie en samenwerking te verbeteren.

Medisch Specialist

In Nederland worden personen aangemerkt als medisch specialisten indien zij door de registratiecommissie MSRC (Medisch Specialisten Registratie Commissie) in een register staan ingeschreven. Voor registratie dienen deze personen te voldoen aan de eisen die aan het specialisme worden gesteld. Deze eisen worden vastgesteld door de commissie CCMS (Centraal College Medische Specialismen). De regelgeving voor de opleiding tot specialist is vastgelegd met één kaderbesluit, wat is aan te merken als algemeen geldende bepalingen voor alle specialismen die vallen onder het CCMS [Kaderbesluit CCMS, November 2004]. Daarnaast wordt het kaderbesluit aangevuld met specifieke besluiten die gelden voor de afzonderlijke specialismen [KNMG[1]]. Globaal betekent dit dat een persoon eerst de opleiding geneeskunde succesvol dient af te ronden om basisarts te worden. Vervolgens dient de basisarts te solliciteren naar een opleidingsplaats om zich te verdiepen in een bepaald specialisme. Deze vervolgopleiding duurt 4 tot 6 jaar afhankelijk van de eisen die zijn opgesteld door het CCMS [Orde van Medisch Specialisten [2]]. Na voltooiing van de opleiding wordt de medisch specialist door de MSRC in het register van de erkende medisch specialisten ingeschreven. Deze registratie is noodzakelijk om het beroep medisch specialist uit te mogen voeren. Ten slotte worden alle medisch specialisten eens in de 5 jaar benaderd voor herregistratie [Orde van Medisch Specialisten [3]]. Binnen dit onderzoek wordt een medisch specialist aangemerkt als:

Een persoon die voldoet aan de eisen die worden gesteld aan zijn/haar specialisme door het CCMS en staat geregistreerd door het MSRC in het daartoe bestemde register.

Maatschap

De wet definieert een maatschap in art. 7a:1655 van het Burgerlijk Wetboek als 'een overeenkomst waarbij twee of meerdere personen zich verbinden om iets in gemeenschap te brengen, met het doel om het daaruit ontstane voordeel met elkaar te delen'. Een maatschap wordt opgericht door personen die een vrij beroep uitoefenen, zoals medisch specialisten. Hoewel voor de oprichting geen schriftelijke overeenkomst verplicht is, wordt deze toch vaak gebruikt ter verduidelijking van elkaars rechten en plichten [Ritsema and Westra, 2001, p. 27].

Het doel van de maatschap is het verdelen van het gemeenschappelijk behaalde voordeel. De maten bepalen zelf met onderling opgesteld beleid hoe voordeel verdeeld zal worden. Een aspect dat een rol speelt bij de verdeling van de winst is de hoogte van het bedrag die iedere maat heeft ingebracht [Ritseman and Westra, 2001, p. 28]. Het is wettelijk niet verplicht dat alle maten hetzelfde bedrag inleggen voor de financiering van de maatschapsactiviteiten.

De wet benoemd een aantal oorzaken waardoor een maatschap beëindigd zal worden, tenzij de maten een voortzettingsbeding op hebben genomen in de maatschapsovereenkomst [Ritsema and Westra, 2001, p. 55]. Bij het terugtrekken van een van de maten blijft een onverdeeld gemeenschappelijk vermogen achter. Voor het voortbestaan van de maatschap is het belangrijk dat de vermogensbestanddelen in de maatschap blijven. Om dat te waarborgen kan aan het voortzettingsbeding een vermogensbeding worden gekoppeld. Hiermee is het mogelijk dat bepaalde vermogensbestanddelen tot de maatschap behouden blijven. Het vermogensbeding dat medisch specialisten vaak zullen hanteren is het overnemingsbeding. Daarmee wordt het aandeel van de uitgetreden maat overgedragen aan een nieuwe maat die toetreed tot de maatschap [Ritsema and Westra, 2001, p. 34].

Om bepaalde problemen waarmee maatschappen geconfronteerd kunnen worden beter te plaatsen, is het belangrijk om aandacht te schenken aan de organisatorische kenmerken van een maatschap. Het eerste kenmerk is dat de organisatiestructuur van een maatschap geen hiërarchie kent [de Bruijn en van Beek, 2001, p. 94]. Dit wil zeggen dat alle maten uit de maatschap gelijk zijn en geen van hen formeel de leiding kan nemen. Het tweede kenmerk is dat de besluitvorming binnen maatschappen vaak gebaseerd zijn op het consensus, wat vaak leidt tot besturingsproblemen bij vijf of meer maten [de Bruijn en van Beek, 2001, p. 94]. Het is bijna onmogelijk om het alle maten eens te laten worden over een bepaalde beslissing of keuze. Het derde kenmerk is dat de organisatorische kant van maatschappen vaak onvoldoende is ingericht. Bij de organisatorische kant kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden, de afspraken over de registratie en administratie of het formuleren van maatschapsdoelen. Op basis van de besproken kenmerken wordt een maatschap binnen dit onderzoek als volgt aangemerkt:

Twee of meer medisch specialisten verbinden zich financieel in een samenwerkingsvorm, die formeel geen hiërarchie kent en waarbij de organisatorische inrichting doorgaans beperkt is, met als doel om het ontstane voordeel uit die samenwerking met elkaar te delen.

1.6 Onderzoeksaanpak

Eerder zijn een aantal vragen geformuleerd die de leidraad vormen voor het ontwikkelen van een toepasbare HRM checklist op het werkdomein van de medisch specialisten. Hieronder wordt per vraag aangegeven hoe deze beantwoord zal gaan worden gedurende het onderzoek.

1. Wat is het belang om de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten te verbeteren?

Om aan te geven wat het belang van de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten is, zal een analyse worden verricht van incidenten die de publiciteit hebben gehaald. In deze analyse zullen alleen de incidenten opgenomen worden die zijn veroorzaakt door een gebrekkige communicatie en samenwerking. Met het achterhalen en het inzichtelijk maken van de gevolgen van

deze incidenten, wordt duidelijk wat het belang is van een goede onderlinge communicatie en samenwerking.

2. Welke oorzaken kunnen mogelijk leiden tot problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten?

Voor het verkrijgen van een gestructureerd overzicht van oorzaken, die mogelijk kunnen leiden tot problemen in de communicatie en samenwerking, wordt een content analyse verricht. Een content analyse is 'an analysis into registered human communication, like books, magazines, articles and speeches on which a process of encoding is applied. Het coderen vindt plaats aan de hand van een classificatie, zodat de verzamelde informatie wordt gestandaardiseerd [Babbie, 2007, p. 325]. Een content analyse is krachtig in het onderscheiden van oorzaken en gevolgen, zodat een eenduidige lijst van oorzaken samengesteld wordt. Voordat de content analyse uitgevoerd kan worden, wordt een literatuuronderzoek verricht. Tijdens dat literatuuronderzoek wordt op een gestructureerde manier literatuur geselecteerd die mogelijk informatie bevat over de oorzaken van een gebrekkige communicatie en samenwerking.

3. Welke kenmerken zijn bepalend of de HRM-checklist toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialisten?

Om te bepalen welke kenmerken een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen van de HRM-checklist worden interviews afgenomen en aansluitend een literatuuronderzoek verricht. Het interview heeft binnen deze vraag een orienteerd doel. Er zal een eerste inzicht verkregen worden in wat de typische kenmerken van medisch specialisten zijn, welke relaties centraal staan in het werkdomein van de medisch specialisten en hoe de verhoudingen zijn tussen de medisch specialisten, maatschappen en het ziekenhuis. Vervolgens wordt aan de hand van deze eerste resultaten een aansluitend literatuuronderzoek verricht. Tijdens dat literatuuronderzoek zal gekeken worden of resultaten uit de interviews aangevuld kunnen worden en verklaard kunnen worden met literatuur.

4. Uit welke HRM activiteiten en elementen bestaat de HRM checklist?

Voor het ontwikkelen van de HRM checklist wordt als eerste een literatuuronderzoek uitgevoerd. In het literatuuronderzoek wordt gekeken wat binnen de HRM literatuur wordt gesteld over de geïdentificeerde oorzaken. In concretere termen zal er gekeken worden welke HRM activiteiten volgens de literatuur mogelijk een bijdrage zouden kunnen leveren om de kans, dat de oorzaken zich voordoen, te verlagen. Aan de hand van de bevindingen uit de literatuur zullen vervolgens kwalitatieve interviews afgenomen worden. Tijdens deze interviews worden vragen gesteld om te achterhalen welke HRM activiteiten daadwerkelijk relevant zijn voor de geïdentificeerde oorzaken. Tevens worden vragen gesteld om de toepasbaarheid van de HRM activiteiten op het werkdomein van de medisch specialisten te kunnen bepalen. Vervolgens zullen de literaire bevindingen gekoppeld worden aan de resultaten, waaruit een discussie zal ontstaan. Tijdens de discussies worden afwegingen gemaakt die uiteindelijk leiden tot de conclusie om de HRM activiteit wel of niet op te nemen in de HRM checklist. De HRM activiteiten waarvoor besloten is om ze op te nemen in de HRM checklist, zullen in de HRM checklist vertegenwoordigd worden door een aantal elementen. Deze elementen vormen aandachtspunten en kunnen gezien worden als een leidraad voor het HRM beleid dat zich richt op de medisch specialisten. De elementen die opgenomen worden in de HRM checklist zijn bepaald aan de hand van de antwoorden op de vragen die cruciaal bleken tijdens de interviews.

2. Probleemanalyse

Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een HRM-checklist, die mogelijk het selfmanagement van het arbeidsgerelateerde vraagstuk 'het verbeteren van de onderlinge communicatie en samenwerking' ondersteund. Om relevante HRM activiteiten op te nemen in de HRM-checklist, is het noodzakelijk dat eerst onderzocht wordt aan welke problematiek (de oorzaken) de HRM activiteiten als mogelijke oplossing zouden moeten bijdragen. In dit hoofdstuk wordt daarom een probleem analyse uitgevoerd. Het doel hiervan is om te achterhalen welke oorzaken ten grondslag liggen aan de problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten.

2.1 Identificatie van oorzaken

Voor het ontwikkelen van een doelgerichte HRM-checklist is het noodzakelijk dat inzicht wordt verkregen in de probleem situatie. Dit betekent dat inzicht noodzakelijk is in de oorzaken die mogelijk kunnen leiden tot problemen in de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten. Ook zal achterhaald worden wat de problemen voor effecten kunnen hebben op de zorgverlening, om de meerwaarde van HRM te laten inzien. Binnen dit onderzoek worden de oorzaken en gevolgen achterhaald door middel van een content analyse. Er is onvoldoende tijd om de oorzaken en gevolgen zelf te onderzoeken in de praktijk, daarom wordt gekozen om het onderzoek te baseren op bestaande inzichten. Voor het analyseren van de bestaande inzichten wordt een content analyse gebruikt, omdat deze methode krachtig is in het inzicht geven in de oorzaken en gevolgen van situaties [Babbie, 2007, 321].

Het doel van de content analyse, binnen dit onderzoek, is het verkrijgen van een eerste indruk van de mogelijke oorzaken van de problemen in de communicatie en samenwerking. Hierdoor staat de mate waarin oorzaken zich voordoen en leiden tot bepaalde gevolgen buiten de scope van dit onderzoek. Aangezien de content analyse het doel heeft om inzicht te verkrijgen, is de onderliggende boodschap van een tekst van relevante waarde. Hierdoor is het wenselijk dat het achterhalen van oorzaken wordt gedaan aan de hand van de latent content coding, aangezien codering hier plaatsvindt op de onderliggende boodschap [Babbie, 2007, p. 326]. Oorzaken worden namelijk vaak beschrijvend weergegeven, en bovendien zijn dezelfde soort oorzaken op verschillende manieren te omschrijven. Het nadeel van de latent content coding is dat de betrouwbaarheid afneemt, doordat coding plaatsvindt op basis van de onderliggende boodschappen van teksten. De kans is groter dat wanneer andere personen de coding zouden herhalen, dat deze de onderliggende boodschappen aan andere categorieën zouden worden toegekend. De validiteit neemt daarentegen toe bij gebruik van de latent content coding, doordat gecodeerd wordt op de onderliggende boodschappen van de tekst. Babbie [2007, p. 325] stelt dat het dilemma tussen de betrouwbaarheid en de validiteit te verminderen is, wanneer gebruik gemaakt wordt van beide coding methoden. Maar bij het achterhalen van mogelijke oorzaken wordt bewust gekozen om alleen de latent content coding toe te passen. Manifest content coding voegt namelijk niets toe aan het doel van de content analyse binnen dit onderzoek. Het is voor dit onderzoek niet relevant hoe vaak bepaalde oorzaken worden

benoemd of welke oorzaken welke consequenties hebben. Daarnaast kunnen oorzaken op meerdere manieren worden uitgelegd, wat betekent dat meer categorieën zullen ontstaan als alleen gekeken wordt naar de surface content.

2.2 Resultaten uit academische literatuur

Voor het uitvoeren van een content analyse is literatuur noodzakelijk. Voor dit onderzoek is daarom op gestructureerde wijze gezocht naar academisch relevante literatuur. De academische literatuur is relevant als de literatuur ingaat op de toepasbaarheid van HRM op het werkdomein van de medisch specialist ter verbetering van de communicatie en samenwerking. Om deze informatie te achterhalen is gebruik gemaakt van wisselende combinaties van zoektermen in verschillende zoekmachines. De zoekmachines betreffen Google Scholar, Scopus en Web of Science.

Om literatuur gestructureerd te achterhalen is gebruik gemaakt van een bepaalde zoekstrategie. Deze zoekstrategie richt zich op het uitfilteren van informatie vanuit een brede context aan zoekwoorden naar een combinatie van zoekwoorden die steeds specifieker wordt. In dit onderzoek betekent dat vanuit de brede context is gezocht op Human Resource Management, waaruit in alle zoekmachines veel resultaten voortkwamen [bijlage II]. Deze resultaten zijn vervolgens verfijnd met zoekwoorden die kenmerkend zijn voor de medische wereld, zoals healthcare, professionals, en medical specialists. Voor de zoekmachine Scopus betekende dit dat er slechts twee irrelevante artikelen overbleven en voor de zoekmachine Web of Science zelfs geen artikelen [bijlage II]. De zoekmachine Google Scholar geeft daarentegen wel veel resultaten weer, waardoor verdere verfijning noodzakelijk bleek. In bijlage II staat een schematisch overzicht, van het grote aantal wisselende combinaties van zoektermen en het daarbij behorende aantal resultaten.

De zoekresultaten hebben slechts één academisch relevant artikel opgeleverd. Het betreft het artikel 'Unhappy doctors: What are the causes and what can be done', wat is gepubliceerd in het British Medical Journal. Het artikel geeft inzicht in welke oorzaken de basis vormen voor ontevreden medisch specialisten. Tevens vermeldt het artikel dat bepaalde benoemde oorzaken kunnen leiden tot conflicten, wat vervolgens gevolgen zou kunnen hebben voor de communicatie en samenwerking tussen de medisch specialisten. De oorzaken die verantwoordelijk zijn voor de ontevredenheid onder de medisch specialisten kunnen volgens de auteurs beperkt worden door de inzet van moderne HRM technieken.

De zoekresultaten laten zien dat momenteel onvoldoende onderzoek is verricht binnen de academische wereld naar de mogelijkheden om HRM in te zetten ter verbetering van de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. De zoekresultaten uit de academische literatuur zijn te beperkt voor het uitvoeren van een content analyse. Voor het aanvullen van de zoekresultaten worden daarom andere informatiebronnen geraadpleegd, waarvan de resultaten in de volgende paragraaf worden gepubliceerd.

De conclusie dat er geen of nauwelijks aandacht is voor HRM gericht op de medisch specialisten, kan met actueel verschenen literatuur nogmaals worden bevestigd. In de herfst 2010 is er een nieuw nummer (3) verschenen van het 'Tijdschrift voor HRM', dat zich richt op het thema 'HRM in de zorg'. Het bestuderen van de artikelen in dit nummer geeft het inzicht dat nog steeds geen aandacht wordt besteed aan de toepasbaarheid van HRM op het werkdomein van de medisch specialisten. Er is voornamelijk aandacht voor HRM gericht op de verpleegkundigen en de strategische rol van HRM binnen de zorginstellingen. Hieruit blijkt nogmaals dat ook gedurende dit onderzoek de voordelen

van HRM nog onvoldoende in relatie worden gebracht met de medisch specialisten en hun werkdomein.

2.3 Resultaten uit professionele literatuur

Het achterhalen van relevante literatuur voor de content analysis wordt vervolgd binnen de professionele literatuur. Er wordt gestart met het zoeken naar informatie in de professionele vakliteratuur. Hiervoor wordt de zoekmachine van het Nederlandse medisch vaktijdschrift 'Medisch Contact' gebruikt. Voor het zoeken naar professionele literatuur zijn wisselende woordcombinaties als zoekterm in de zoekmachine ingevoerd. De resultaten die daaruit voortgekomen zijn, staan weergegeven in de tabel in appendix III. In deze tabel staan de artikelen geregistreerd waarin relevante informatie staat voor de content analysis.

Bij het zoeken naar relevante professionele literatuur is geringe aandacht besteedt aan het zoeken naar HRM gerelateerde literatuur. Dit aangezien uit de academische literatuur is gebleken dat nauwelijks tot geen aandacht is besteed aan de inzet van HRM ter verbetering van de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. In de tabel in appendix III tonen de zoekresultaten aan dat nauwelijks tot geen bruikbare literatuur bestaat over HRM in relatie tot medisch specialisten. Opvallend is dat in appendix III een aantal zoektermen staan weergegeven die betrekking hebben op twee specifieke HRM onderwerpen. Daarbij gaat het om werving en selectie en het beoordelen van medisch specialisten. De reden dat deze specifieke onderwerpen zijn opgenomen als zoektermen, is omdat aan deze onderwerpen toenemende aandacht wordt besteed binnen de medische wereld. Het idee om deze onderwerpen als zoektermen te gebruiken is gebaseerd op eerder gevonden artikelen.

Het aantal artikelen dat ingaat op de problemen die spelen tussen medisch specialisten laat zien dat het belangrijk is dat daaraan aandacht wordt besteedt. Deze artikelen behandelen de mogelijke oorzaken van de problemen in de communicatie en samenwerking. Tegelijkertijd schetsen de artikelen een beeld van het werkdomein van de medisch specialist. Het inzicht verkrijgen in het werkdomein van de medisch specialist is van relevante waarde, zodat beter te begrijpen is waarom bepaalde oorzaken een probleem kunnen vormen. Bovendien is inzicht noodzakelijk om een instrument te ontwikkelen dat toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist.

De zoekactiviteiten binnen de zoekmachine van 'Medisch Contact' geven beter inzicht in de problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. Hierdoor kan gericht gezocht worden met nieuwe zoektermen. Bovendien geven een aantal resultaten inzicht in welke incidenten zich in de praktijk hebben voorgedaan. Ook deze incidenten maken het mogelijk om gericht te zoeken naar relevante informatie over de problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. De zoektermen die voortvloeien uit de resultaten vormen nieuwe input voor het zoeken naar relevante informatie voor de content analyse.

Voor het zoeken naar nieuwe relevante informatie wordt gebruik gemaakt van de zoekmachine Google. De resultaten die zijn voortgekomen uit de zoekactiviteiten in Google staan weergegeven in de tabel in appendix III. De inhoud van de zoektermen laat zien dat er inderdaad voorkennis aanwezig was, doordat sommige zoektermen zeer specifiek geformuleerd zijn.

De Google resultaten laten tevens zien dat problemen in de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten belangrijke vraagstukken zijn. Doordat zoektermen met voorkennis opgesteld

konden worden, is meer informatie over de oorzaken gevonden binnen de zoekresultaten van Google. De zoekresultaten gaven aan de hand van krantenartikelen inzicht in de incidenten uit de praktijk. Deze krantenartikelen doen verslag over de voorgevallen incidenten die publiciteit hebben gekregen. In deze krantenartikelen worden de oorzaken behandeld die hebben geleid tot de problemen in de communicatie en samenwerking in de betreffende incidenten. De krantenartikelen refereren bij het opnemen van mogelijk oorzaken in de meeste gevallen naar de onderzoeksrapporten of conclusies van de onderzoekscommissie. Doordat zich in de praktijk situaties hebben voorgedaan die hebben geleid tot problemen in de communicatie en samenwerking, ontstaat al een eerste inzicht in de mogelijke oorzaken.

Als laatste is de zoekmachine van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt voor het verzamelen van relevante informatie. De zoektermen zijn opgesteld met voorkennis aan de hand van twee recente cases die veel aandacht in de publiciteit hebben gekregen. In appendix II staan de resultaten weergegeven die voort zijn gekomen uit de zoekacties.

In beide gevallen gaat het om de onderzoeksrapporten van externe onderzoekscommissies. In deze rapporten staan hoofdstukken opgenomen die relevante informatie bevatten voor de content analyse. Met relevante informatie worden de oorzaken bedoeld die binnen deze cases hebben geleid tot problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten.

2.4 Achtergrond van het onderzoeksprobleem

De gefilterde informatie uit de eerder benoemde zoekresultaten vormen de basis voor de content analyse. Na bestudering van de informatiebronnen is gebleken dat deze bestaan uit grote delen irrelevante informatie voor het uitvoeren van een content analyse. Om een effectievere en efficiëntere codering mogelijk te maken is daarom besloten om per informatiebron een korte samenvatting te maken. In deze samenvattingen zullen alleen relevante informatie opgenomen worden. Relevante informatie wordt aangemerkt als de mogelijke oorzaken die kunnen leiden tot problemen in de communicatie en samenwerking enerzijds. En anderzijds informatie die inzicht geeft in de kenmerken van het werkdomein van de medisch specialist. Inzicht in deze informatie is noodzakelijk voor het ontwikkelen van een toepasbaar en aansluitend instrument op het werkdomein van de medisch specialist.

De content analyse is uitgevoerd op de samengevatte informatie en staat weergegeven in appendix V. Voor het uitvoeren van de content analyse is een categorie indeling noodzakelijk. De categorieën die voor de content analyse binnen dit onderzoek zijn gehanteerd zijn te raadplegen in appendix IV.

De gehanteerde categorieën zijn op hoofdlijnen in drie onderwerpen te onderscheiden. Onder het eerste onderwerp vallen die categorieën die betrekking hebben op de mogelijke oorzaken. De tekst wordt gecodeerd met een van deze categorieën als deze een mogelijke oorzaak bevat. Tot het tweede onderwerp behoren de categorieën die de gevolgen van de problemen in de communicatie en samenwerking aangeven. In dit geval wordt de tekst gecodeerd als deze mogelijke gevolgen vermeld. Het derde onderwerp omvat de categorieën die ingaan op kenmerken van het werkdomein van de medisch specialist en ontwikkelingen binnen de medische wereld. De tekst die een kenmerk of ontwikkeling uit de medische wereld bevat wordt gecodeerd met een van deze categorieën.

2.4.1 Resultaten geïdentificeerde oorzaken

Op basis van de content analyse ontstaat een eerste algemene indruk van de oorzaken die kunnen leiden tot problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. In de content analyse zijn 12 mogelijke oorzaken geïdentificeerd. Aangezien de content analyse geen gestructureerd overzicht geeft van de mogelijke oorzaken, zijn alle oorzaken met quotes uit de content analyse opgenomen in een tabel in appendix VI.

Het is noodzakelijk om de geïdentificeerde oorzaken te bundelen tot een hoger abstractieniveau. Het is namelijk niet mogelijk om op het gedetailleerde niveau van de oorzaken te bepalen welke HRM activiteiten relevant zijn. Door de geïdentificeerde oorzaken te bundelen naar hoofdcategorieën, welke met theoretische termen worden aangemerkt, ontstaat een ander referentiekader voor het zoeken naar literatuur. Met dit referentiekader is het mogelijk om de abstracte literatuur toe te passen op de gedetailleerde oorzaak categorieën. De HRM literatuur kent namelijk wel activiteiten om cultuurverschillen te beperken, maar het is bijvoorbeeld niet bekend welke HRM activiteiten kunnen bijdragen aan het beperken van de machocultuur onder medisch specialisten.

Binnen dit onderzoek worden de oorzaak categorieën gebundeld tot vijf hoofdoorzaak categorieën. In de tabel 2 staat een overzicht weergegeven van de oorzaken. In de linkerkolom staat de hoofdoorzaak categorie en in de rechterkolom staat weergegeven welke oorzaak categorieën tot de hoofdoorzaak categorie behoort.

Tabel 2 Een overzicht van hoofdoorzaak categorieën en de oorzaak categorieën

Hoofdoorzaak categorie	Oorzaak categorie
HRM: Personeelsplanning	Werving en selectie
	Ontslag van medisch specialisten
	Arbeidsmobiliteit van medisch specialisten
Organisatiecultuur	Gesloten organisatiecultuur
	Culturele verschillen
Professionele cultuur	Machocultuur
	Individualisme/Professionele autonomie
Organisatiestructuur	Organisatiestructuur van maatschappen
	Impliciete afspraken
Samenwerking	Gedwongen samenwerking
	Botsende karakters

De hoofdoorzaak categorieën spelen vanaf hier de centrale rol binnen het onderzoek. Om te beoordelen of een HRM activiteit een bijdrage kan leveren aan een oorzaak categorie, wordt er literatuur op het abstracte niveau van de hoofdoorzaak categorie geverifieerd. Ter verduidelijking wordt een voorbeeld gegeven. Om de machocultuur onder medisch specialisten te beperken, wordt niet in de HRM literatuur gezocht naar het beperken van de machocultuur. Er zal HRM literatuur geraadpleegd worden die aangeeft welke HRM activiteiten wellicht een bijdrage kan leveren aan culturele verschillen.

2.4.2. Resultaten geïdentificeerde gevolgen

De content analysis heeft inzicht verschaft in wat de mogelijke gevolgen kunnen zijn van problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. Hoewel de mogelijke gevolgen zijn geïdentificeerd, is het niet het doel om binnen dit onderzoek de gevolgen aan de oorzaken te relateren. Het enige doel waarom de mogelijke gevolgen inzichtelijk zijn gemaakt is om de ernst van de problematiek rondom problemen in de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten te benadrukken. In tabel 3 worden de mogelijke gevolgen van problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten weergegeven.

Tabel 3 Een overzicht met mogelijke gevolgen van communicatie- en samenwerkingsproblemen

Consequence Categorie	
Overlijden van patienten	Reputatieschade
Beperkte ontwikkeling	Complicaties
Extra kosten	

3. Literatuur framework

In dit hoofdstuk zullen op basis van literatuur de basiselementen voor de HRM-checklist uiteengezet worden. Om een HRM-checklist te kunnen samenstellen, die zich richt op het verbeteren van de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten, dient eerst bepaald te worden welke HRM activiteiten hieraan kunnen bijdragen. Het uitgangspunt voor het selecteren van HRM activiteiten, zijn de geïdentificeerde oorzaken uit de probleem analyse. Voor deze selectie wordt met literatuur beoordeeld welke HRM activiteiten vermoedelijk een rol zouden kunnen spelen voor de geïdentificeerde oorzaken. In het literatuur framework worden alleen de onderdelen van de HRM activiteiten besproken die mogelijk relevante waarde hebben. Met het focussen op alleen de relevante onderdelen van de HRM activiteiten, wordt het samenstellen van een doelgerichte HRM-checklist nagestreefd. De literaire bevindingen die uit dit hoofdstuk voortkomen, vormen een eerste basis voor in de praktijk.

Om de medisch specialisten uiteindelijk een waardevol instrument te kunnen aanbieden, is inzicht noodzakelijk in de achtergrond van de medisch specialist. Met het inzicht in de achtergrond zijn de oorzaken van de problemen in de samenwerking en communicatie beter plaatsbaar. Sommige oorzaken zijn namelijk specifiek afgeleid uit het werkdomein van de medisch specialist. Voor een objectieve en juiste interpretatie hiervan, is inzicht vereist in de kenmerken en verhoudingen uit het werkdomein van de medisch specialisten.

Voor het samenstellen van de basiselementen is inzicht in de achtergrond van medisch specialisten relevant. Het is belangrijk dat in deze fase al rekening gehouden wordt met de randvoorwaarden van het werkdomein van de medisch specialisten. Sommige achtergonden moeten namelijk als gegeven worden beschouwd, waar de basiselementen als het ware 'omheen' gebouwd moeten worden. Het hoofdstuk start daarom met achtergrond informatie over het werkdomein van de medisch specialist.

3.1 De medisch specialist en het werkdomein

Medisch specialisten worden tot de professionals gerekend [Witman, 2007, 20]. De professionals zijn een groep individuen die zich moeizaam laten managen, dankzij hun claim op de autonomie. Aangezien medisch specialisten als professionals waarschijnlijk de meest waarde hechten aan de autonomie, vormen zij de karikatuur van de professional [Witman, 2007, p. 20]. De medische professie wordt door vijf eigenschappen gekenmerkt. De geneeskunde is gebaseerd op een stelsel van exclusieve kennis en vaardigheden, waarvoor een medisch specialist een langdurige opleiding moet volgen [Witman, 2007, p. 20-21]. De medische professie kent een exclusieve zeggenschap over het domein in de geneeskunde, dat tevens door henzelf is bepaald [Witman, 2007, p. 20]. Binnen de medische professie vindt zelfregulatie plaats. De zelfregulatie komt tot uiting, doordat deze regels stelt voor de toelating tot opleidingen, toetreding tot het beroep en door toezicht op de beroepsuitoefening [Witman, 2007, p. 20-21]. Dit vereist een selectie voor de toelating en het individu moet eerst verschillende proeven afleggen voordat deze wordt opgenomen in het arstenbestand. Met het verkrijgen van de artsentitel is de medisch specialist bevoegd om autonoom beslissingen te nemen. Een medisch specialist moet vervolgens zijn deskundigheid of professionaliteit blijvend waarmaken door zijn kennis en vaardigheden te onderhouden. De tuchtraad bewaakt de kwaliteit van de medische professie [Witman, 2007, p. 20]. Bij fouten moeten medisch specialisten bij de tuchtraad komen en lopen zij het risico de bevoegdheid tot handelen kwijt te raken. De medische professie is gebaseerd op de ideologie dat groter belang hecht aan het verrichten van kwalitatief goed werk dan aan het behalen van economisch voordeel. Dit betekent dat de belangen van de patient altijd voorop worden gesteld. Het laatste kenmerk van de medische professie is dat de samenwerkingsvorm wordt gekenmerkt door collegialiteit. Deze collegialiteit wordt gebaseerd op drie principes. Als eerste betekent dit dat medisch specialisten 'collegiaal naar elkaar dienen te zijn' [Witman, 2007, p. 109-110]. Dit komt tot uiting door elkaar over en weer te helpen met het verlenen van diensten. 'Collegiaal zijn' betekent ook dat een medisch specialist loyaal is aan zowel individuele collega's, maar aan een vakgroep of maatschap. Als tweede betekent collegialiteit dat medisch specialisten elkaar geen opdrachten moeten geven en elkaar niet moeten controleren, dit botst met de professionele positie [Witman, 2007, p. 110-111]. Als derde betekent collegialiteit dat medisch specialisten geen openlijke kritiek uiten ten opzichte van elkaar. Het is lastig vast te stellen wanneer fouten echt fouten zijn en zo wordt voorkomen dat iemand gezichtsverlies lijdt [Witman, 2007, p. 111-114].

De machtsverhoudingen binnen de medische professie zijn mede afhankelijk van de autonomie en zelfregulering. Een afname in de autonomie of zelfregulering van de medische professie betekent een verandering in de machtsverhoudingen. Daarom maken de medisch specialisten zich grote zorgen over de afname van de autonomie. Een van de oorzaken van de afnemende autonomie is de toenemende managementverantwoordelijkheden die medisch specialisten krijgen toegewezen. Met deze verantwoordelijkheden ontstaan gemengde vormen van controle. Dit heeft gevolgen voor de autonomie van de medisch specialisten. Des te meer autonomie de medische professie krijgt, des te meer verantwoording zij moeten afleggen en des te meer inzicht zij moeten geven. Het paradoxale effect is dat de autonomie daarmee afneemt, aangezien buitenstaanders de professionals kunnen beoordelen met de door henzelf ontwikkelde maatstaven [Witman, 2007, p. 22-23].

De managementverantwoordelijkheden tasten niet alleen de autonomie van de medisch specialist aan, maar ook de bewegingsvrijheid van de vrijgevestigde medisch specialist. De medisch specialisten die zich inkopen in een maatschap behoren naast de professional ook tot de kleine ondernemers. Met het ondernemerschap willen zij hun professionaliteit tot uiting laten komen voor hun eigen rekening en risico [Interview]. Deze medisch specialisten willen net als kleine ondernemers uit andere branches helemaal geen verantwoording afleggen. Zij zijn juist ondernemer geworden 'om lekker te werken, zonder zo weinig mogelijk gedoe' [Damhuis et al, 2001]. Met dat 'gedoe' wordt bedoeld op de organisatorische beslommingen die noodzakelijk zijn voor het functioneren van maatschappen [Damhuis et al, 2001]. Hoewel medisch specialisten de organisatorische zaken veelal buiten het interesseveld van medisch specialisten liggen, heeft ervaring uit de praktijk laten zien dat een reactieve benadering voor het oplossen van problemen niet meer voldoende is. Maatschappen krijgen met een reactieve benadering geen grip meer op de organisatie, waardoor het maatschapsfunctioneren bedreigd zal worden.

Om sommige ingenomen standpunten van medisch specialisten, maatschappen en ziekenhuizen beter te begrijpen, is het relevant om de onderlinge verhoudingen inzichtelijk te maken. Als eerste moet daarvoor onderscheid gemaakt worden tussen de loondienst specialisten en de vrijgevestigde specialisten. De loondienst specialisten werken op basis van een arbeidsovereenkomst voor het ziekenhuis, wat duidt op een hiërarchische relatie. De vrijgevestigde specialisten daarentegen hebben geen hiërarchische relatie met het ziekenhuis. De vrijgevestigde specialisten hebben zich ingekocht in een maatschap. De maatschap is een onderneming waarbij de medisch specialisten op basis van een toelatingsovereenkomst handelingen uitvoeren voor het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft in die gevallen een faciliterende rol [Levens et al, 2006]. Maatschappen zijn niet verplicht verantwoording af te leggen aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, doordat maatschappen niet tot de hiërarchie van ziekenhuizen behoren. Tegelijkertijd wordt de Raad van Bestuur wel als eindverantwoordelijke aangemerkt voor de kwaliteit van de geleverde zorg, terwijl de Raad van Bestuur beperkt is in het opleggen van sancties.

De macht van de medisch specialisten is daarnaast te verklaren vanuit de organisatiestructuur van ziekenhuizen. Het ziekenhuis is een organisatie die aangemerkt kan worden als een professionele bureaucratie [Mintzberg, 1980]. In de structuur van de professionele bureaucratie staat de uitvoerende kern centraal, die bestaat uit professionals. In de ziekenhuis organisaties vormen de medisch specialisten de uitvoerende kern. De macht wordt binnen de professionele bureaucratie ontleend aan de professie, wat betekent dat de medisch specialisten een machtige positie innemen binnen de ziekenhuis organisatie [Mintzberg, 1980]. Door de machtige positie zijn de medisch specialisten in staat grote invloed uit te oefenen op de strategievorming en de beleidsvoering van het ziekenhuis. Bij tegenstrijdig plannen hebben de Raad van Bestuur en het management niet de formele bevoegdheid om oplossingen op te leggen aan de medische staf [Abernethy et al, 1990]. De Raad van Bestuur en het management en de medisch specialisten moeten in geval van een spanningsveld oplossingen vinden door met elkaar te onderhandelen of wederzijdse aanpassing [Abernethy et al, 1990].

3.2 Human resource management: Personeelsplanning

In deze paragraaf worden HRM activiteiten besproken die mogelijk bijdragen aan het verbeteren van de personeelsplanning. Aangezien personeelsplanning in de literatuur op verschillende manieren is gedefinieerd, wordt eerst een definitie gegeven van personeelsplanning. Personeelsplanning wordt binnen dit onderzoek aangemerkt als 'het voorbereiden, vormgeven en implementeren van strategisch beleid rond de instroom, doorstroom en uitstroom van personeel, met als doel dat de juiste personen op de juiste momenten op de juiste plaats in de organisatie aanwezig zijn' [Kluytmans, 2001, p. 72]. Uit de content analyse is gebleken dat de personeelsplanning activiteiten gericht op de medisch specialisten onvoldoende professioneel zijn ingericht.

Bij de instroom van medisch specialisten wordt tijdens de werving en selectie onvoldoende aandacht geschonken aan de persoonlijke kenmerken van een persoon. Hierdoor is het lastiger om in te schatten of een kandidaat past binnen de huidige vakgroep of maatschap. Dit betekent dat de kans bestaat dat een kandidaat wordt aangenomen die qua persoon niet past in de vakgroep of maatschap, waardoor de onderlinge verhoudingen verstoord kunnen raken.

Binnen de medische wereld is de doorstroom of arbeidsmobiliteit van medisch specialisten een onbekend verschijnsel. Bij problemen met collega's binnen de maatschap, kunnen de medisch specialisten het probleem, in vergelijking met medewerkers uit bedrijfsleven, niet zo eenvoudig oplossen met (interne of externe) doorstroom mogelijkheden. Het gevolg van de beperkte mogelijkheden tot arbeidsmobiliteit is dat onderling verstoord verhoudingen binnen een maatschap voor langere tijd verstoord kunnen blijven.

De ziekenhuisdirectie kan bij onderlinge communicatie- of samenwerkingsproblemen tussen medisch specialisten beperkt invloed uitoefenen. Voor de ontbinding van een toelatingsovereenkomst met een vrijgevestigde specialist moet het ziekenhuis gegronde redenen hebben. Het gevolg van deze beperkte mogelijkheid is dat onderling verstoord verhoudingen voor langere tijd verstoord kunnen blijven.

Binnen deze paragraaf zullen vier HRM activiteiten worden besproken waarvan het vermoeden bestaat dat deze een positieve bijdrage kunnen leveren aan de personeelsplanning van de medisch specialisten.

Voor het instroomproces zal gekeken worden naar de mogelijkheden tot het betrekken van persoonlijke kenmerken tijdens de werving en selectie procedure. Door een betere invulling te geven aan die activiteiten, van het werving en selectie proces, die betrekking hebben op het achterhalen van persoonskenmerken, zal uiteindelijk een betere inschatting gemaakt kunnen worden over of de persoonlijkheden van medisch specialisten bij elkaar passen (in een vakgroep of maatschap).

Voor het doorstroomproces zal gekeken worden naar de mogelijkheden om de interne arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten te stimuleren. Door invulling te geven aan een loopbaanbeleid ontstaat een ontwikkelingspad voor medisch specialisten. Bij problemen kan het ziekenhuis de medisch specialisten extra stimuleren met maatregelen, zodat deze sneller vanuit hun oude omgeving in een nieuwe omgeving kunnen worden geplaatst. Dit betekent dat onderlinge verhoudingen door het vertrek van een medisch specialist uit zijn omgeving sneller zijn op te lossen.

Voor het doorstroomproces zal daarnaast gekeken worden naar de mogelijkheden om de externe arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten te stimuleren. Met het stimuleren van de externe arbeidsmobiliteit wordt het vertrek naar een andere organisatie gestimuleerd, wat betekent dat onderlinge problemen 'vanzelf' oplossen.

Voor het uitstroomproces zal gekeken worden naar hoe het ontbinden van toelatingsovereenkomsten bevorderd kan worden aan de hand van gedragscodes. Door het opnemen van gedragscodes in de toelatingsovereenkomsten zal juridisch gezien een sterke grond ontstaan voor de ontbinding. Met de mogelijkheid om toelatingsovereenkomsten te ontbinden in een vroeg stadium van 'echte' problemen, wordt voorkomen dat verhoudingen binnen een vakgroep of maatschap voor een langere periode verstoord raken.

3.2.1 Definitie van werving en selectie

Voordat een persoon met de juiste benodigde competenties geselecteerd wordt voor de beschikbare functie vindt eerst het wervingsproces plaats. Het rekruteren van mensen kan worden gezien als een proces waarbij een pool van mensen wordt gecreëerd bestaande uit gekwalificeerde mensen die eventueel in aanmerking komen voor de betreffende baan [Gómez-Mejía et al, 2007, p. 152]. Deze pool van gekwalificeerde mensen ontstaat door het inzetten van een recruitment strategie. De recruitment strategie is het plan waarmee de organisatie geschikte kandidaten probeert aan te trekken waaruit uiteindelijk iemand geselecteerd wordt [Boxall and Purcell, 2007, p. 176]. Het creëren van een brede pool met gekwalificeerde mensen is erg belangrijk voor de organisatie, omdat de organisatie daardoor de kans vergroot op het selecteren van een persoon met de vereiste kwalificaties. De recruitment strategie richt zich tevens op het vergroten van de pool door de organisatie als werkgever aantrekkelijker te maken [Boxall and Purcell, 2007, p. 176].

Na het wervingsproces dient de 'hire' or 'no hire' beslissing gemaakt te worden [Gómez-Mejía et al, 2007, p. 152]. Deze beslissing staat beter bekend als de selectie en wordt door Gatewood en Feild (1994) omschreven als 'selection is the process of collecting and evaluating information about an individual in order to extend an offer of employment'. De variatie in performance neemt toe naarmate het werk complexer wordt, waardoor het des te belangrijker is om de juiste mensen te selecteren [Boxall and Purcell, 2008, p. 176].

3.2.2 De rol van werving en selectie in de personeelsplanning ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analysis is gebleken dat problemen in de samenwerking en communicatie kunnen ontstaan als gevolg van een onvoldoende professioneel werving en selectie proces. Hiermee wordt bedoeld dat bij het werven en selecteren van mensen voornamelijk aandacht wordt geschonken aan de vakmatige kwaliteiten van een nieuwe aan te nemen medisch specialist. Tegelijkertijd worden de persoonskenmerken niet of nauwelijks betrokken bij het proces. De verhoudingen kunnen bij het onvoldoende aandacht besteden aan de persoonskenmerken behoorlijk verstoord raken [Pronk, 2006]. Nieuwe maten blijken qua persoonlijkheid niet te passen binnen de huidige vakgroep of maatschap of tijdens de samenwerking blijkt dat een nieuwe maat onvoldoende beschikt over de benodigde sociale vaardigheden, zoals het kunnen samenwerken en communiceren.

In deze paragraaf wordt met theorie uiteengezet welke activiteiten een bijdrage kunnen leveren aan het betrekken van de persoonskenmerken bij het werving en selectieproces.

Literaire bevindingen

Een goede samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten vereisen goede onderlinge verhoudingen [Pronk, 2006]. De goede verhoudingen binnen een samenwerking zijn onder meer afhankelijk van de karaktereigenschappen van de individuen binnen een team. Conflicten worden namelijk vaak veroorzaakt door relationele aspecten [Pronk, 2006]. Dit betekent dat het belangrijk is dat een organisatie al rekening houdt met de persoonskenmerken tijdens de werving en selectie [Schmit Jongbloed et al, 2007].

Het werving en selectie proces wordt door Kluytmans [Kluytmans, 2001, p. 111] onderscheiden in vier fasen, namelijk (1) de identificatie van competenties, (2) werving, (3) selectie en (4) de evaluatie. Aan iedere fase zitten een aantal activiteiten gekoppeld. In deze paragraaf worden alleen die activiteiten besproken waarbij het mogelijk is dat de persoonskenmerken aandacht krijgen.

Het werving en selectie proces start met het identificeren van de competenties [Kluytmans, 2001, p. 111]. Competenties zijn niet alleen de vakmatige kwaliteiten, maar geven bijvoorbeeld ook de benodigde persoonskenmerken aan. De volgende definitie bevestigt dit 'competencies are all the work-related personal attributes, knowledge, experience, skills, and values that a person draws on to perform their work well' [Robert, 2004, p. 6]. Bij het identificeren van competenties moet rekening gehouden worden dat competenties veranderen gedurende de tijd door de toekomstige veranderingen in trends en ontwikkelingen [Petts, 1997]. Dit betekent dat competenties afgeleid dienen te worden vanuit de strategische visie. De visie anticipeert namelijk op deze trends en ontwikkelingen, waardoor het noodzakelijk is om deze trends en ontwikkelingen op strategisch niveau te vertalen naar de toekomstig benodigde competenties [Kluytmans, 2001, p. 104, 111].

Vervolgens gaat de fase waarin de competenties worden vastgesteld verder met het vaststellen van de functiebeschrijving. In de functiebeschrijving worden de benodigde competenties vertaald naar functies en loopbanen [Kluytmans, 2001, p. 111]. De persoonskenmerken krijgen bij deze traditionele functiebeschrijvingen geen aandacht [Lawler III, 1994], terwijl voor de werving en selectie van medisch specialisten juist daaraan meer aandacht besteed zou moeten worden [Pronk, 2006]. Om de persoonskenmerken meer te kunnen betrekken binnen de functiebeschrijving is het volgens Lawler III [1994] nodig om de competency-based approach te implementeren. Door als organisatie de competency-based approach te implementeren ziet de organisatie medewerkers als members van de organisatie in plaats van individuen die een specifieke functie vervullen [Lawler III, 1994]. Dit betekent dat de persoon als geheel binnen de organisatie moet passen, waardoor meer nadruk wordt gelegd op de persoonskenmerken [Kluytmans, 2001, p. 106]. Aangezien deze persoonskenmerken geen aandacht krijgen in de traditionele job descriptions, zouden organisaties aanvullende 'skill' en 'person' beschrijvingen moeten ontwikkelen. Deze beschrijvingen bevatten een indicatie van welke eigenschappen kandidaten moeten bezitten om effectief te zijn [Lawler III, 1994]. Het nadruk leggen op de persoonskenmerken heeft bovendien als voordeel dat geanticipeerd wordt op de continue veranderingen in de vereiste competenties. Doordat de selectie zich steeds minder tot de eisen van een specifieke functie beperkt, is het belangrijk dat mensen worden aangenomen

die ten minste beschikken over het vermogen om toekomstig vereiste competenties aan te leren [Kluytmans, 2001, p. 106].

Deze fase eindigt met het vaststellen van de werving en selectiecriteria. Met de werving en selectiecriteria is op operationeel niveau de geschiktheid van een kandidaat te beoordelen [Kluytmans, 2001, p. 118]. Door criteria ten aanzien van persoonskenmerken op te nemen wordt een organisatie gedwongen bewust na te denken over wat van een kandidaat als persoon wordt verwacht. Het inzichtelijk hebben van dit soort kenmerken stelt een organisatie beter in staat te beoordelen of een kandidaat voldoet aan de gestelde criteria.

Hoewel de functiebeschrijving de basis vormt voor het verzamelen van informatie over de functie, is deze informatie niet altijd specifiek genoeg voor selectiedoeleinden. Om toekomstgericht te kunnen selecteren is meer informatie nodig [van den Broek et al, 2007, p. 31]. Als eerste kunnen de skill en person beschrijvingen aanvullende informatie leveren voor de selectie. Aanvullende informatie is tevens te verkrijgen door interviews af te nemen met personen die verschillende posities innemen binnen de organisatie, zoals de huidige functievervuller, de leidinggevende, de collega's en de ondergeschikten. Door in de interviews aandacht te schenken aan de vereiste persoonskenmerken wordt vanuit verschillende invalshoeken duidelijk welke kenmerken belangrijk zijn. De nieuwe bevindingen kunnen vervolgens opgenomen worden in de skill en person beschrijvingen.

Het benadrukken van de persoonskenmerken heeft ook gevolgen voor de selectiefase, aangezien de organisatie met een competency-based approach nastreeft een persoon te selecteren die past binnen de organisatie in plaats van binnen een specifieke functie. Bij het inwinnen van informatie over het toekomstige arbeidsgedrag [Kluytmans, 2001, p. 126], moet daarom ook gefocust worden op het verkrijgen van informatie over de persoonskenmerken. Daarvoor moeten wel selectiecriteria ten aanzien van persoonskenmerken worden opgenomen. De selectiecriteria vormen het uitgangspunt binnen de selectiefase, aangezien hiermee de ingewonnen informatie over kandidaten wordt vergeleken [Bach, 2005, p. 117]. Om de individuele kenmerken van kandidaten te achterhalen en te meten zijn verschillende selectiemethoden beschikbaar [Lievens, 2007, p. 121-122]. De traditionele selectiemethoden, zoals de psychologische test, knowledge exams en traditional personal interviews, richten zich alleen op de (huidige) vakmatige kwaliteiten [Fossas Olalla, 1999, Bowen et al, 1991]. Aan de irrelevante kenmerken, zoals de persoonskenmerken, worden met de traditionele methoden geen aandacht besteed. Tegelijkertijd is het bijvoorbeeld wel belangrijk om te weten hoe mensen zich gedragen in bepaalde situaties, of mensen het vermogen hebben zich te ontwikkelen en hoe men dat denkt te ontwikkelen [Fossas Olalla, 1999]. Daarom zal voor het achterhalen van het toekomstige arbeidsgedrag een combinatie van traditionele selectiemethoden en methoden die de persoonskenmerken kunnen achterhalen moeten worden ingezet [Bowen et al, 1991]. Voor het achterhalen van persoonskenmerken kan gebruik gemaakt worden van personality tests en work samples [Bowen et al, 1991]. De persoonlijkheidstesten verstrekken de organisatie informatie over het gedrag, de houding en persoonlijke kenmerken van kandidaten. Organisaties kunnen ook besluiten een work sample te organiseren. In een work sample dient een kandidaat een probleem op te lossen in een nagebootste omgeving van de organisatie. De organisatie kan op basis van het handelen beoordelen over welke persoonskenmerken de persoon beschikt.

De kandidaten dienen geïnterviewd en beoordeeld te worden door de directe collega's [Bowen et al, 1991]. Zij worden het beste in staat geacht te beoordelen of de persoonskenmerken van een

kandidaat passen bij de functie en de organisatie. Met directe collega's worden niet alleen de collega's bedoeld die in dezelfde werkgroep zitten. Het gaat ook om collega's waarmee veel contact is en nauw wordt samengewerkt.

3.2.3 Elementen uit de werving en selectie

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die van belang zijn voor het betrekken van persoonskenmerken in het werving en selectieproces. Voor het betrekken van de persoonskenmerken bij de werving en selectie van nieuwe medisch specialisten zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Persoonskenmerken als competenties identificeren aan de hand van de strategische visie.*
- *Competency-based approach centraal stellen bij het werven en selecteren.*
- *Aanvullen van functiebeschrijvingen met skill en person beschrijvingen.*
- *Opnemen van criteria (in de werving en selectiecriteria) die de vereiste persoonskenmerken kunnen beoordelen.*
- *Afnemen van interviews met direct betrokkenen voor het aanvullen van criteria ten aanzien van persoonskenmerken.*
- *Inzetten van selectiemethoden die in staat zijn informatie over persoonskenmerken te achterhalen.*
- *Directe collega's sollicitatiegesprekken laten afnemen voor het beoordelen van kandidaten.*

3.2.4 Definitie van loopbaanmanagement

Het grootste gedeelte van de medewerkers vervullen tegenwoordig meerdere functies gedurende hun loopbaan. Medewerkers kunnen gedurende hun loopbaan promotie maken naar een hogere functie, een andere functie nemen op hetzelfde niveau voor de uitdaging of kiezen om naar een andere werkgever over te stappen. Dit betekent dat deze stromen van medewerkers gemanaged moeten worden voor een zo optimaal mogelijke personeelsplanning, zodat de juiste personen op de juiste momenten de juiste plaatsen vervullen. Het gerichte managen van de arbeidsmobiliteit van medewerkers binnen het bedrijf heet loopbaanmanagement [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 97]. Loopbaanmanagement draagt ertoe bij dat de kerncompetenties van een organisatie blijvend gewaarborgd blijven en tegelijkertijd zorgt het voor een toename in de betrokkenheid, ontwikkeling en motivatie van medewerkers [Kluytmans, 2001, p. 363]. Het loopbaanmanagement wordt binnen dit onderzoek overeenkomstig de definitie van Kluytmans [2001, p. 366] aangemerkt als 'het proces van continue, planmatige, systematische en optimale afstemming van de behoeften en mogelijkheden van de organisatie en de wensen en mogelijkheden van de medewerkers, resulterend in individuele loopbaanplannen en loopbaanbegeleiding in alle loopbaanfasen en de daaruit voortvloeiende activiteiten, met als doel een continue en adequate bezetting van zowel management als specialistische functies te waarborgen en ontwikkelingsmogelijkheden te scheppen voor de medewerkers'. Het vormgeven van het loopbaanbeleid is voornamelijk relevant voor (middel)grote organisaties [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 98].

3.2.5. De rol van loopbaanmanagement in de personeelsplanning ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat problemen in de samenwerking en communicatie gestimuleerd kunnen worden door de beperkte arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten. Arbeidsmobiliteit is onder medisch specialisten een onbekend verschijnsel, wat betekent dat zij hun hele carrière op dezelfde plaats in organisatie zullen blijven zitten. Het ontbreken van een loopbaanbeleid gericht op medisch specialisten maakt het moeizaam om medisch specialisten binnen de organisatie te laten doorgroeien. Het ontbreken van een loopbaanbeleid beperkt een organisatie in het oplossen van onderlinge problemen, doordat medewerkers zonder een doordachte visie op de loopbaan intern moeilijker te verplaatsen zijn. Organisaties kunnen medewerkers bij problemen in hun werkomgeving, extra stimuleren bij het ontwikkelen van hun uitgezette loopbaanplannen, zodat medewerkers intern sneller overgeplaatst kunnen worden om de problemen te beperken.

In deze paragraaf wordt met literatuur uiteengezet hoe het loopbaanmanagement een bijdrage kan leveren aan het verlagen van de kans op problemen in de samenwerking en communicatie.

Literaire bevindingen

Er zijn geen passende literaire bevindingen gevonden.

3.2.6 Definitie van uitstroommanagement

Met het instromen en doorstromen van medewerkers binnen een organisatie, betekent dat na verloop van tijd ook uitstroom plaats zal vinden. In de literatuur wordt onderscheid gemaakt in verschillende soorten uitstroom, waarbij de manier waarop werkgevers en medewerkers uit elkaar gaan het uitgangspunt is. Het onderscheid bestaat uit de volgende mogelijkheden: (1) Verloop of ontslag, (2) collectieve of individuele uitstroom en (3) bijzondere vormen van uitstroom [Kluytmans, 2001, p. 196-197, Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 229-230]. Het managen van de uitstroom is voor een organisatie van strategisch belang. Op het moment dat de medewerkers massaal ontslag nemen of tegelijk met pensioen gaan, zal bijvoorbeeld de continuïteit van een organisatie niet meer te waarborgen zijn. De oorzaak is dat het massale ontslag gepaard zal gaan met een enorm verlies aan kennis, capaciteit en hoge kosten [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 228-229]. Door de uitstroom adequaat te managen kan de organisatie tijdig anticiperen en tegelijkertijd gericht sturen op de uitstroom. Het managen van uitstroom is te definiëren als 'de werkwijzen en de mogelijkheden van organisaties om grip te krijgen op de uitstroom en om deze uitstroom te sturen' [Kluytmans, 2001, p. 193]. Uit deze definitie is af te leiden dat het managen van uitstroom zich niet uitsluitend richt op het behoud van medewerkers, maar daarentegen het vertrek van medewerkers ook kan aanmoedigen.

3.2.7 De rol van uitstroommanagement in de personeelsplanning ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat problemen in de samenwerking en communicatie binnen een maatschap of vakgroep langdurig kunnen voortbestaan, als gevolg van een beperkte (externe) arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten. Hoewel medewerkers uit het bedrijfsleven regelmatig verwisselen van werkgever, geldt het in het algemeen voor medisch specialisten dat zij het hele

werkzame leven bij een bedrijf blijven werken (lifetime employment) [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 227]. De reden hiervoor is dat medisch specialisten zich voor een hoog bedrag inkopen in een maatschap met als doel om tijdens hun hele carrière vanuit die maatschap werkzaam te blijven. Als bij onderlinge problemen dezelfde mensen voor langere tijd in de vakgroep of maatschap blijven, betekent dit dat er een kleine kans bestaat dat de problemen in die periode worden opgelost.

In deze paragraaf wordt aan de hand van theorie bekeken hoe het vertrek van medewerkers gestimuleerd kan worden door de organisatie.

Literaire bevindingen

De uitstroom van een medewerker wordt aangemerkt als verloop indien de medewerker de arbeidsrelatie vrijwillig beëindigt [Schoemaker en Koopmans, 2003, p. 230]. Het verloop van personeel is niet per definitie als goed of slecht te bestempelen [Kluytmans, 2001, p. 199]. Het vertrek van een waardevolle medewerker wordt aangemerkt als disfunctioneel verloop. Dat betekent dat het vertrek van een medewerker ongewenst en kostbaar is voor een organisatie. Het vrijwillig vertrek van een medewerker kan daarentegen ook gewenst zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval als slecht functionerend personeel de organisatie verlaat, wat daarentegen functioneel verloop wordt genoemd [Kluytmans, 2001, p. 200]. De redenen voor het verloop hangen samen met push- en pull factoren [Kluytmans, 2001, p. 200-201]. De pushfactoren zijn interne factoren die ontevredenheid veroorzaken bij een medewerker, zoals een slechte werksfeer binnen een organisatie. De pullfactoren zijn de mogelijkheden op de externe arbeidsmarkt die de medewerkers aantrekken. Bij hoger opgeleiden is gebleken dat de beloning een belangrijke rol speelt bij het besluit om over te stappen naar een andere werkgever. Hoger opgeleiden hechten daarnaast minder waarde aan opleidings- en trainingsmogelijkheden, aangezien de moderne hoogopgeleide medewerker daar vermoedelijk zelf voor zorgt [Kluytmans, 2001, p. 202].

In sommige situaties is het wenselijk dat het verloop van medewerkers wordt gestimuleerd. Een organisatie zal verloop bijvoorbeeld stimuleren als een medewerker die niet functioneert besluit vrijwillig te vertrekken [Schoemaker en Koopmans, 2003, p. 230]. Binnen de context van dit onderzoek zou dat betekenen dat ziekenhuizen en maatschappen het vertrek van niet functionerende medisch specialisten moeten stimuleren. Met niet functionerend worden, in deze paragraaf, die medisch specialisten bedoeld die verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor problemen in de samenwerking en communicatie. Om het verloop van medewerkers te stimuleren kan een organisatie instrumenten inzetten. Deze instrumenten richten zich op het wegnemen en/of verlagen van drempels die medewerkers binnen de organisatie houden [Kluytmans, 2001, p. 203]. In de meeste gevallen wordt het vertrek aantrekkelijker gemaakt met financiële prikkels, zoals een afvloeiingsregeling op individueel niveau. Naast het stimuleren van verloop door financiële prikkels, kan verloop ook op andere manieren worden gestimuleerd [Kluytmans, 2001, p. 203]. Er zijn verschillende mogelijkheden, zoals het actief bieden van informatie over de mogelijkheden buiten de organisatie, medewerkers ervaring aanbieden, medewerkers opleiden en trainen voor het verhogen van de kansen op de externe arbeidsmarkt of het ondersteunen bij het starten van een eigen onderneming [Kluytmans, 2001, p. 203].

Om het vertrek van medisch specialisten te stimuleren is outplacement vermoedelijk het meest geschikte instrument om in te zetten. Voordat beargumenteerd kan worden waarom outplacement

vermoedelijk het meest geschikte instrument is, is het noodzakelijk dat eerst beschreven wordt wat outplacement inhoud. Bij outplacement komen de medewerker en de werkgever samen overeen dat de medewerker begeleid zal worden bij het vertrek uit de organisatie [Kluytmans, 2001, p. 210]. Het initiatief tot outplacement kan van zowel de medewerker als de werkgever uitgaan. Medewerkers worden met een outplacementtraject op verschillende manieren ondersteund en begeleidt in het vinden van een nieuwe carrière mogelijkheden.

Voor de medisch specialisten zal vermoedelijk de bemiddelende ondersteuning relevant zijn bij vertrek uit een maatschap of ziekenhuis. Binnen de medische wereld betekent een baan in een maatschap of ziekenhuis als medisch specialist een baan voor het leven. Op het moment dat een medisch specialist (vrijwillig) vertrekt uit een maatschap of ziekenhuis wordt hiermee indirect gesteld dat een medisch specialist niet functioneert. De relatief kleine specialistenwereld speelt daarin ook een rol, doordat vrij snel bekend zal zijn welke medisch specialist (vrijwillig) is vertrokken uit een maatschap of ziekenhuis. In de specialistenwereld krijgt zo'n specialist een negatieve stempel, waardoor iemand vermoedelijk veel moeite zal ondervinden met het verkrijgen van een nieuwe functie bij een nieuwe werkgever of maatschap. Het vrijwillig vertrek wil niet per definitie zeggen dat een medewerker vakmatig niet functioneert, zij kunnen ook vertrekken als gevolg van problemen in de persoonlijke sfeer. Aangezien medisch specialisten problemen kunnen hebben in de persoonlijke sfeer, is er nog een reden om outplacement in te zetten. Outplacement is namelijk een geschikt instrument om te zetten bij de onverenigbaarheid van karakters [Kluytmans, 2001, p. 210].

Aangezien medisch specialisten waarschijnlijk moeite zullen ondervinden bij het vinden van een nieuwe baan, zal de bemiddelende ondersteuning van outplacement waardevol kunnen zijn. In het kader van outplacement wordt eerst een helder beeld samengesteld van een persoon [Schoemaker en Koopmans, 2003, p. 255]. Vervolgens wordt aan de hand van deze informatie intensief bemiddeld en gezocht naar passende vacatures. De bemiddelaar moet bemiddelen en ziekenhuizen en maatschappen ervan overtuigen dat een bepaald persoon vanwege onverenigbaarheid van karakters is vertrokken en niet vanwege het ontbreken van vakmatige kwaliteiten. In een andere vakgroep of maatschap zou een medisch specialist bijvoorbeeld goed kunnen functioneren.

Het inzetten van outplacement heeft niet alleen voordelen voor de medewerker die vrijwillig vertrekt, maar ook voor de werkgever. Door een medewerker te ondersteunen in het vinden van een nieuwe werkgever, laat de werkgever zien dat deze zich bekommert om de medewerker. Bovendien zou dit financieel gezien voordelen kunnen hebben. Medewerkers die zien dat hun voormalige werkgever zich om hen bekommert zullen genoeg nemen met minder financiële compensatie.

Het is afhankelijk van de organisatie of outplacement intern of extern gefaciliteerd wordt [Pickman, 1994, p. 5-6]. De belangrijkste reden voor extern gefaciliteerde outplacement is dat managers vaak geen zin hebben in contact met diegene die ontslagen is. Outplacementbureaus bezitten bovendien meer expertise in het ondersteunen van ontslagen mensen. Daarnaast voelen individuen zich vrijer te praten met een outsider dan met diens voormalige werkgever. Intern gefaciliteerde outplacement is goedkoper dan het uitbesteden aan een outplacementbureau. Bij het intern faciliteren van outplacement, moet het integraal onderdeel worden van het beleid binnen een organisatie [Pickman, 1994, p. 6]. De kosten hiervan zullen logischerwijs moeten opwegen tegen de baten.

3.2.8 Elementen uit het uitstroommanagement

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die van belang zijn voor het stimuleren van de externe arbeidsmobiliteit van medisch specialisten. Om de externe arbeidsmobiliteit te stimuleren zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Stimuleren van het vrijwillig vertrek van medisch specialisten door het aanbieden van outplacement.*
- *Outplacement voor medisch specialisten extern faciliteren.*

3.2.9 Definitie van gedragscodes

In de arbeidsovereenkomst leggen een werkgever en werknemer individuele afspraken vast. Als er een CAO geldt binnen de branche kan deze ook opgenomen worden in de arbeidsovereenkomst. In de praktijk is echter gebleken dat deze afspraken onvoldoende zijn voor het gewenste resultaat van een organisatie. Bedrijven leggen daarom aanvullend regels vast in gedragscodes of bedrijfsreglementen [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 89]. Een gedragscode is te definiëren als 'een beleidsdocument die de verantwoordelijkheden van de corporatie ten opzichte van zijn stakeholders definieert en/of het gedrag definieert dat de organisatie verwacht van de medewerkers' [Kaptein, 2004]. Hiermee wordt duidelijk gemaakt welke doelen een organisatie nastreeft, welke waarden en normen het belangrijk vindt en waarvoor de organisatie verantwoordelijk gehouden kan worden.

3.2.10 De rol van gedragscodes in de personeelsplanning ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat problemen in de samenwerking en communicatie binnen een maatschap langdurig kunnen voortbestaan. Bij onderlinge problemen in een maatschap, is de ziekenhuis directie beperkt in het inzetten van (sanctie)instrumenten om toelatingsovereenkomsten te ontbinden. Het ziekenhuis heeft zich niet te bemoeien met de onderlinge verhoudingen binnen een maatschap, aangezien deze medisch specialisten niet in dienst zijn van het ziekenhuis, maar zich als vrije ondernemers hebben georganiseerd. Tegelijkertijd wordt de ziekenhuisdirectie wel verantwoordelijk gehouden voor de kwaliteit van zorg, terwijl dit niet te waarborgen is bij onderling verstoorte verhoudingen. De ziekenhuisdirectie heeft wel een (sanctie) instrument om in te zetten bij het ontslag van medisch specialisten in loondienst. De loondienst specialisten werken namelijk op basis van een arbeidsovereenkomst, waarbij de kantonrechter bevoegd is tot ontbinding van de overeenkomst over te gaan [van Genderen, 2004, p. 202].

In deze paragraaf wordt op basis van theorie beoordeeld welke maatregelen een ziekenhuis directie kan nemen, zodat juridisch sterkere gronden aangedragen kunnen worden voor de ontbinding van een toelatingsovereenkomst.

Literaire bevindingen

Bij (langdurig) verstoorte verhoudingen kan het voor de ziekenhuis directie wenselijk zijn dat de toelatingsovereenkomst met een medisch specialist wordt ontbonden. Een organisatie kan hiervoor mogelijk ondersteuning krijgen vanuit een van de HRM instrumenten. De eerste stap die een organisatie daarvoor moet nemen is medewerkers verantwoordelijkheden toekennen. Het toekennen

van verantwoordelijkheden maakt het mogelijk dat personen afgerekend kunnen worden op de verantwoordelijkheden. Een organisatie kan het vereiste gedrag vastleggen in een gedragscode en/of aanvullend bedrijfsreglement (beleidsstuk). De gedragscode is een van de meest gebruikte instrumenten voor het stimuleren en monitoren van verantwoord gedrag [Nijhof et al, 2003]. Hoewel een medewerker zich dient te gedragen zonder gedragscode of bedrijfsreglement, vergroot zo'n code of reglement het bewustzijn van de geldende regels en het gewenste bedrag binnen een organisatie [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 91]. Een gedragscode schept duidelijkheid over de verwachtingen ten aanzien van medewerkers en wat de verantwoordelijkheden zijn die medewerkers dienen te dragen. Dit betekent dat er duidelijke spelregels zijn waarop de organisatie en de medewerkers elkaar kunnen aanspreken als hiervan wordt afgeweken [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 92]. Onderzoek heeft uitgewezen dat alleen het beschikbaar hebben van een gedragscode het gedrag van de medewerkers onvoldoende aanzet tot het vereiste verantwoorde gedrag [Nijhof et al, 2003]. Aangezien verantwoord gedrag alleen tot uiting komt in het dagelijkse gedrag van medewerkers, is het noodzakelijk dat inbedding van de gedragscode plaatsvindt in de organisatie, zoals in beleid, processen en de cultuur [Nijhof et al, 2003].

Aan de inbedding van de gedragscode en het beleid wordt vaak weinig aandacht besteedt. Voor de inbedding is het belangrijk dat een organisatie de code en het beleid verstrekt aan de medewerkers, zodat medewerkers weten wat van hen wordt verwacht [Schwartz, 2002]. Om te garanderen dat de medewerkers op de hoogte zijn vereisen organisaties doorgaans dat de medewerkers de code en het beleid ondertekenen. Met het ondertekenen stemmen de medewerkers in dat zij de code hebben gelezen, de code begrijpen en de code zullen naleven [Schwartz, 2002]. De directie zou kunnen overwegen om de gedragscode en het beleid voor ondertekening op te nemen in een overeenkomst.

Het opnemen van deze bepalingen in een overeenkomst heeft bovendien nog een ander doel. De directie creert hiermee juridisch gezien een 'sterkere' positie bij aanvraag tot ontbinding van een overeenkomst. Bij ondertekening van een overeenkomst stemt een van de partijen, in om zich te gedragen conform de opgenomen bepalingen. Een partij die de opgenomen bepalingen, in dit geval de toegekende verantwoordelijkheden, niet nakomt, schiet tekort in de nakoming van een overeenkomst [Loonstra, 2002, p. 66]. De directie heeft in zo'n geval een sterkere grond om aan te dragen voor ontbinding van een overeenkomst in vergelijking met wanneer zulke bepalingen niet zijn opgenomen in een overeenkomst. De tegenpartij kan hierdoor niet meer verklaren niet op de hoogte te zijn van de bepalingen in de overeenkomst of de inhoud van de gedragscode.

3.2.11 Elementen uit de gedragscodes

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die de ziekenhuisdirectie juridisch gezien een sterkere positie verschaffen voor ontbinding van de toelatingsovereenkomst. Om als ziekenhuis directie juridisch gezien sterker te staan voor ontbinding van de toelatingsovereenkomst moet rekening worden gehouden met de volgende elementen:

- *Verantwoording toekennen en vereist gedrag vaststellen met een gedragscode.*
- *Bepalingen uit gedragscode concreet formuleren in (aanvullend) beleid.*
- *Gedragscodes en (aanvullend) beleid opnemen in een overeenkomst die de medewerker moet ondertekenen.*

3.3 De organisatie cultuur

In deze paragraaf worden HRM activiteiten besproken die mogelijk een bijdrage leveren aan het verbeteren van problemen die worden veroorzaakt door culturele aspecten. De content analyse laat zien dat er twee cultuur aspecten zijn die de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten negatief kunnen beïnvloeden.

In de samenwerking tussen medisch specialisten wordt onvoldoende rekening gehouden met de culturele achtergronden. Dit betekent dat medisch specialisten die verschillende ideeën hebben ten aanzien van culturele opvattingen (o.a. de normen en waarden, de attitude of het rolgedrag) toch moeten samenwerken in een vakgroep of maatschap. Hierdoor neemt de kans toe dat er onderlinge botsingen ontstaan. Deze culturele verschillen kunnen ontstaan doordat tijdens de werving en selectie hieraan onvoldoende aandacht wordt geschonken. Daarnaast kunnen de verschillen ontstaan doordat na aanname, vanuit de werkgroep of maatschap, onvoldoende aandacht wordt besteedt aan wat van de nieuwe medisch specialist wordt verwacht.

De cultuur binnen maatschappen is zeer gesloten, waardoor aanwezige problemen (bijvoorbeeld in de samenwerking en communicatie) en gemaakte fouten niet snel openbaar zullen worden. De gesloten cultuur zorgt ervoor dat er niet (tijdig) ingegrepen kan worden, zodat problemen verder kunnen escaleren. Hierdoor neemt de kans toe dat onderlinge verhoudingen voor een langere periode verstoord kunnen raken en er meer onnodige fouten worden gemaakt.

Binnen deze paragraaf zullen drie HRM activiteiten besproken worden waarvan het vermoeden bestaat dat deze een positieve bijdrage kunnen leveren aan de geïdentificeerde culturele oorzaken. Voor de cultureel verschillen achtergronden betekent dit dat gekeken zal worden naar hoe deze verschillen tussen de medisch specialisten onderling in een vakgroep of maatschap beperkt kunnen worden. Door een betere invulling te geven aan die activiteiten van het werving en selectie proces, die betrekking hebben op het achterhalen van de culturele kenmerken van een persoon, zal uiteindelijk een betere inschatting gemaakt kunnen worden of personen qua culturele ideeën bij elkaar passen.

Om de culturele verschillen na aanname te beperken tussen de nieuwe medisch specialist en de huidige leden van een vakgroep of maatschap zal gekeken worden naar de mogelijkheden om het socialisatieproces te beïnvloeden. Met het beïnvloeden van het socialisatieproces zal voor de nieuwe medisch specialist vermoedelijk een beter beeld ontstaan van wat van hem wordt verwacht.

Om de kans te beperken dat problemen zich voor langere tijd kunnen voordoen zal gekeken worden hoe inzicht verkregen kan worden in het individuele en collectieve (als team binnen een vakgroep of maatschap) functioneren. Door het afnemen van functioneringsgesprekken zal inzicht ontstaan in het functioneren, waardoor de aanwezige problemen eerder gesignaleerd kunnen worden. Tegelijkertijd zal de aanwezige gesloten cultuur waarschijnlijk veranderen naar meer open verhoudingen en een meer open cultuur.

3.3.1 De rol van werving en selectie in de organisatie cultuur ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

De content analyse heeft aangetoond dat problemen in de samenwerking en communicatie veroorzaakt kunnen worden door de cultureel verschillende achtergronden van medisch specialisten. De culturele verschillen worden veroorzaakt door de verschillende ideeën die medisch specialisten kunnen hebben over bijvoorbeeld de normen en waarden, attitude of het gewenste rolgedrag. Deze verschillen kunnen tot uiting komen als een nieuwe medisch specialist toetreedt tot een bestaande vakgroep of maatschap. De culturele ideeën van een nieuwe medisch specialist kunnen botsen met de bestaande ideeën uit een vakgroep of maatschap. Om botsingen te voorkomen is aanpassing noodzakelijk, maar dat is vaak beperkt mogelijk. De culturele achtergrond en ideeën zijn ten slotte onderdeel van een persoonlijkheid, en deze zijn niet volledig te veranderen. De verhoudingen kunnen bij het onvoldoende aandacht besteden aan de culturele kenmerken, tijdens de werving en selectie, behoorlijk verstoord raken [Pronk, 2006].

In deze paragraaf wordt met theorie aangegeven welke activiteiten uit het Werving en selectie proces een bijdrage kunnen leveren aan het beperken van de culturele verschillen tussen medisch specialisten.

Literaire bevindingen

Om de culturele kenmerken van medisch specialisten te betrekken in het werving en selectie proces zouden deze als eerste opgenomen moeten worden in de competenties. Tot de competenties behoren volgens Robert's niet alleen de vakmatige kwaliteiten en de persoonskenmerken, maar ook andere werkgerelateerde persoonlijke kenmerken en de waarden. Roberts [2004, p. 6] definieert competenties als 'all the work-related personal attributes, knowledge, experience, skills and values that a person draws on to perform their work well'. Onder de werkgerelateerde persoonlijke kenmerken en waarden behoren ook de culturele achtergronden en ideeën die personen hebben, welke tot uiting komen in de dagelijkse werkpraktijk. Om een geschikte kandidaat te werven en selecteren is het daarom belangrijk dat ook de vereiste culturele kenmerken of ideeën worden geïdentificeerd als competenties. Net als bij de identificatie van persoonskenmerken dienen de deze kenmerken voort te komen uit de strategie, aangezien de visie gedurende de tijd veranderd [Petts, 1997] Bovendien vloeien uit een visie de ideeën voort die de huidige leden uit de vakgroep of maatschap hebben ten aanzien van de culturele waarden.

De identificatie fase gaat verder met het vaststellen van een functiebeschrijving. Het vaststellen van beschrijvingen zijn ook relevant voor het betrekken van de culturele ideeën in het werving en selectieproces. Hoewel uit de traditionele functiebeschrijvingen niet de gewenste culturele kenmerken voortvloeien, dient wel beter gekeken te worden naar het feit of de persoon als geheel past binnen een organisatie [Bowen et al, 1994]. Dit betekent dat ook rekening gehouden moet worden met de culturele kenmerken van de kandidaten. Het implementeren van de competency-based approach kan hieraan een bijdrage leveren, aangezien deze benadering de persoon als geheel centraal stelt [Lawler III, 1994]. Hierdoor wordt ook aandacht geschonken aan de culturele kenmerken, zodat de kans op onderlinge problemen wordt verlaagd. In de traditionele functiebeschrijvingen worden de gewenste culturele kenmerken niet opgenomen. Daarom zouden organisaties de gewenste culturele kenmerken moeten opnemen in de voorgestelde 'skill' en

'person' beschrijvingen uit paragraaf 3.2.2. De gewenste culturele kenmerken vormen een goede aanvulling op de persoonskenmerken in de 'skill' en 'person' beschrijvingen. Met meer informatie ontstaat een beter totaalbeeld van de kandidaat.

Om op het operationele niveau de geschiktheid van een kandidaat te beoordelen worden werving en selectiecriteria opgesteld [Kluytmans, 2001, p. 118]. Als de gewenste culturele kenmerken tevens als vereiste worden gezien door de organisatie, is het noodzakelijk om deze op te nemen in de criteria. Een ander voordeel van het opnemen van criteria ten aanzien van de culturele kenmerken is dat de organisatie zichzelf verplicht bewust na te denken over wat van een persoon wordt verwacht. Hoe beter een organisatie inzichtelijk heeft wat het verwacht des te beter zal de organisatie in staat zijn om te beoordelen of een kandidaat geschikt is.

Informatie uit de de traditionele functiebeschrijvingen is vaak niet specifiek genoeg om als uitgangspunt te dienen voor toekomstgerichte selectiedoeleinden. Hiervoor is aanvullende informatie noodzakelijk [van de Broek et al, 2007, p. 31]. Met het ontwikkelen van de door Lawler III [1994] voorgestelde 'skill' en 'person' beschrijvingen ontstaat een eerste aanvulling op de functiebeschrijvingen. Deze beschrijvingen kunnen vervolgens worden aangevuld met informatie afkomstig uit interviews met personen die moeten gaan samenwerken met de nieuwe medewerker [van den Broek, 2007, p. 31]. Personen die dichtbij de te vervullen functie staan weten welke culturele kenmerken nodig zijn om goed te kunnen functioneren. Aan de hand van de interviews zal beter inzicht ontstaan in, aan welke culturele kenmerken of ideeën een nieuwe kandidaat moet voldoen.

Het implementeren van een competency-based approach heeft gevolgen voor de selectiefase, aangezien een persoon in zijn geheel moet passen in de organisatie. Tijdens de selectiefase wordt informatie verzameld over het toekomstige arbeidsgedrag van kandidaten [Kluytmans, 2001, p. 126]. Dit betekent dat als een persoon als geheel moet passen in de organisatie, ook aandacht besteedt moet worden aan het verkrijgen van informatie over de culturele ideeën. Voor het achterhalen van informatie zijn verschillende selectiemethoden beschikbaar. Om de irrelevante kenmerken, zoals in dit geval de culturele kenmerken, te betrekken in de selectie, zullen naast de traditionele selectiemethoden extra methoden ingezet moeten worden. De traditionele methoden richten zich namelijk alleen op informatie met betrekking tot de vakmatige kwaliteiten [Fossas Olalla, 1999, Bowen et al, 1991]. Net als voor het achterhalen van de persoonskenmerken kunnen persoonlijkheidstesten en work samples worden uitgevoerd voor het verkrijgen van een beeld van de culturele ideeën die een persoon hanteert [Bowen et al, 1991]. De persoonlijkheidstesten verschaffen inzicht in het gedrag en de houding van kandidaten, waardoor waarschijnlijk indirect inzicht ontstaat in de gehanteerde culturele ideeën. Aan het gedrag en de houding van een persoon is immers veel af te leiden. Daarnaast zijn de work samples een methode om de gehanteerde culturele ideeën van een kandidaat te achterhalen. Met deze methode moet een kandidaat een probleem oplossen in een nagebootste omgeving van de organisatie. Ook hier geldt dat aan het gedrag en de houding van een kandidaat veel informatie afgeleid kan worden.

De kandidaten dienen geïnterviewd en beoordeeld te worden door de directe collega's waarmee in de dagelijkse praktijk veel wordt samengewerkt [Bowen et al, 1991]. Zij worden gezien als de partij

die het beste in staat is te beoordelen of een kandidaat de gewenste culturele kenmerken bezit [Lawler III, 1994].

3.3.2 Elementen van werving en selectie

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die van belang zijn voor het betrekken van de normen en waarden in het werving en selectieproces. Voor het betrekken van de normen en waarden bij de selectie van nieuwe medisch specialisten zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Culturele kenmerken als competenties identificeren aan de hand van de strategische visie.*
- *Competency-based approach centraal stellen bij het werven en selecteren.*
- *Aanvullen van functiebeschrijvingen met skill en person beschrijvingen.*
- *Opnemen van criteria (in de werving en selectiecriteria) die de vereiste culturele kenmerken kunnen beoordelen.*
- *Afnemen van interviews met direct betrokkenen voor het aanvullen van criteria ten aanzien van culturele kenmerken.*
- *Inzetten van selectiemethoden die in staat zijn informatie over culturele kenmerken te achterhalen.*
- *Directe collega's sollicitatiegesprekken laten afnemen voor het beoordelen van kandidaten.*

3.3.3 Definitie van introductie en socialisatie

Het werving en selectieproces eindigt met het aannemen van een nieuwe medewerker. Nieuwe medewerkers komen in een nieuwe omgeving terecht waar veel ontdekt moet worden, zoals de interne verhoudingen, de cultuur en wat er van hen verwacht wordt. Organisaties hebben de keus om nieuwe medewerkers daarin te ondersteunen door een introductieprogramma onderdeel te laten uitmaken van de socialisatiefase. Volgens Kluytmans [2001, p. 156] omvat de introductie 'alle activiteiten die door een organisatie worden ondernomen om de wederzijdse aanpassing van individu en organisatie te bevorderen'. Socialisatie daarentegen is een spontaan leerproces dat wel of niet wordt ondersteund door de organisatie. Nieuwe medewerkers worden blootgesteld aan de cultuur van een organisatie en de wijze waarop organisaties dingen ondernemen [Schuler and MacMillan, 1984]. Een effectieve socialisatie resulteert in loyale medewerkers die toewijding zijn naar de organisatie [Schuler and MacMillan, 1984].

3.3.4 De rol van introductie en socialisatie in de organisatie cultuur ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

In de content analyse is naar voren gekomen dat problemen in de samenwerking en communicatie veroorzaakt kunnen worden door culturele verschillen. Deze culturele verschillen kunnen groter worden als bij aanneming niet duidelijk gemaakt wordt wat van een nieuwe medisch specialist wordt verwacht bijvoorbeeld ten aanzien van het rolgedrag, de attitude of de normen en waarden. Een medisch specialist die vanaf dag één volledig moet meedraaien en aan wie niet verteld is hoe in de maatschappij wordt omgegaan met bepaalde situaties, zal hierdoor naar zijn eigen inzichten gaan handelen. Het handelen naar eigen inzicht ligt vermoedelijk in het verlengde van iemands zijn culturele achtergrond en ideeën daarover. Dit kan botsen met de heersende cultuur binnen een vakgroep of maatschappij.

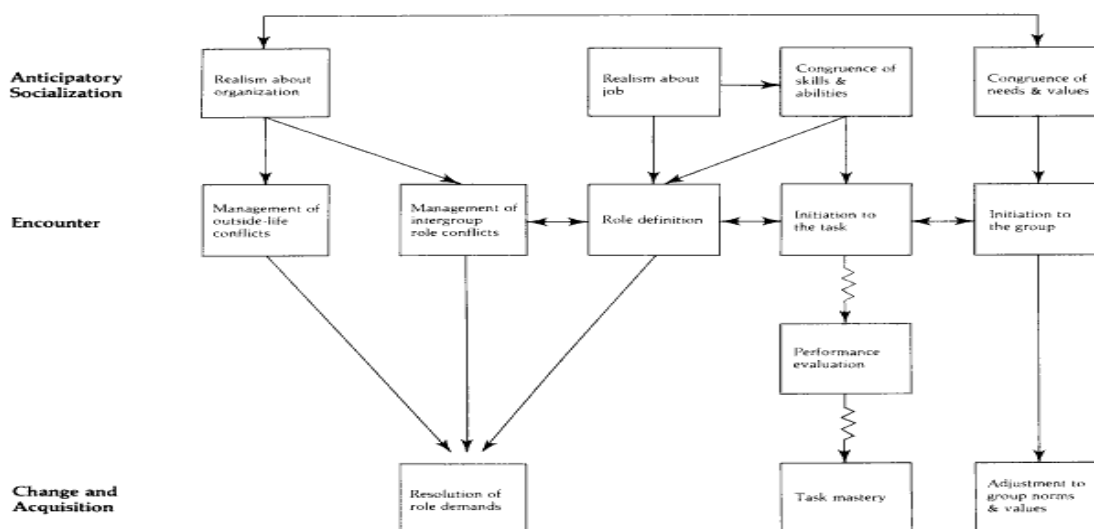
In deze paragraaf wordt met literatuur uiteengezet hoe het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten beïnvloed kan worden door de organisatie, zodat de cultuurverschillen beperkt worden.

Literaire bevindingen

Voordat een doelgericht introductieprogramma opgesteld kan worden om de culturele verschillen te beperken, is het belangrijk dat inzicht wordt verworven in de achtergrond van het socialisatieproces. Het socialisatieproces bestaat uit drie fasen en richt zich op drie doelstellingen, namelijk het aanleren van geschikt rolgedrag, het ontwikkelen van vereiste work skills en abilities en het aanpassen aan de normen en waarden van een werkgroep [Feldman, 1981]. Een nieuwe medewerker beland in de laatste fase van het socialisatieproces als deze de drie doelstellingen heeft aangeleerd.

Deze paragraaf richt zich op het beperken van de culturele verschillen tussen medewerkers. Daarom wordt binnen deze paragraaf alleen verder ingegaan op het rolgedrag en de normen en waarden die nieuwe medewerkers moeten aanleren. De reden daarvoor is dat het rolgedrag en de normen en waarden in relatie staan tot de culturele kenmerken. Hoe beter een nieuwe medewerker zich het vereiste rolgedrag aanleert en zich aanpast aan de normen en waarden, des te kleiner is de kans op onderling culturele verschillen. Het aanleren van de vereiste work skills en abilities zijn vanuit die invalshoek irrelevant.

Om nieuwe medewerkers te stimuleren om de culturele kenmerken over te nemen van een organisatie, is inzicht noodzakelijk waarop een organisatie het stimuleren zich moet richten. Voor het verkrijgen van inzicht in het socialisatieproces is gekozen voor het model van Feldman [1981]. De reden dat gekozen is voor dit model, is dat per doelstelling inzicht ontstaat welke variabelen een rol spelen [figure 1]. Met het inzicht in variabelen kunnen organisaties gerichte acties ondernemen om het aanleren van het vereiste rolgedrag en de normen en waarden bij de nieuwe medewerkers te stimuleren. Het socialisatieproces bestaat uit drie fasen en in het model van Feldman [1981] worden iedere fase gekenmerkt door een aantal variabelen. De variabelen uit de voorgaande fase zijn van invloed op de volgende fase. Met dit inzicht worden organisaties in staat gesteld om nieuwe medewerkers gerichte ondersteuning te bieden gedurende het socialisatieproces.



Figuur 2 Model van Feldman [1981]

De eerste fase van het socialisatieproces is de anticipatory socialisatie [Feldman, 1981]. Dit is de formele scholingsperiode van een individu voordat deze de organisatie betreedt. Gedurende deze fase worden verwachtingen ontwikkeld en beslissingen gemaakt over de toekomstige functie [Kluytmans, 2001, p. 158]. Dit betekent dat organisaties in deze fase een beperkte invloed hebben op het socialisatieproces. Wel heeft een organisatie een cruciale rol gedurende het werving en selectie proces. Tijdens de werving en selectie is het noodzakelijk dat de organisatie realistische informatie over de organisatie en functie verstrekt. Met het verstrekken van realistische informatie worden kandidaten in staat gesteld om betere inschattingen te maken over de organisatie en de functie. De verwachtingen die gewekt worden bij kandidaten zijn hierdoor ook realistisch, zodat de kans op enorme cultuurverschillen uiteindelijk afneemt. Het verstrekken van realistische informatie over de organisatie en functie tijdens het werving en selectie proces heeft invloed op vier variabelen uit de tweede fase van het socialisatieproces.

Voor het verwerven van het juiste rolgedrag is zowel realistische informatie noodzakelijk over de organisatie als over de functie. Ten eerste stelt realistische informatie over de organisatie kandidaten bewuster in staat om te gaan met intergroup conflicts. Ten tweede kan met realistische informatie beter een juiste balans gevonden worden tussen privé en werk door de nieuwe medewerker. Ten derde zijn nieuwe medewerkers met realistische informatie over de functie beter in staat om de taken van diens rol te definiëren en te prioriteren.

De mate waarin nieuwe medewerkers zich kunnen aanpassen aan de normen en waarden van de werkgroep hangt af van de normen en waarden die kandidaten zelf hanteren. Organisaties hebben de mogelijkheid om kandidaten aan te trekken die zich makkelijk kunnen aanpassen aan de geldende normen en waarden. Organisaties dienen daarom realistische informatie over de organisatie te verstrekken tijdens de werving en selectie. Een realistisch beeld van de organisatie stelt een kandidaat beter in staat een organisatie uit te kiezen die past bij hun behoeften, zodat aanpassing binnen de groep soepeler verloopt.

De tweede fase van het socialisatieproces wordt de 'encounter' genoemd. Dit is de fase waarin individuen ontdekken wat de realiteit is in de organisatie en wat er verwacht wordt van ze [Feldman, 1981, Kluytmans, 2001, p. 159]. Hoewel een socialisatieproces een natuurlijk proces is, kunnen organisaties ideeën hebben over hoe het proces zou moeten verlopen. Om dit beeld te realiseren hebben organisaties de mogelijkheid om het socialisatieproces te beïnvloeden, namelijk met ondersteuning een introductieprogramma. Met het aanbieden van een introductieprogramma laat de organisatie zien dat het goed functioneren van haar medewerkers belangrijk is. Zo'n programma brengt bij de nieuwe medewerker over wat de belangrijkste competenties van de functie zijn en het communiceert tevens welke normen en waarden belangrijk worden gevonden binnen de organisatie [Ards, 2003, p. 4]. Voordat een gericht introductieprogramma vastgesteld kan worden, is het belangrijk om vast te stellen welke variabelen in de tweede fase van invloed zijn op het verwerven van het juiste rolgedrag en het aanpassen aan de normen en waarden. Hierdoor kunnen gericht activiteiten opgenomen worden in het introductieprogramma die vermoedelijk een bijdrage leveren aan het beperken van de cultuurverschillen. In de tweede fase van het socialisatieproces spelen de volgende variabelen een relevante rol voor het behalen van de derde fase.

De mate waarin nieuwe medewerkers het juiste rolgedrag vertonen hangt af van drie variabelen. Ten eerste wordt het juiste rolgedrag bepaald door de balans die een nieuwe medewerker moet vinden tussen privé en werk. Ten tweede hangt het juiste rolgedrag af van hoe een nieuwe medewerker

handelt bij conflicten met andere werkgroepen. Ten derde hangt het vereiste rolgedrag af van de definitie die een nieuwe medewerker toekent aan zijn rol binnen de werkgroep en organisatie. Het aanpassen van nieuwe medewerkers aan de normen en waarden van een werkgroep hangt van één variabel af. De mate waarin de nieuwe medewerkers zich leren aanpassen hangt af van de interpersoonlijke contacten tussen de nieuwe medewerker en de leden van de werkgroep.

Hoewel nu bekend is welke variabelen in relatie staan tot het aanleren van rolgedrag en het aanpassen aan de normen en waarden, dient een introductieprogramma opgesteld te worden. De inrichting van het introductieprogramma hangt af van wat de organisatie met zijn medewerkers wil bereiken [Ardts, 2003, p. 201]. Van Maanen en Schein [Eugene Baker III en Feldman, 1981] hebben voor het samenstellen van een introductieprogramma zes dimensies gedefinieerd die als uitgangspunten te benaderen zijn. Aan iedere dimensie hebben van Maanen en Schein twee uitersten toegekend. Door van iedere dimensie de voorkeur van een uiterste aan te geven, ontstaat het raamwerk voor een introductieprogramma. Dit raamwerk is aan te merken als de socialisatiestrategie.

Hieronder wordt aan de hand van de dimensies van van Maanen en Schein een socialisatiestrategie samengesteld. Deze strategie zal vermoedelijk een bijdrage kunnen leveren aan het beperken van de culturele verschillen tussen nieuwe medewerkers en de huidige werkgroep. Aan de hand van de strategie kunnen maatregelen worden getroffen om de strategie te realiseren.

De eerste dimensie betreft de vraag of de nieuwe medewerkers individueel of collectief gesocialiseerd moeten worden. Voor de socialisatie van nieuwe medisch specialisten is doorgaans geen keuze, aangezien het doorgaans één vacature betreft binnen een vakgroep of maatschap. Hierdoor vindt de socialisatie van een medisch specialist individueel plaats. Individuele socialisatie heeft het voordeel dat het zeer effectief is voor het aanleren van complexe rollen, omdat de attitudes en normen vaak moeilijk exact aan te geven zijn [Kluytmans, 2001, p. 161]. Aangezien medisch specialisten complexe rollen moeten aanleren, sluit individuele socialisatie aan bij het doel van deze socialisatiestrategie. De rollen zijn complex omdat medisch specialisten veel moeten handelen met verschillende actoren uit de organisatie, zoals de directe collega's uit een vakgroep of maatschap, medisch specialisten uit andere vakgroepen of maatschappen, medewerkers van verpleegafdelingen, de directie en de patiënten. Voor het aanleren van complexe rollen werkt een mentor als rolmodel effectief [Kluytmans, 2001, p. 161]. Bij een goede verhouding tussen de nieuwe medewerker en de mentor zal de nieuwe medewerker de eigenschappen snel overnemen. Hierdoor zal de kans op een cultuurverschil worden beperkt. Met het toewijzen van een mentor wordt een bijdrage geleverd aan de vier benoemde variabelen van Feldman [1981].

Als eerste kan een mentor de nieuwe medewerker indirect helpen bij het vinden van balans tussen het werk en privé leven. De mentor is het voorbeeld voor een nieuwe medewerker om een geaccepteerde balans te vinden. Als tweede is een mentor een voorbeeld voor het handelen in geval van conflicten met andere afdelingen. De mentor is in soortgelijke situaties het voorbeeld voor een nieuwe medewerker. Bovendien kunnen nieuwe medewerkers de mentor om raad vragen in situaties van conflicten. Als derde ondersteunt een mentor een nieuwe medewerker met het 'vinden' van de taken die deze moet uitvoeren. Dit stelt een nieuwe medewerker in staat om zijn eigen rol binnen de werkgroep en de organisatie te definiëren. Als vierde leert de nieuwe medewerker via het handelen van de mentor wat de normen zijn binnen de groep. De nieuwe medewerker ziet welke normen en waarden als algemeen geaccepteerd worden binnen de werkgroep

en de organisatie. Bovendien kan de medewerker de mentor vragen welke normen en waarden gelden bij verschillende situaties.

De tweede dimensie betreft de voorkeur voor een formele of informele socialisatie. Om de kans op cultuurverschillen tussen de nieuwkomer en de huidige medewerkers te beperken zal de voorkeur uitgaan naar een formele socialisatie. Door een formele socialisatie worden de vereiste vaardigheden, methoden en procedures zeer strikt aangeleerd, zodat de kans op fouten worden beheerst en beperkt [Moreels, 2003, 33]. De formele strategie biedt tevens een goed klimaat voor het bijbrengen van bij de beoogde rol vereiste attitudes, normen en waarden [Kluytmans, 2001, p. 161]. Dit komt doordat de formele status van een nieuwe medewerker vermoedelijk een extra stimulans is om zich aan te passen aan de cultuur en bijbehorende regels van de organisatie. Met een formele socialisatie strategie kunnen twee van de vier variabelen van Feldman [1981] worden ondersteund.

Als eerste levert de formele strategie een inzicht in hoe gehandeld moet worden bij conflicten met andere werkgroepen. Door de duidelijke methoden en richtlijnen te verstrekken aan de nieuwe medewerkers, zal duidelijk worden wat de spelregels zijn om te onderhandelen in conflicten met andere werkgroepen. Als tweede levert de formele strategie inzicht in wat de rol van de nieuwe medewerker inhoudt. Een nieuwe medewerker wordt volgens methoden en procedures ingewerkt, waardoor eerst geen ruimte is voor innovatief gedrag. Doordat de rol van een nieuwe medewerker zo strikt wordt aangeleerd, weet een nieuwe medewerker exact wat bij zijn rol hoort.

De derde dimensie betreft de vraag of de socialisatiestrategie een variabel of vast karakter zou moeten hebben om de kans op cultuur verschillen te beperken. Bij deze dimensie gaat het erom of een nieuwe medewerker meteen een bepaalde positie inneemt, of dat iemand dat geleidelijk aan de vaardigheden en attitudes moet aanleren. Een chirurg met een BIG-registratie is officieel medisch specialist, waarvan aangenomen mag worden dat deze geen geleidelijk programma nodig heeft om bijvoorbeeld te opereren. Deze dimensie heeft geen waarde voor het beperken van cultuur verschillen, waardoor hier verder geen aandacht aan geschonken zal worden.

De vierde dimensie betreft de vraag of medisch specialisten binnen een begrensde tijd of open tijd gesocialiseerd moeten worden om de kans op onderlinge cultuurverschillen te beperken. Deze dimensie heeft geen invloed op het beperken van de cultuurverschillen, waardoor binnen deze paragraaf geen verdere aandacht aan deze dimensie wordt besteedt.

De vijfde dimensie betreft de vraag of de socialisatiestrategie erop gericht dient te worden om de huidige cultuur met de geldende normen en waarden over te nemen of te negeren. Aangezien het doel is om de kans van onderlinge cultuurverschillen te beperken, zal de strategie zich moeten richten op het stimuleren van de aanwezige culturele kenmerken. Het overnemen van de culturele waarden van een organisatie kan gestimuleerd door een medisch specialist een mentor toe te wijzen. Bij een goede verhouding zal de nieuwe medewerker de eigenschappen van een mentor snel overnemen. Daarnaast zou in het introductieprogramma voldoende ruimte gereserveerd moeten worden voor informele contacten met de senior collega's. De senior collega's fungeren als voorbeeldfunctie voor het overnemen van aanwezige kenmerken in de organisatie [Kluytmans, 2001, p. 162]. En informele contacten zijn bovendien een belangrijke bron van informatie voor nieuwe

medewerkers [Kluytmans, 2001, p. 164]. Met een stimulerende strategie wordt voor het beperken van de culturele verschillen aan de vier variabelen van Feldman [1981] een bijdrage geleverd. Bij de eerste dimensie is al beschreven op welke wijze een mentor de variabelen kan beïnvloeden, dit wordt hier niet nogmaals besproken.

Als eerste kunnen de collega's nieuwe medewerkers ondersteunen bij het vinden van balans in het werk en privé-leven. Nieuwe medewerkers zullen het gedrag van de senior medewerkers tot een bepaalde mate imiteren. Ook kunnen nieuwe medewerkers in het contact met de collega's achterhalen hoeveel uren zij ongeveer per week maken. Als tweede fungeren de collega's ook als voorbeeld in het adequaat onderhandelen en afhandelen van conflicten. Er zal in het begin gekeken worden naar hoe de collega's omgaan met dit soort situaties, waardoor nieuwe medewerkers het gedrag kunnen 'kopieren'. Als derde moet een nieuwe medewerker helder hebben wat zijn rol inhoud, zodat deze zijn functie goed kan uitvoeren. Door de collega's als voorbeeld te nemen, zal het voor een nieuwe medewerker sneller te bepalen zijn wat zijn rol is binnen bijvoorbeeld de werkgroep of de organisatie. Een voorbeeld uit de praktijk maakt het tastbaarder dan alleen een schriftelijke omschrijving. Als vierde spelen de collega's een rol bij het overnemen van de normen en waarden. Het overnemen van de normen en waarden hangt af van interpersoonlijk contact tussen de nieuwe medewerker en de collega's. Daarom is het belangrijk dat frequent contact plaatsvindt tussen de nieuwe medewerker en diens collega's. Hoe frequenter het contact, hoe beter nieuwe medewerkers zich aanpassen [Feldman, 1981].

De zesde dimensie betreft de vraag of aanwezige attitudes en normen van nieuwe medewerkers in de strategie versterkt of aangepast moeten worden [Kluytmans, 2001, p. 163]. Een socialisatiestrategie richt zich op het aanpassen van aanwezige attitudes, vaardigheden en normen als de organisatie een eigen sterke cultuur wil benadrukken. Medisch specialisten worden gedurende de opleiding, co-schappen en de arts-assistentenschappen al geconfronteerd met de medische cultuur [Witman, 2007, p. 22-23]. Aan dit socialisatieproces wordt veel aandacht besteedt, waardoor volledig aanpassing hier niet van toepassing is. Voor het behoud van deze kenmerken zou de vakgroep of maatschap een versterkende strategie moeten hanteren.

Maar in dit onderzoek wordt erop gedoeld om de cultuur verschillen tussen nieuwe medewerkers en de huidige werkgroep te beperken. Daarvoor dient een aanpassende strategie gehanteerd te worden, zodat deze nieuwe medewerkers geïnformeerd worden over de geldende regels binnen de werkgroep. Een aanpassende strategie is te stimuleren met het inzetten van een mentor. Bij een goede verhouding zal de nieuwe medewerker de eigenschappen van een mentor snel overnemen. Daarnaast zou in het introductieprogramma voldoende ruimte gereserveerd moeten worden voor informele contacten met de senior collega's. De senior collega's fungeren als voorbeeldfunctie voor het overnemen van aanwezige kenmerken in de organisatie [Kluytmans, 2001, p. 162]. En informele contacten zijn bovendien een belangrijke bron van informatie voor nieuwe medewerkers [Kluytmans, 2001, p. 164]. Er is bij de eerste dimensie al beargumenteerd hoe een mentor de variabelen positief kan beïnvloeden en bij de vijfde dimensie hoe belangrijk de informele contacten zijn voor de variabelen. Daarom wordt de beargumentatie hier niet nogmaals besproken.

3.3.5 Elementen van Introductie en socialisatie

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die van belang zijn om de culturele verschillen tussen nieuwe medewerkers en de huidige medewerkers te beperken. Voor het

beperken van de culturele verschillen zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Tijdens werving en selectie realistische informatie verstrekken over de functie en organisatie.*
- *Opzetten van een introductieprogramma voor nieuwe medewerkers.*
- *Nieuwe medewerkers een mentor toewijzen.*
- *Nieuwe medewerkers introduceren in een formele setting.*
- *Voldoende ruimte overlaten voor informele contacten tussen nieuwe medewerkers en de huidige medewerkers uit een werkgroep in een introductieprogramma.*
- *Senior medewerkers bewust maken dat zij dienen als voorbeeldfunctie voor nieuwe medewerkers.*

3.3.6 Definitie van functionering en beoordeling

Voor de organisatie en de medewerker is het belangrijk om te weten in hoeverre de medewerker functioneert. Het is daarom belangrijk dat medewerkers worden beoordeeld. Binnen dit onderzoek wordt beoordelen aangemerkt als ‘ een samenhangend geheel van handelingen dat erop is gericht om via een menselijk oordeel tot waarderende uitspraken te komen over kenmerken, gedrag of resultaten van een werknemer in een organisatie’ [Kluytmans, 2001, p. 278]. Deze waarderende uitspraken hebben niet alleen betrekking op de resultaten van het werk, maar kunnen ook gaan over het gedrag van de medewerker of de inzet [van den Hurk, 2007, p. 23]. Om tot waarderende uitspraken te komen is het belangrijk dat een systeem wordt opgezet die deze menselijke oordelen weet te vertalen [van den Hurk, 2007, p. 23]. Dit betreft een beoordelingssysteem, waarin ‘het geheel van regels en hulpmiddelen met betrekking tot de beoordeling van een gegeven categorie personeelsleden is vastgelegd’ [Kluytmans, 2001, p. 278].

3.3.7 De rol van functionering en beoordeling in de organisatie cultuur ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat problemen in de communicatie en samenwerking veroorzaakt zou kunnen worden door de gesloten bedrijfscultuur van maatschappen. Dit betekent dat gemaakte fouten en aanwezige problemen niet bespreekbaar gemaakt worden binnen het ziekenhuis. Het gevolg is dat er geen tijdig gepaste maatregelen getroffen kunnen worden, waardoor de kans op een escalerende situatie gedurende de tijd toeneemt.

In deze paragraaf wordt aan de hand van theorie besproken hoe functioneringsgesprekken een bijdrage kunnen leveren aan het creëren van een meer open cultuur en onderling meer open verhoudingen.

Literaire bevindingen

In de literatuur wordt onderscheidt gemaakt in drie soorten beoordelingen, de prestatiebeoordeling, functioneringsbeoordeling en de potentieelbeoordeling [Kluytmans, 2001, p. 279]. Aangezien het binnen dit onderzoek gaat om het functioneren van de medisch specialisten, zijn binnen dit onderzoek de prestatiebeoordeling en functioneringsbeoordeling relevant.

Tijdens de functioneringsbeoordeling wordt de nadruk gelegd op het functioneren. Deze beoordeling is bedoeld om het functioneren in de werksituatie te verbeteren en te bevorderen. Hiervoor is onderzoek noodzakelijk naar hoe goed de medewerker de taken vervult en waar zich obstakels bevinden die dat functioneren belemmeren [Kluytmans, 2001, p. 279]. Voor het verkrijgen van een

totaalbeeld van het functioneren zou de prestatiebeoordeling onderdeel gemaakt moeten worden van de functioneringsbeoordeling. De prestatiebeoordeling betreft namelijk 'het onderzoeken of een medewerker erin is geslaagd zijn taak in de voorbije periode te volbrengen' [Kluytmans, 2001, p. 279]. Hoewel de focus primair ligt op het resultaat en niet op de manier van functioneren, verschaft deze indirect inzicht in het functioneren van een medewerker. Inzicht wordt verkregen door de prestaties te analyseren, waaruit vervolgens kan blijken dat de medewerker niet (goed) functioneert. Door de incidenten van bijvoorbeeld verschillende operaties te analyseren wordt inzicht verkregen in de oorzaak van de fouten. Hieruit kan vervolgens blijken dat een medisch specialist onvoldoende beschikt over een bepaalde vaardigheid, terwijl dit met een aanvullende cursus opgelost kan worden. Met het combineren van deze twee soorten beoordelingen ontstaat een totaalbeeld van het functioneren van een medewerker.

Het beoordelen van medewerkers kan verstrekkende gevolgen hebben en daarom is het belangrijk dat bij de ontwikkeling van een beoordelingssysteem wordt voldaan aan kwaliteitscriteria en randvoorwaarden. Kwaliteitscriteria zijn te onderscheiden in systeemtechnische en gebruikscriteria [Kluytmans, 2001, p. 281]. De systeemtechnische criteria bestaan uit validiteit, betrouwbaarheid en relevantie. Validiteit en betrouwbaarheid spelen met name bij het aantonen van (vermeend) disfunctioneren een belangrijke rol. Het is noodzakelijk dat als disfunctioneren wordt aangetoond dat plaatsvindt aan de hand van een verantwoorde evaluatie [Lombart et al, 2006]. Een verantwoorde evaluatie hangt af van de begripsvaliditeit. Bij begripsvaliditeit gaat om de vraag of tijdens de beoordeling daadwerkelijk die dimensies worden gemeten met het beoordelingsitem of –schaal, zoals bedoeld [Kluytmans, 2001, p. 281].

Een beoordelingssysteem is betrouwbaar als bij gebruik door verschillende beoordelaars consistentie in het oordeel ontstaat [Kluytmans, 2001, p. 281]. Aangezien een medisch specialist bij een beoordeling door meerdere personen vanuit verschillende invalshoeken wordt beoordeeld, is het belangrijk dat veel aandacht wordt geschonken aan de betrouwbaarheid.

Ten slotte maakt de relevantie deel uit van de criteria, waarbij het gaat om de mate waarin een systeem de elementen van het gedrag beoordeelt die moeten worden beoordeeld [Kluytmans, 2001, p. 281]. Voor het beoordelen van het functioneren van medisch specialisten betekent dit dat de beoordeling zich moet richten op de competenties die zijn vastgelegd in het CanMEDS 2000 model [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. Hierin staan de meest relevante professionele competenties waarover internationale overeenstemming bestaat. Met het opnemen van deze competenties, vindt de beoordeling plaats op basis van de meest relevante aspecten van het functioneren van een medisch specialist. Bij de beoordeling kunnen medisch specialisten niet afgerekend worden op irrelevante aspecten, en beoordeelaars kunnen met deze leidraad geen aspecten vergeten.

De gebruikscriteria van een beoordelingssysteem bestaan uit de acceptatiegraad, transparantie en informatiewaarde. Met de acceptatiegraad wordt de mate bedoeld waarin het systeem acceptabel is voor de beoordeelde en beoordelaar [Kluytmans, 2001, p. 282]. De mate van acceptatie is voor een belangrijk deel afhankelijk van de mate waarin een beoordelingssysteem geïsoleerd wordt ontworpen [Kluytmans, 2001, p. 297]. Een beoordelingssysteem dat bedoeld is om het functioneren van medisch specialisten te beoordelen, wordt alleen geaccepteerd als het door henzelf wordt ontwikkeld en gesteund [Lombarts et al, 2006]. Alleen met een zelf ontworpen systeem is een goede beoordeling mogelijk op zowel de inhoudelijke als specifiek professionele kenmerken. Het verplichte traditionele functioneringsgesprek heeft volgens 40% van de medisch specialisten, die werken in loondienst, namelijk weinig effect. Daardoor bleek een nieuwe beoordelingssysteem noodzakelijk.

Om draagvlak te creëren heeft de Orde van Medisch Specialisten de Commissie Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) geïnstalleerd. Het IFMS heeft in samenwerking met medisch specialisten en acht pilotziekenhuizen verschillende mogelijke invullingen onderzocht [Lombarts et al, 2006], waardoor de acceptatie vergroot zal worden.

Het beoordelingssysteem dient bovendien voldoende transparant te zijn. Van transparantie wordt gesproken als de relatie tussen de prestatie of het gedrag en de beoordeling doorzichtig is voor zowel de beoordelaar als de beoordeelde [Kluytmans, 2001, p. 282]. Ten slotte dient een beoordelingssysteem goede en relevante informatie op te leveren ter beoordeling van het gestelde doel [Kluytmans, 2001, p. 282].

Vanuit de medische wereld worden een aantal randvoorwaarden benoemd voor het opzetten van een beoordelingssysteem van medisch specialisten [Lombarts et al, 2006]. Het systeem dient primair gericht te zijn op het bereiken van persoonlijke verbetermogelijkheden, waardoor medisch specialisten uiteindelijk beter zullen functioneren. Concreet betekent dit dat binnen de organisatie kenbaar gemaakt moet worden dat het systeem niet opgericht is om disfunctionerende medisch specialisten op te sporen. Ten tweede speelt de reactie vanuit de omgeving van de medisch specialist een belangrijke rol. Alleen als de omgeving (zoals de Raad van Bestuur, overheid, inspectie) vertrouwen hebben in het systeem, zal men bereid zijn het systeem te faciliteren. De derde voorwaarde stelt dat de evaluatie van het individueel functioneren uiteindelijk impact dient te hebben op de kwaliteit van de gezondheidszorg, waarbij dus betere specialisten zullen ontstaan.

Tijdens de functioneringsbeoordeling wordt de nadruk gelegd op het functioneren van een medewerker. Om te kunnen oordelen over het functioneren van een medewerker is inzicht noodzakelijk in hoe goed een medewerker de taken vervult en waar zich de obstakels bevinden die dat functioneren belemmeren [Kluytmans, 2001, p. 297]. Alleen op basis van een grondige analyse is het mogelijk om nieuwe doelen te stellen en maatregelen te treffen die het functioneren van een medewerker verbeteren [Kluytmans, 2001, p. 294]. Hoewel een grondige analyse noodzakelijk is, wordt daar tijdens het beoordelingsproces vaak te weinig aandacht aan besteedt. Het uitvoeren van een grondige analyse vereist enerzijds een systeem die informatie verzameld over de relevante aspecten en anderzijds bronnen die de benodigde informatie over het functioneren van de medewerker kunnen verschaffen [Kluytmans, 2001, p. 294]. Hoewel de besproken systemen (functioneringsbeoordeling en prestatiebeoordeling) deze rol zouden kunnen vervullen, richten deze systemen zich afzonderlijk te veel op het gedrag van een medewerker of op diens prestaties, zodat geen totaalbeeld ontstaat [Kluytmans, 2001, p. 294]. Om alle aspecten mee te nemen bij de beoordeling van medisch specialisten is daarom een aangepast systeem noodzakelijk dat zowel rekening houdt met zowel het gedrag als de prestaties [Kluytmans, 2001, p. 294].

Voor het verkrijgen van een compleet beeld van het functioneren van een medewerker is het noodzakelijk om zowel de medewerker als zijn omgeving te betrekken in de informatievoorziening. Personen zijn namelijk geneigd de oorzaken bij problemen af te wentelen op externe factoren, en bij successen deze aan zichzelf toe te schrijven [Kluytmans, 2001, p. 294, Hamming et al, 2009]. Medisch specialisten kunnen een reflectie weergeven op het eigen functioneren door het ontwikkelen van een portfolio [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. Een portfolio is 'een verzameling gegevens over het professioneel functioneren van de specialist en diens eigen reflecties daarop'. Voor een volledige

zelfreflectie zou de portfolio de zeven competentiegebieden van het CanMEDS 2000 model als leidraad moeten gebruiken. De medisch specialist bepaald zelf welke documentatie in het portfolio wordt opgenomen om de competentiegebieden te ondersteunen. Het uitgangspunt daarbij is de vraag welke gegevens deze medisch specialist nodig heeft om een beeld te krijgen van diens prestaties en wat nodig is om anderen een beeld te geven van wat diegene doet. Daarbij dient een medisch specialist in het portfolio een reflectie te geven op het eigen professioneel functioneren. Voor gerichte verbeteringen van het eigen functioneren moeten reflecties gekoppeld worden aan concrete acties, wat de aanzet is voor het Persoonlijk Ontwikkelingsplan [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. Het Persoonlijk Ontwikkelingsplan geeft aan welke competenties op welke manier zullen worden ontwikkeld [Kluytmans, 2001, p. 295]. Het is noodzakelijk dat verbeterdoelstellingen SMART worden geformuleerd [Kluytmans, 2001, p. 293], zodat vooruitgang door iedereen is te beoordelen [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. Het portfolio is een belangrijke informatiebron ter voorbereiding op het evaluatiegesprek en fungeert tegelijkertijd als leidraad tijdens het gesprek [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. Uit onderzoek is gebleken dat de medisch specialisten een handleiding voor de invulling van het portfoliomodel wenselijk is [Orde van Medisch Specialisten, 2008].

Vanuit de werkomgeving dient informatie verzameld te worden die laat zien hoe men vindt hoe de medisch specialist functioneert [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. De Orde van Medisch Specialisten [2008] heeft drie instrumenten getest, namelijk de Peer Associate Rating (PAR), MultiSource Feedback (MSF) en Appraisal and Assessment (A&A). Tijdens de evaluaties is gebleken dat medisch specialisten het belangrijk vinden dat feedback wordt gevraagd aan zowel de medisch specialisten zelf als aan diens omgeving. Aangezien informatie vanuit verschillende invalshoeken uit de organisatie als belangrijk wordt aangemerkt, is het noodzakelijk dat een instrument wordt gehanteerd die daaraan voldoet. Daarom zou voor het vragen van feedback gebruik gemaakt moeten worden van MSF of A&A, aangezien PAR alleen rekening houdt met feedback van medisch specialisten. De Orde van Medisch Specialisten [2008] spreekt geen voorkeur uit of het een kwalitatieve of kwantitatieve methode zou moeten zijn. Het enige wat belangrijk is, is dat het een instrument dient te zijn die niet alleen feedback van medisch specialisten verzameld.

De MSF is een kwantitatieve methode voor het verzamelen van informatie door middel van een gestructureerde vragenlijst. Voor de verschillende betrokkenen dienen verschillende vragenlijsten beschikbaar gesteld te worden. Om de bias te beperken dienen medisch specialisten zelf collega's en medewerkers te selecteren [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. De A&A is een methode waarbij kwalitatieve informatie uit de werkomgeving ten aanzien van het functioneren van de medisch specialisten wordt verzameld. Hierin heeft de gespreksleider de centrale rol, omdat deze op basis van het portfolio 5 tot 10 personen uit de omgeving van de medisch specialist benadert. Bij deze methode moeten de geselecteerde personen drie sterke en drie verbeterpunten noemen van de betreffende medisch specialist.

Nadat de benodigde informatie is verzameld, vindt het 'functioneringsgesprek' plaats, wat doorgaans wordt afgenomen door de direct leidinggevende van een medewerker. Alleen is het binnen dit onderzoek gepaster om te spreken over een evaluatiegesprek, aangezien de gespreksleider niet de beoordelaar is, maar de beoordelingen slechts samen evalueert met de beoordeelde medisch specialist. Bovendien roepen de termen functionerings- en beoordelingsgesprekken negatieve

gevoelens op bij medisch specialisten [Visser, 2005]. De keuze voor een gespreksleider is noodzakelijk, aangezien medisch specialisten in een maatschap geen leidinggevende kennen. Volgens de Orde van Medisch Specialisten [2008], dienen de gespreksleiders lid te zijn van de eigen medische staf. De reden hiervoor is dat collega specialisten leven in dezelfde werksituatie en denkwereld leven, waardoor zij beter in staan zijn de aangeleverde gegevens te interpreteren [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. Voordat de collega specialisten mogen optreden als gespreksleiders worden zij opgeleid om de vereiste vaardigheden te ontwikkelen. De gespreksleiders vormen samen een intervisiegroep om ervaringen uit te wisselen en de evaluatie methode te verbeteren [Orde van Medisch Specialisten, 2008].

Tijdens het evaluatiegesprek wordt teruggekeken op de afgelopen periode en worden voor de aankomende periode nieuwe doelen gesteld en worden maatregelen getroffen om het functioneren te verbeteren [Kluytmans, 2001, p. 294]. Hieruit blijkt dat het beoordelen van medewerkers geen eenmalige activiteit is, maar steeds een terugkerend proces, waarin de afgelopen periode wordt geevalueerd.

Het evaluatiegesprek is op te splitsen in vijf fasen. In de eerste fase dient gezamenlijk een agenda opgesteld te worden over de onderwerpen die ter sprake gaan komen. Het opstellen van een agenda heeft als doel het gesprek gestructureerd te laten plaatsvinden. In de tweede fase dienen waarnemingen uitgewisseld te worden, waarbij de relevante informatiebronnen betrokken worden [Kluytmans, 2001, p. 295]. Essentieel voor het succes van een evaluatiegesprek is de tijdige voorbereiding. Medisch specialisten dienen zich te verdiepen in de gegevens uit het portfolio [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. De beoordeelde is hierdoor beter in staat een verklaring te geven voor zijn functioneren en zijn geleverde prestaties. De gespreksleider brengt daarentegen de beoordelingen van de verschillende informatiebronnen ter sprake. Tijdens deze fase is de gespreksleider diegene die verantwoordelijk is voor het adequaat behandelen van alle zeven kerncompetenties [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. Nadat de beoordelingen zijn behandeld wordt tijdens de derde fase van het gesprek conclusies getrokken uit deze beoordelingen. Uit deze conclusies zal blijken welke competenties de beoordeelde medisch specialist voldoende heeft ontwikkeld en waaraan meer aandacht besteedt moet worden. In de vierde fase van het gesprek worden afspraken gemaakt over de verdere ontwikkeling van de beoordeelde medisch specialist. Het uitgangspunt in deze fase zijn de conclusies uit fase drie. Er worden in deze fase afspraken gemaakt over het ontwikkelen van de competenties van de medisch specialist. Deze ontwikkel afspraken kunnen worden opgenomen in een Persoonlijk Ontwikkelingsplan [Kluytmans, 2001, p. 295]. In het POP staat weergegeven, welke competenties, op welke manier, worden ontwikkeld. Volgens de Orde van Medisch Specialisten [2008] is het POP een geschikt instrument om de ontwikkeling van medisch specialisten in vast te leggen. In de vijfde fase van het gesprek worden afspraken gemaakt met betrekking tot welke doelen in de komende periode gerealiseerd dienen te worden. Om misverstanden te voorkomen is het verstandig om de gemaakte afspraken schriftelijk vast te leggen [Schoemaker en Koopmans, 2003, p. 147]. Bovendien is een schriftelijk verslag een goed uitgangspunt voor het volgende evaluatiegesprek. De schriftelijke afspraken behoren alleen inzichtelijk te zijn voor de beoordeelde en beoordelaar, waardoor ze niet bewaard dienen te worden in het personeelsdossier [Kluytmans, 2003, p. 147].

Doorgaans blijven de uitkomsten van de functionerings- en beoordelingsgesprekken alleen tussen de medewerker en de leidinggevende. Een aantal medische staven (uit verschillende ziekenhuizen) hebben (naast de individuele terugkoppeling) ook gekozen voor een collectieve terugkoppeling van de individuele evaluaties [Oosterom et al, 2009]. De reden hiervoor is dat het gedrag, de communicatie, het handelen en het functioneren van medisch specialisten mede afhankelijk zijn van de structuur en cultuur van de vakgroep. Tegelijkertijd nemen de waarde en het effect toe bij een collectieve terugkoppeling van evaluaties. Het beleid van de medische staf bepaald in hoeverre de individuele evaluaties worden besproken bij een collectieve terugkoppeling.

Er is een medische staf die besloten heeft om na de individuele terugkoppeling alleen de belangrijkste conclusies collectief te bespreken [Damhuis, 2006]. Daarnaast zijn er ook medische staven die de voorkeur hebben om de hele terugkoppeling van individuen te behandelen op collectief niveau. Uit de resultaten blijkt dat de mate waarin evaluaties op collectief niveau worden teruggekoppeld geen invloed hebben. In beide gevallen veranderd de cultuur naar een meer open cultuur met open verhoudingen [Damhuis, 2006, Oosterom et al, 2009]. Doordat er een meer open cultuur ontstaat, staan de medisch specialisten ook meer open om aangesproken te worden op ongewenst gedrag [Damhuis, 2006]. Aangezien het makkelijker wordt om elkaar aan te spreken, zal door de tijdige bespreking de kans op problemen in de samenwerking en communicatie verminderen. Een andere meerwaarde van de collectieve terugkoppeling is dat medisch specialisten elkaar kunnen ondersteunen bij de verbeterpunten [Oosterom et al, 2009]. Doordat de evaluaties op collectief niveau besproken worden, voelt de hele vakgroep zich meer verantwoordelijk voor het verbeteren van ieders persoonlijke functioneren. Vooraf aan de formulering van het beleid werd weerstand geboden ten aanzien van de collectieve terugkoppeling [Oosterom, 2009]. Diegenen die weerstand boden verkondigden dat collectieve terugkoppeling alleen positief effect zou hebben als de onderlinge verstandhouding binnen maatschappen al goed is. Bij slechte onderlinge verhoudingen zou het zelfs averechts kunnen werken [Hamming et al, 2009]. Maar de angst voor verslechtering van de onderlinge verhoudingen bleek ongegrond, deze zijn samen met het wederzijdse vertrouwen juist versterkt.

3.3.8 Elementen van functionering en beoordeling

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die van belang zijn om de gesloten cultuur binnen ziekenhuizen en maatschappen opener te maken. Voor een opener cultuur en meer open verhoudingen zou rekening gehouden moeten worden gehouden met de volgende elementen:

- *Functioneringssysteem ontwikkelen in samenwerking met de medisch specialisten die door het systeem geevalueerd gaan worden.*
- *Functioneringssysteem ontwikkelen op basis van de competenties uit het CanMEDS 2000 model voor het waarborgen van de validiteit en relevantie.*
- *Benadrukken dat het functioneringssysteem zich richt op het verbeteren van het functioneren van medisch specialisten en de kwaliteit van de gezondheidszorg.*
- *Voorafgaand aan het evaluatiegesprek informatie inwinnen bij de omgeving (medisch specialisten en andere collega's) van de te beoordelen medisch specialist met de MSF of A&A methode.*
- *Ontwikkelen van portfolio's door de medisch specialisten.*
- *Voorafgaand aan het evaluatiegesprek het portfolio raadplegen door de gespreksleider.*

- *Resultaten uit een prestatieanalyse betrekken als input bij het evaluatiegesprek.*
- *Individuele en/of collectieve terugkoppeling van de resultaten, afhankelijk van de vakgroep of maatschap, onder begeleiding van de gespreksleider.*
- *Evaluatiegesprek afsluiten met het vastleggen van SMART-geformuleerde verbeterafspraken in het Persoonlijk Ontwikkelingsplan.*
- *Persoonlijk Ontwikkelingsplan als uitgangspunt nemen bij het volgende beoordelingstraject om de ontwikkeling te beoordelen.*
- *Gespreksleiders dienen van de medische staf van het ziekenhuis te zijn, die zijn opgeleid en getraind op de vereiste vaardigheden.*
- *Gespreksleiders organiseren in een intervisiegroep voor het verbeteren van de evaluatie.*
- *Medisch specialisten vanuit de organisatie ondersteunen bij het ontwikkelen van een portfolio.*

3.4 Professionele cultuur

In deze paragraaf worden HRM activiteiten besproken die mogelijk bijdragen aan het verbeteren van de problemen die worden veroorzaakt door de typische kenmerken van professionals. Uit de content analyse zijn drie van deze kenmerken geïdentificeerd als mogelijke oorzaken.

Onder medisch specialisten heerst een machocultuur, waarmee bedoeld wordt dat het niet gepast is om afspraken te maken over de onderlinge omgang. Doordat niet besproken wordt wie wat als vervelend ervaart en of hoe men benaderd wil worden, neemt de kans op onderlinge frustraties toe. Uiteindelijk kan dit gevolgen hebben voor de onderlinge verhoudingen binnen een vakgroep of maatschap.

Hoewel medisch specialisten zijn opgeleid om zelfstandig te werken en zelfstandig besluiten te nemen, wordt van medisch specialisten verwacht dat zij in toenemende mate samenwerken []. Dit betekent dat het individualistische optreden wat tijdens de opleiding is geleerd botst met de praktijk. Medisch specialisten die bovenmatig individualistisch werken zullen hierop aangesproken worden door de omgeving. Dit zal niet altijd gewaardeerd worden, wat gevolgen kan hebben voor de onderlinge verhoudingen.

De professionele autonomie is inherent aan de functie van medisch specialisten en staat in nauw verband met het individualistische aspect dat zij tijdens de opleiding leren. Met professionele autonomie wordt bedoeld dat medisch specialisten zelfstandig besluiten mogen nemen. Maar een toenemende mate van samenwerking betekent dat medisch specialisten vaker zullen moeten uitleggen waarom bepaalde besluiten worden genomen. Dat geeft aanleiding voor problemen aangezien de professionele autonomie door medisch specialisten als zeer waardevol wordt beschouwd.

De HRM activiteiten die binnen deze paragraaf worden besproken kunnen vermoedelijk een bijdrage leveren aan de problemen die worden veroorzaakt door de kenmerken uit de professionele cultuur. Voor de machocultuur zal gekeken hoe een meer open cultuur gecreëerd kan worden, zodat het acceptabeler wordt om afspraken met elkaar te maken over 'softe' zaken, waaronder de omgang. Voor het creëren van de gewenste openheid zal gekeken worden hoe appraisal en assessment daarin een rol kan spelen. Met functionering en beoordeling dienen de medisch specialisten elkaar te

beoordelen op het functioneren, waardoor meer openheid ontstaat. Er ontstaat vermoedelijk meer ruimte om de omgang bespreekbaar te maken.

De machocultuur is vermoedelijk te beperken door nieuwe medisch specialisten na aanname op de hoogte te stellen van de geldende omgangsregels. Door het verstrekken van de geldende omgangsregels is voor de nieuwe medisch specialist duidelijk wat verwacht wordt. Voor het kenbaar maken van de regels zal gekeken worden hoe het introductieprogramma daarin kan ondersteunen.

Aangezien de toenemende samenwerking het probleem is voor zowel het individualistisch optreden als de professionele autonomie, wordt een verbeteroplossing voorgesteld die geldt voor beide gevallen. Voor samenwerking is een open cultuur nodig, waarin ruimte is voor overleg en discussie. Om deze botsende situatie te verbeteren zal daarom gekeken worden hoe appraisal and assessment een opener cultuur kan creëren voor medisch specialisten. Met een open cultuur wordt het makkelijker om elkaar aan te spreken op de inbreng van de samenwerking.

Het bovenmatig individualistisch en autonoom optreden zal vermoedelijk te beperken zijn door een nieuwe medewerker duidelijk te maken dat de nadruk binnen de organisatie ligt op samenwerking. Om te benadrukken hoe belangrijk de samenwerking is binnen een vakgroep of maatschap zal gekeken worden hoe het socialisatieproces van een nieuwe medisch specialist beïnvloed kan worden.

3.4.1 De rol van functionering en beoordeling in de professionele cultuur ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse blijkt dat er onder medisch specialisten een machocultuur kan heersen. In de machocultuur is geen ruimte om afspraken met elkaar te maken over de onderlinge omgang. Doordat er geen ruimte is om met elkaar te praten en expliciete afspraken te maken over de omgang neemt de kans op onderlinge irritaties toe. Met het ontbreken van omgangsregelingen is onduidelijk hoe men elkaar moet benaderen en kan ook geen rekening gehouden worden met aspecten wat anderen irriteert.

De content analyse heeft tevens laten zien dat de toenemende mate van samenwerking botst met de professionele autonomie en het individualistisch werken. Bij samenwerking wordt verwacht dat men elkaar op de hoogte houdt van de ontwikkelingen en dat overleg gepleegd wordt voordat actie ondernomen wordt. Aangezien medisch specialisten voorheen voornamelijk getraind zijn op het individueel besluiten nemen en daarbij gebruikmakend van de professionele autonomie, zal het wennen zijn om voor de samenwerking daarin te moeten 'inleveren'.

In deze paragraaf wordt voor beide aspecten bekeken hoe appraisal and assessment ingezet kan worden. In geval van de machocultuur zal gekeken worden hoe functionering en beoordeling ruimte kan creëren voor het maken van expliciete afspraken over de omgangsnormen. Voor het bovenmatig individualistische werken en de professionele autonomie zal gekeken worden hoe dit met functionering en beoordeling beperkt kan worden.

Literaire bevindingen

Voor het bespreken van gevoelige onderwerpen binnen een werkgroep zijn een open cultuur en open verhoudingen noodzakelijk. In deze context worden de omgangsregelingen voor medisch specialisten aangemerkt als zo'n gevoelig onderwerp. Een medisch specialist zal vermoedelijk niet snel het onderwerp omgangsregelingen aansnijden binnen een maatschap waar een echte

machocultuur heerst. Voor het bespreken van en het afspraken maken over de omgangsregelingen dient eerst een open cultuur met open verhoudingen gecreëerd te worden.

Uit de professionele literatuur blijkt dat een beoordelingstraject een eerste bijdrage kan leveren aan het creëren van een open cultuur en open verhoudingen binnen maatschappen [Damhuis, 2006, Oosterom et al, 2009]. Volgens de maatschappen waarin het beoordelingstraject heeft plaatsgevonden was vrijwel direct na afronding een verandering in de cultuur waar te nemen. De verhoudingen zijn ten opzichte van elkaar meer open geworden, wat resulteert in meer waardering en belangstelling voor elkaar, maar ook een toenemende aanspreekbaarheid op ongewenst gedrag [Damhuis, 2006]. De reden dat de sfeer verbeterd binnen de vakgroep is dat kleine problemen ter sprake komen en worden uitgesproken. Uit de literatuur blijkt dat het beoordelingstraject ook wel wordt aangemerkt als vorm van jaarlijks onderhoud van de maatschap [Oosterom et al, 2009].

Het is belangrijk voor organisaties om periodiek informatie uit te wisselen en besluiten te nemen over de organisatie [Schoemaker en Koopmans, 2003, p. 158]. Een van onderdelen hiervan betreft het maken van afspraken over de omgangsnormen, aangezien het ontbreken ervan kan leiden tot problemen. Het bespreken van de omgangsnormen vereist een goede sfeer met open verhoudingen tussen de medisch specialisten. Door het inzetten van functionering en beoordeling is het mogelijk om de onderlinge verhoudingen te verbeteren en een open cultuur te creëren. Wanneer de onderlinge verhoudingen goed zijn, is het noodzakelijk om de 'omgangsnormen' ook daadwerkelijk te bespreken. Daarom zou periodiek ruimte ingepland moeten worden om de omgangsnormen te bespreken. In de praktijk blijkt het functioneren van de maatschap, waartoe ook de omgangsnormen behoren, besproken te worden wanneer de individuele beoordelingen in de vakgroep worden besproken. Het bespreken van het functioneren de vakgroep blijkt namelijk een goede aanvulling op de individuele beoordelingen [Rodenburg et al, 2008]. Door bij de terugkoppeling standaard ruimte te reserveren voor het bespreken van het functioneren van de vakgroep, kan dit niet vergeten worden. Dit betekent wel dat de individuele beoordelingen op collectief niveau in de vakgroep wordt teruggekoppeld.

Hoewel het niet verplicht is om de individuele resultaten te bespreken op collectief niveau in de maatschap, blijkt dit wel effectief bij te dragen aan de sfeer in de maatschap [Oosterom et al, 2009, Damhuis, 2006]. Als de hele vakgroep betrokken wordt bij de terugkoppeling van de individuele feedback, gaat de hele vakgroep zich verantwoordelijk voelen voor elkaars functioneren. Dat verantwoordelijkheidsgevoel is effectief, aangezien het individuele functioneren mede afhankelijk is van de cultuur en attitude in de vakgroep. Na een collectieve terugkoppeling in de vakgroep zijn de collega's beter in staat de medisch specialist te ondersteunen bij het verbeteren van diens functioneren [Karssemeijer et al, 2007]. Door elkaar meer te betrekken bij het functioneren, wordt ook een positieve bijdrage aan de cultuur geleverd.

Medisch specialisten worden in toenemende mate geconfronteerd met samenwerking in de vakgroep en in multidisciplinaire teams. In welk samenwerkingsverband medisch specialisten ook moeten samenwerken, het heeft altijd gevolgen voor het individualistisch optreden en de professionele autonomie. Medisch specialisten zijn voor de komst van het CanMEDS 2000 model opgeleid om zelfstandig besluiten te nemen en de professionele autonomie te gebruiken, waaraan veel waarde wordt gehecht [Witman, 2007, p. 20]. Door de toenemende samenwerking is meer

overleg en het afleggen van verantwoording vereist, waardoor het individualistisch optreden en de professionele autonomie afnemen.

Voor het beperken van het bovengemiddeld individualistisch en autonoom werken kan functionering en beoordeling ingezet worden. Een beoordelingstraject is erop gericht het functioneren van een medisch specialist te verbeteren [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. Dit betekent dat als door de omgeving wordt ervaren dat een medisch specialist bovengemiddeld individualistisch en autonoom werkt, dit als verbeterpunt naar voren komt in het beoordelingstraject.

Voor een effectieve functioneringsbeoordeling is het noodzakelijk dat vooraf aan het evaluatiegesprek een grondige analyse plaatsvindt ten aanzien van de te beoordelen medisch specialist [Kluytmans, 2001, p. 294]. De reden voor een grondige analyse is al eerder besproken en wordt niet nogmaals genoemd. Een grondige analyse vereist het inwinnen en verzamelen van informatie bij verschillende bronnen [Kluytmans, 2001, p. 294]. Om een realistisch en compleet beeld te krijgen van het functioneren van een medisch specialist is het noodzakelijk dat zowel de medisch specialist zelf als de werkomgeving wordt betrokken in de informatievoorziening. Bij het opsporen van negatieve gedragingen, zoals het bovenmatig individualistisch en autonoom werken, zal de rol van de werkomgeving een zeer belangrijke rol spelen. Medisch specialisten die bovenmatig individualistisch werken hebben waarschijnlijk het idee dat zij prima functioneren, anders zouden ze het wel anders doen. De rol van de informatievoorziening door de werkomgeving blijkt inderdaad waardevol, aangezien bij trajecten in de praktijk is gebleken dat personen minder kritisch naar zichzelf kijken dan de werkomgeving [Hamming et al, 2009]. Successen worden doorgaans gewijkt aan de medewerker zelf, terwijl mislukkingen daarentegen gewijkt worden aan externe factoren [Kluytmans, 2001, p. 294].

Uit evaluaties van de Orde van Medisch Specialisten [2008] blijkt dat bij het beoordelen van medisch specialisten waarde gehecht wordt aan de oordelen van zowel medisch specialisten als andere directe collega's. Voor het inwinnen van de feedback is het noodzakelijk dat gebruik gemaakt wordt van een passende methode. Zoals al eerder besproken, stelt de Orde van Medisch Specialisten [2008] dat gebruik gemaakt moet worden van de MSF of A&A methode. Beide methoden winnen informatie in over het functioneren van een medisch specialist bij zowel de medisch specialisten als andere collega's uit de werkomgeving. Voor een valide en relevante beoordeling op het functioneren van medisch specialisten zouden de zeven competenties uit het CanMEDS 2000 model centraal gesteld moeten worden. Voor het beperken van het bovenmatig individualistisch optreden is de competentie samenwerking relevant. Medisch specialisten worden bij de samenwerking als competent aangemerkt, indien zij bewust zijn van hun eigen beperkingen in de kennis, vaardigheden en ervaringen. Tegelijkertijd dienen zij bereid te zijn tot overleg met collegae en patienten indien nodig door te verwijzen, waardoor een bijdrage wordt geleverd aan de multidisciplinaire samenwerking [KNMG, 2004].

De werkomgeving van de te beoordelen medisch specialisten krijgt hiermee de gelegenheid de competentie 'samenwerking' te evalueren. Medisch specialisten die bovenmatig individualistisch en autonoom werken zullen naar aanleiding van de evaluatie erop gewezen worden de competentie samenwerking te verbeteren. De eigen reflectie en de feedback op de competentie samenwerking zal vervolgens in een evaluatiegesprek door de gespreksleider worden teruggekoppeld aan de beoordeelde medisch specialist [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. In een evaluatiegesprek

wordt de eigen reflectie en de feedback uit de omgeving op de competentie samenwerking met elkaar vergeleken. Indien nodig worden afspraken gemaakt om de competentie samenwerking verder te ontwikkelen, waarbij concrete acties worden gekoppeld aan de reflecties en feedback [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. De acties voor het verbeteren van de competentie samenwerking zijn de aanzet voor het Persoonlijk Ontwikkelingsplan, waarin staat welke competenties op welke manier worden ontwikkelt de komende periode [Kluytmans, 2001 p. 295]. Om bij een volgend beoordelingstraject te beoordelen of een medisch specialist daadwerkelijk zijn competentie samenwerking heeft ontwikkeld, zijn SMART geformuleerde verbeterdoelstellingen noodzakelijk. SMART geformuleerde doelstellingen maken het mogelijk dat de vooruitgang in de ontwikkeling door iedereen te beoordelen is [Orde van Medisch Specialisten, 2008]. Het Persoonlijk Ontwikkelingsplan dient als uitgangspunt bij het volgende beoordelingstraject.

3.4.2 Elementen van functionering en beoordeling

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die van belang zijn voor het bespreekbaar en afspraken maken van omgangsregelingen. Voor het bespreekbaar en afspraken maken van omgangsregelingen zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Inzetten van het instrument beoordelen voor medisch specialisten.*
- *Collectieve terugkoppeling van de individuele beoordelingen.*
- *In de collectieve terugkoppeling tijd besteden aan het bespreken van het functioneren van de vakgroep, waaronder de omgangsnormen.*

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die het bovenmatig individualistisch werken zouden moeten verminderen. Voor het verminderen van het bovenmatig individualistisch en autonoom werken zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Inzetten van het instrument beoordelen voor medisch specialisten.*
- *Voorafgaand aan het evaluatiegesprek informatie inwinnen bij de omgeving (medisch specialisten en andere collega's) van de te beoordelen medisch specialist met de MSF of A&A methode.*
- *Ontwikkelen van portfolio's door de medisch specialisten.*
- *Voorafgaand aan het evaluatiegesprek het portfolio raadplegen door de gespreksleider.*
- *Centraal stellen van de competentie 'samenwerking' uit het CanMEDS 2000 model bij het beoordelen van de mate waarin een medisch specialist individualistisch optreedt.*
- *Individuele en/of collectieve terugkoppeling van de resultaten, afhankelijk van de vakgroep of maatschap, onder begeleiding van de gespreksleider.*
- *Evaluatiegesprek afsluiten met het vastleggen van SMART-geformuleerde verbeterafspraken ten behoeve van de competentie 'samenwerking' in het Persoonlijk Ontwikkelingsplan.*
- *Persoonlijk Ontwikkelingsplan als uitgangspunt nemen bij het volgende beoordelingstraject om de ontwikkeling te beoordelen.*

3.4.3 Gevolgen van functionering en beoordeling voor de professionele cultuur

De HRM activiteit functionering en beoordeling heeft gevolgen voor de professionele cultuur, waardoor de medisch specialisten worden gekenmerkt. Eerder al is besproken dat de medische

professionals en daarmee de professionele cultuur worden gekenmerkt door vijftal kenmerken [Witman, 2007, p. 20-21]. Een van de kenmerken die door de HRM activiteit functionering en beoordeling wordt aangetast is de collegialiteit die heerst onder de medisch specialisten. De medisch specialisten behoren loyaal te zijn naar zowel individuele collega's als vakgroepen of maatschappen, dienen elkaar niet te controleren en behoren elkaar geen openlijke kritiek te geven [Witman, 2007, p. 100-111].

De HRM activiteit functionering en beoordeling botst met het principe van de collegialiteit. Als eerste botst deze activiteit met het principe dat medisch specialisten elkaar niet dienen te controleren op elkaars werkzaamheden. Hoewel de medisch specialisten elkaar niet direct controleren, wordt er wel verwacht dat er feedback wordt geleverd op het functioneren. De omgeving van een bepaalde medisch specialist, moet diegene toch kunnen beoordelen. Dit betekent dat de collega's wel moeten opletten op het functioneren van de medisch specialist, om feedback te kunnen leveren. Hoewel het geen directe controle is, zal de omgeving indirect beter opletten op het functioneren van de betreffende medisch specialist. Als tweede behoren medisch specialisten elkaar niet te bekritisieren op elkaars functioneren. Dit is juist het doel van de HRM activiteit functionering en beoordeling. Het gaat dan wel niet het openlijk uiten van kritiek, maar ook het leveren van anonieme feedback is kritiek.

De HRM activiteit functionering en beoordeling heeft ook gevolgen voor de autonomie van de medische specialist. HRM is een management instrument dat vaak gepaard gaat met het afleggen van verantwoordelijkheid, wat voor medisch specialisten gelijk staat aan een afname van de professionele autonomie [Witman, 2007, p. 22-23]. De professionele autonomie neemt inderdaad af dankzij de functionering en beoordeling, aangezien zij zichzelf dienen te verantwoorden voor de ontvangen feedback uit de omgeving. Op basis van de feedback dienen de medisch specialisten uiteindelijk een ontwikkelingsplan voor zichzelf op te stellen. Volgens dat ontwikkelingsplan zullen de medisch specialisten zich gaan ontwikkelen, waarvoor zij ook weer verantwoording dienen af te leggen. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden in de vorm van reflecties, waarin zij uitleggen in hoeverre de medisch specialist zichzelf heeft ontwikkeld en waaruit dat bijvoorbeeld blijkt.

Hoewel het aannemelijk is om te bedenken dat de zelfregulatie van de medische professie wordt aangetast, is dit niet helemaal het geval. De medische professie heeft laten weten dat zij bereid zijn mee te werken aan beoordelingen, onder de voorwaarde dat zij een centrale rol zouden spelen in de ontwikkeling en uitvoering van het beoordelingssysteem [Orde van Medisch Specialisten, 2008].

3.4.4 De rol van socialisatie in de professionele cultuur ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat in een machocultuur geen ruimte is voor afspraken ten aanzien van 'softe' zaken. Hiermee wordt binnen dit onderzoek concreet bedoeld op afspraken met betrekking tot de onderlinge omgang tussen medisch specialisten. Bij afspraken ten aanzien van de omgang kan gedacht bijvoorbeeld gedacht worden aan ziekteverzuim, over hoe men met klachten omgaat in de maatschap of over hoe men elkaar betreft bij het werk. Vakgroepen of maatschappen zouden de omgangsregels (indien zij die hebben) bij aanname van een nieuwe medisch specialist moeten verstrekken. Nieuwe medewerkers weten wat de verwachtingen zijn en dat machogedrag niet wordt gewaardeerd.

De content analyse heeft aangetoond dat bovenmatig individualistisch en autonoom werken kan zorgen voor problemen binnen een vakgroep of maatschap. Terwijl de medisch specialisten

voorheen werden opgeleid om zelfstandig besluiten te nemen, wordt nu in toenemende mate onderlinge samenwerking verwacht. Hoewel medisch specialisten gehecht zijn aan hun professionele autonomie, betekent deze toenemende samenwerking dat zij hierop moeten inleveren.

In deze paragraaf wordt voor beide aspecten bekeken hoe het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten beïnvloed kan worden door de organisatie. Om het bovenmatig individualistisch en autonoom werken te beperken zal gekeken worden welke socialisatiestrategie voor het introductieprogramma toegepast moet worden om dit te realiseren.

Literaire bevindingen

Een organisatie moet zich realiseren dat het met het verstrekken van informatie tijdens de werving en selectie een belangrijke boodschap verstrekt. De werving en selectie behoort tot de eerste fase van het socialisatieproces. Gedurende deze fase is het voor het aantrekken van de juiste personen belangrijk dat realistische informatie wordt verstrekt [Kluytmans, 2001, p. 158, Feldman, 1981]. Met een realistisch beeld van een organisatie is een persoon namelijk beter in staat te kiezen welke organisatie past bij diens behoeften. Tegelijkertijd zal de aanpassing aan de vakgroep of maatschap soepeler verlopen. Het verstrekken van realistische informatie over de organisatie tijdens de werving en selectie zou een bijdrage kunnen leveren aan het beperken van het bovenmatig individualistisch en autonoom optreden of het beperken van de machocultuur. Realistische informatie is door de vakgroep of maatschap al te verstrekken vanaf het eerste contact met de buitenwereld. Een organisatie kan deze informatie verstrekken met bijvoorbeeld een vacature of door informatie te verspreiden op professionele conventions. Door te benadrukken dat veel waarde gehecht wordt aan samenwerking wordt duidelijk dat bovenmatig individualistisch optreden niet gewaardeerd zal worden. Deze strategie is uiteraard niet alleen inzetbaar voor het beperken van het bovenmatig individualistisch optreden. Het kan ook ingezet worden om andere kenmerken te beperken of juist te stimuleren, zoals het beperken van machogedrag binnen een vakgroep of maatschap. De informatie uit de wervingsboodschap trekt die personen aan die het gevoel hebben bij de organisatie te passen [Feldman, 1981].

Naast een realistische informatieverstrekking, kunnen organisaties het socialisatieproces van medewerkers na aanname op actieve wijze beïnvloeden. Zoals u al eerder heeft kunnen lezen, kunnen organisaties ervoor kiezen om medewerkers bij aanname een introductieprogramma aan te bieden. Hoewel relatief weinig tijd en geld wordt geïnvesteerd in de introductie in vergelijking met de werving en selectie, biedt een introductie belangrijke voordelen [Kluytmans, 2001, p. 156, Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 64]. Medewerkers die een introductie doorlopen voelen zich meer welkom, zijn productiever en maken minder fouten. Een introductie biedt de nieuwe medewerker de gelegenheid de organisatie te leren kennen, waarbij niet alleen gedacht moet worden aan de nieuwe collega's, maar ook aan de structuur, cultuur en afspraken en procedures [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 64, Moreels, 2003, p. 67]. De manier waarop de gewenste houding en cultuur van een nieuwe medewerker te beïnvloeden zijn, zijn al eerder besproken in dit rapport. Daar is aan de hand van de zes dimensies van van Maanen en Schein een socialisatiestrategie geformuleerd die de gewenste houding en culturele kenmerken probeert te stimuleren. Het ontmoedigen van het bovenmatig individualistisch werken behoort ook tot de gewenste houding en culturele kenmerken, waardoor deze strategie hier niet nogmaals wordt besproken.

Afspraken en procedures, waaronder de omgangsregelingen, zijn doorgaans schriftelijk vastgelegd. Hoewel schriftelijke vastlegging verspreiding eenvoudig maakt, is de effectiviteit beperkt zonder een aanvullend introductieprogramma [Kluytmans, 2001, p. 164]. Ook het verspreiden van te veel schriftelijke informatie heeft beperkt effect, aangezien de nieuwe medewerker dan het overzicht verliest wat als belangrijk wordt beschouwd binnen de maatschap [Kluytmans, 2001, p. 164]. Naast schriftelijke verspreiding van de geldende omgangsregelingen zijn de informele contacten met directe collega's een belangrijke bron van informatie [Kluytmans, 2001, p. 164]. Nieuwe medewerkers kunnen de directe collega's op informele wijze vragen hoe zij omgaan met bepaalde situaties. Doordat de huidige medewerkers een belangrijke bron van informatie zijn, is het belangrijk dat bij het samenstellen van een introductieprogramma genoeg ruimte wordt gecreëerd voor contact met deze medewerkers [Kluytmans, 2001, p. 164]. Organisaties kunnen nieuwe medewerkers ook een mentor toewijzen als rolmodel [Kluytmans, 2001, p. 161]. Een mentor kan de schriftelijke verspreiding van regels ondersteunen, doordat de nieuwe medewerker de toegewezen mentor als voorbeeld zal beschouwen. Bij een goede verhouding tussen de nieuwe medewerker en de mentor zal de nieuwe medewerker de eigenschappen snel overnemen. Er is al eerder uitvoerig beargumenteerd hoe de informele contacten en het toekennen van een mentor kunnen bijdragen aan het overnemen van culturele normen en waarden. Tot die culturele normen en waarden behoren ook de omgangsnormen en het samenwerken.

3.4.5 Elementen van socialisatie

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die van belang zijn om de geldende omgangsregelingen kenbaar te maken bij nieuwe medewerkers. Voor het kenbaar maken van de geldende omgangsregelingen bij nieuwe medewerkers zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Realistische informatie verstrekken over de organisatie tijdens de werving en selectie.*
- *Schriftelijke informatie beperkt verstrekken en met ondersteuning van een aanvullend introductieprogramma.*
- *Ruimte inplannen in de introductie voor informeel contact tussen nieuwe medewerker en collega's*
- *Nieuwe medewerker een mentor toekennen in het kader van de introductie.*

3.5 Organisatiestructuur

In deze paragraaf worden HRM activiteiten besproken die mogelijk bijdragen aan het verbeteren van problemen die voortkomen uit de organisatiestructuur van maatschappen.

De content analyse heeft aangetoond dat de platte organisatiestructuur van maatschappen een belangrijke oorzaak is voor problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. Doordat geen sprake is van hiërarchie tussen de maten, heeft geen van de maten het recht om in te grijpen bij problemen of gemaakte fouten. Hierdoor kunnen zich problemen tussen de medisch specialisten voor een langere periode voordoen, zonder dat ingegrepen wordt.

Uit de content analyse is gebleken dat de impliciet afspraken, die vaak gelden binnen maatschappen, voor problemen kunnen zorgen. Deze impliciete afspraken waren voorheen hanteerbaar in een maatschap die bestaat uit twee of drie medisch specialisten. Tegenwoordig bestaan maatschappen steeds vaker uit negen of tien mensen, waardoor expliciete afspraken vereist zijn voor het functioneren van de maatschap.

De HRM activiteiten die binnen deze paragraaf besproken worden kunnen vermoedelijk een bijdrage leveren aan de oorzaken die gerelateerd zijn aan de organisatiestructuur van de maatschap.

Met een platte organisatiestructuur verkrijgt geen van de maten leiding vanuit de hiërarchie. Hierdoor is het noodzakelijk om zaken op een andere manier te benaderen dan vanuit de hiërarchische positie. Een manager uit een organisatie heeft de bevoegdheid om uiteindelijk besluiten te nemen, om bijvoorbeeld problemen op te lossen. Binnen maatschappen is dit niet mogelijk. Vermoedelijk zou de activiteit functionering en beoordeling een bijdrage kunnen leveren aan het creëren van een open cultuur. In een open cultuur zal er sprake zijn van open verhoudingen en een goede sfeer, waardoor alle personen vermoedelijk sneller achter een besluit gaan staan om daarmee het probleem op te lossen.

Bij een functionering en beoordeling traject wordt van medisch specialisten verwacht dat men elkaar feedback levert op het functioneren. Dit betekent dat in die feedback problemen aangehaald en bespreekbaar gemaakt kunnen worden, zonder dat er gebruik gemaakt wordt van een hiërarchische positie.

Om effectiever te werken is het noodzakelijk dat iedere medisch specialist op de hoogte is van de geldende afspraken binnen een vakgroep of maatschap. Om te zorgen dat de impliciet afspraken een meer expliciet karakter krijgen, zouden als eerste de nieuwe medisch specialisten moeten worden voorzien van de geldende afspraken. De mate van de explicietheid zal vermoedelijk gedeeltelijk afhangen van hoe nieuwe medisch specialisten worden voorzien van deze informatie. Daarom zal gekeken worden hoe een organisatie aandacht kan besteden aan het verstrekken van de geldende afspraken tijdens het introductieprogramma van een nieuwe medisch specialist.

Voor het verstrekken van afspraken is het belangrijk dat ze ook daadwerkelijk waarde toevoegen voor de organisatie. Dat betekent dat de gemaakte afspraken periodiek gecontroleerd moeten worden op effectiviteit, zodat ze niet opnieuw een impliciet karakter krijgen. Om te voorkomen dat de afspraken opnieuw een impliciet karakter krijgen, als gevolg van dat ze niet meer actueel zijn na verloop van tijd, zal gekeken worden hoe het werkoverleg daarin kan bijdragen.

3.5.1 De rol van functionering en beoordeling in de organisatie structuur ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat de platte organisatiestructuur van maatschappen problemen kan veroorzaken in de samenwerking en communicatie. De oorzaak is dat geen van de medisch specialisten uit de maatschap de bevoegdheid heeft besluiten te nemen over de organisatie, zoals een manager dat doet in het bedrijfsleven. Bij maatschappen ontbreekt de hiërarchie, waardoor zwart wit gezien, niemand officieel, de leiding kan nemen om besluiten te nemen. Om te voorkomen dat er problemen ontstaan door het ontbreken van de hiërarchie, is het noodzakelijk dat situaties tijdig bespreekbaar gemaakt worden om daar vervolgens gezamenlijk een oplossing voor te creëren. Hierdoor worden jarenlange verstoorde verhoudingen mogelijk voorkomen.

In deze paragraaf wordt aan de hand van literatuur gekeken hoe functionering en beoordeling een rol kan spelen bij het tijdig bespreekbaar maken van problemen en het creëren van oplossingen binnen de maatschap.

Literaire bevindingen

Het doel van het inzetten van een beoordelingstraject in deze paragraaf is om meer open verhoudingen en een meer open cultuur te ontwikkelen binnen een maatschap. Inmiddels hebben resultaten uit de praktijk aangetoond dat zo'n beoordelingstraject daadwerkelijk een bijdrage kan leveren aan het creëren van open verhoudingen en open cultuur [van Oosterom et al, 2009]. Door de gecreëerde openheid is gebleken dat gevoelige onderwerpen en problemen beter bespreekbaar zijn en dat medisch specialisten elkaar sneller aanspreken op elkaars gedrag [van Oosterom et al, 2009]. Normaal gesproken is de leidinggevende verantwoordelijk voor het functioneren van een team met medewerkers. Als er problemen binnen dat team zijn, kan dat aangegeven worden bij de leidinggevende die vervolgens maatregelen zal treffen om die onderlinge problemen op te lossen. Doordat in een maatschap geen van de medisch specialisten officieel bevoegd is, kan geen van hen besluiten individueel maatregelen te treffen. Binnen maatschappen geldt dat de meeste, of soms zelfs alle, medisch specialisten achter een besluit moeten staan [de Bruijn en van Beek, 2001, p. 94]. Hoe groter de maatschap, des te lastiger het wordt dat alle medisch specialisten achter hetzelfde besluit staan [de Bruijn en van Beek, 2001, p. 94]. En dat zal met onderlinge problemen nog lastiger worden, daarom is het belangrijk om te zorgen dat er binnen de maatschap een open cultuur wordt gecreëerd met een goede sfeer. Beoordelingstrajecten kunnen daarin vermoedelijk ondersteuning bieden. Medisch specialisten dienen elkaars functioneren te beoordelen aan de hand van feedback. Uit de feedback zal blijken aan welke punten de medisch specialist meer aandacht dient te schenken en wat diens verbeterpunten zijn. Hierdoor wordt een cultuur gecreëerd waarin de medisch specialisten ook openstaan om feedback te krijgen op het functioneren, waardoor het vanzelf makkelijker wordt. Door de verbeterde cultuur en sfeer kunnen problemen worden besproken en neemt de kans toe dat de maatschap sneller tot een gezamenlijk besluit komt. In de HRM literatuur staat voor zover nergens weergegeven hoe te handelen in zulke situaties. Organisaties uit het bedrijfsleven worden ten slotte niet met deze problemen geconfronteerd, doordat de manager uiteindelijk de bevoegdheid heeft om te besluiten hoe problemen bijvoorbeeld worden aangepakt.

Er is reeds besproken hoe het proces van functionering en beoordeling eruit ziet en hoe dit ingezet kan worden voor het creëren van een open cultuur. Aangezien binnen deze paragraaf ook het doel

is om onderwerpen eerder bespreekbaar te maken, door het creëren van open verhouding en een open cultuur, worden de literaire bevindingen niet nogmaals opgesomd. Deze literaire bevindingen bevatten grote overeenkomsten, waardoor het opnieuw opsommen van deze bevindingen geen relevante waarde zal hebben. Wel worden de relevante elementen voor de checklist weergegeven in de volgende paragraaf voor het overzicht.

3.5.2 Elementen van functionering en beoordeling

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren voor het creëren van open verhoudingen die van belang zijn bij het oplossen van problemen bij hiërarchisch gelijkwaardige verhoudingen. Voor een opener cultuur en meer open verhoudingen zou rekening gehouden moeten worden gehouden met de volgende elementen:

- *Functioneringssysteem ontwikkelen in samenwerking met de medisch specialisten die door het systeem geevalueerd gaan worden.*
- *Functioneringssysteem ontwikkelen op basis van de competenties uit het CanMEDS 2000 model voor het waarborgen van de validiteit en relevantie.*
- *Benadrukken dat het functioneringssysteem zich richt op het verbeteren van het functioneren van medisch specialisten en de kwaliteit van de gezondheidszorg.*
- *Voorafgaand aan het evaluatiegesprek informatie inwinnen bij de omgeving (medisch specialisten en andere collega's) van de te beoordelen medisch specialist met de MSF of A&A methode.*
- *Ontwikkelen van portfolio's door de medisch specialisten.*
- *Voorafgaand aan het evaluatiegesprek het portfolio raadplegen door de gespreksleider.*
- *Resultaten uit een prestatieanalyse betrekken als input bij het evaluatiegesprek.*
- *Individuele en/of collectieve terugkoppeling van de resultaten, afhankelijk van de vakgroep of maatschap, onder begeleiding van de gespreksleider.*
- *Evaluatiegesprek afsluiten met het vastleggen van SMART-geformuleerde verbeterafspraken in het Persoonlijk Ontwikkelingsplan.*
- *Persoonlijk Ontwikkelingsplan als uitgangspunt nemen bij het volgende beoordelingstraject om de ontwikkeling te beoordelen.*
- *Gespreksleiders dienen van de medische staf van het ziekenhuis te zijn, die zijn opgeleid en getraind op de vereiste vaardigheden.*
- *Gespreksleiders organiseren in een intervisiegroep voor het verbeteren van de evaluatie.*
- *Medisch specialisten vanuit de organisatie ondersteunen bij het ontwikkelen van een portfolio.*

3.5.3 Gevolgen van functionering en beoordeling voor de organisatiestructuur van maatschappen en ziekenhuizen

De HRM activiteit functionering en beoordeling botst met de kenmerken van de organisatiestructuur van maatschappen. De organisatiestructuur van maatschappen kent geen hiërarchische arbeidsrelaties [de Bruijn en van Beek, 2001, p. 94]. Dit betekent dat de maten uit de maatschap elkaar niet kunnen dwingen tot het afleggen van verantwoording. Met de implementatie van een beoordelingsbeleid, kan daar verandering in komen. De medisch specialisten dienen op basis van de feedback uit de omgeving, een ontwikkelingsplan op te stellen. In zo'n persoonlijk ontwikkelingsplan dient verantwoording afgelegd te worden over welke competenties iemand zal ontwikkelen, hoe en in welk tijdsbestek. In hoeverre verantwoording afgelegd dient te worden binnen de maatschap

hangt ook af van hoe het beoordelingsbeleid is geïmplementeerd door het medisch stafbestuur. Als de beoordeling anoniem is, zal er minder verantwoording afgedwongen kunnen worden door de maatschap. Maar als de maatschap heeft besloten tot een collectieve terugkoppeling van de individuele resultaten, is de verantwoording juist groot. Alle medisch specialisten kunnen elkaar confronteren om verantwoording af te leggen over hoe bepaalde zaken zitten. Ook kan tussentijds eenvoudiger om verantwoording worden gevraagd over bijvoorbeeld de voortgang van de persoonlijke ontwikkeling.

Met de HRM activiteit functionering en beoordeling beschikt het ziekenhuis over een instrument waarmee zij medisch specialisten tot de orde kan roepen. Dit betekent dat de machtige positie die de medisch specialisten bekleden binnen ziekenhuizen [Mintzberg, 19810], iets minder machtig zal worden. Op het moment dat uit een beoordeling blijkt dat een medisch specialist wegens individualistisch gedrag niet goed functioneert, is deze medisch specialist verplicht zijn competentie samenwerking te verbeteren. Voorheen hadden de ziekenhuizen geen sanctie instrument om de medisch specialisten hiertoe te verplichten. Maar met de inzet van functionering en beoordeling zal het afleggen van verantwoording beter af te dwingen zijn. Hoewel de functionering en beoordeling niet het doel heeft om disfunctioneren aan te tonen, zal het wel eerder opgespoord worden. Het traject stopt bij disfunctioneren, het disfunctioneren wordt gemeld bij een commissie en deze zal de medisch specialist ter verantwoording roepen. Uiteindelijk kan dit leiden tot het ontslag van een medisch specialist.

3.5.4 De rol van introductie en socialisatie in de organisatie structuur ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat impliciete afspraken binnen maatschappen kunnen leiden tot problemen in de samenwerking en communicatie. Impliciete afspraken zijn hanteerbaar in groepen die uit een beperkt aantal bestaan, zoals vroeger de maatschappen. Vroeger bestonden maatschappen uit twee tot drie medisch specialisten, terwijl de omvang tegenwoordig is toegenomen tot gemiddeld zo'n negen of tien medisch specialisten. De toenemende omvang van maatschappen heeft ervoor gezorgd dat impliciet afspraken niet meer hanteerbaar zijn.

In deze paragraaf zal aan de hand van literatuur worden bekeken worden hoe het beïnvloeden van het socialisatieproces een bijdrage kan leveren aan het expliciet maken van de momenteel impliciet geldende afspraken.

Literaire bevindingen

Voordat van medewerkers verwacht kan worden dat zij handelen conform de geldende afspraken, is het noodzakelijk dat nieuwe medewerkers geïnformeerd worden over de afspraken. Afspraken moeten daarom duidelijk geformuleerd en te raadplegen zijn. De eerste stap om afspraken een meer expliciet karakter te geven is door (meer) aandacht besteden aan de geldende afspraken in de eerste werkweek van een nieuwe medewerker.

Het benadrukken van de geldende afspraken in een organisatie is te realiseren door deze op te nemen in het introductieprogramma van een nieuwe medewerker. Een introductieprogramma die aandacht vestigt aan de afspraken stelt de nieuwe medewerker in de gelegenheid kennis te maken met de geldende afspraken [Moreels, 2003, p. 67]. Voordat deze afspraken expliciet overgebracht kunnen worden op nieuwe medewerkers, is het noodzakelijk dat overeenstemming wordt bereikt

over de afspraken binnen de maatschap. Het is denkbaar dat als afspraken langdurig impliciet zijn gehanteerd, onduidelijkheid bestaat over de interpretatie ervan. Daarom is het belangrijk dat binnen de maatschap eerst overeenstemming wordt bereikt, voordat de afspraken worden verstrekt aan de nieuwe medewerkers. Het bespreken van de impliciet geldende afspraken binnen de maatschap, draagt tevens bij aan het expliciet maken van de afspraken.

Een organisatie kan de geldende afspraken een expliciet karakter geven door expliciet aandacht te vestigen aan deze afspraken tijdens het introductieprogramma van een nieuwe medewerker. Het expliciete karakter ontstaat doordat een organisatie met een introductieprogramma aangeeft wat als belangrijk wordt beschouwd [Arnds, 2003, p. 4]. De organisatie kan de afspraken schriftelijk verstrekken, maar dient tegelijkertijd te bedenken dat de effectiviteit beperkt is zonder aanvullend introductieprogramma [Kluytmans, 2001, p. 164]. Dit betekent bijvoorbeeld dat de nieuwe medewerker expliciet geïnformeerd moet worden over de afspraken, waarbij de schriftelijke versie te beschouwen is als naslagwerk. Bij het verstrekken van schriftelijke informatie moet de hoeveelheid beperkt worden ten behoeve van de effectiviteit, zodat de medewerker niet het overzicht verliest [Kluytmans, 2001, p. 164]. Naast het verspreiden van schriftelijke informatie zijn informele contacten met directe collega's een belangrijke bron van informatie [Kluytmans, 2001, p. 164]. Een nieuwe medewerker die met onduidelijkheden zit kan zijn collega's om aanvullende informatie vragen. Maar ook de gedragingen van de collega's geven indirect informatie over de afspraken weer. Deze gedragingen laten zien hoe zij invulling geven aan de geldende afspraken. Gezien de bijdrage die medewerkers kunnen leveren als informatiebron, is het belangrijk dat bij het samenstellen van een introductieprogramma genoeg ruimte wordt gecreëerd voor contact met medewerkers [Kluytmans, 2001, p. 164]. Naast de (informele) contacten met directe collega's, kan de organisatie ervoor kiezen om tijdens de introductie een mentor toe te kennen aan een nieuwe medewerker. Het toekennen van een mentor werkt zeer effectief voor het aanleren van gewenst rolgedrag [Kluytmans, 2001, p. 161]. Tijdens evaluatie momenten kan een mentor de nieuwe medewerker expliciet wijzen op de geldende afspraken. Een nieuwe medewerker ontvangt hierdoor constant feedback op diens vertoonde gedrag, waardoor deze constant bewust gemaakt wordt van de geldende afspraken.

3.5.5 Elementen van introductie en socialisatie

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren voor het expliciet maken van impliciet geldende afspraken. Voor het expliciet maken van de impliciet geldende afspraken zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Eenduidige overeenstemming bereiken over de afspraken binnen de organisatie.*
- *Belangrijkste afspraken schriftelijk verstrekken met ondersteuning van een aanvullend introductieprogramma.*
- *Ruimte inplannen in de introductie voor informeel contact tussen nieuwe medewerker en collega's.*
- *Nieuwe medewerker een mentor toekennen in het kader van de introductie.*

3.5.6 Definitie van werkoverleg

Om problemen of misverstanden te voorkomen is het belangrijk dat overleg plaatsvindt binnen een werkgroep. Door overleg te voeren binnen een werkgroep wordt het werkproces efficiënt en effectief gehouden, aangezien daar vaak meerdere mensen bij betrokken zijn [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 157]. Werkoverleg is te definiëren als 'een regelmatige en geregelde vorm van overleg tussen medewerkers en een of meerdere leidinggevendenden'. Het werkoverleg richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van het werk, de arbeidsomstandigheden en de samenwerking [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 157]. Bovendien vergroot werkoverleg de betrokkenheid van de medewerkers [Koeleman, 1997, p. 184]. Uit de definitie van werkoverleg blijkt dat uitgegaan wordt van overleg tussen medewerkers en leidinggevendenden, terwijl binnen maatschappen geen hiërarchische verhoudingen ontstaan. Hiërarchische verhoudingen zijn bovendien geen noodzaak voor werkoverleg. Het gaat erom dat overeenstemming wordt gerealiseerd om een aantal aspecten te verbeteren. Daarom zal werkoverleg binnen dit onderzoek worden aangemerkt als: 'een regelmatige en geregelde vorm van overleg tussen de medisch specialisten binnen een teamverband met als doel het verbeteren van de kwaliteit van werk, de samenwerking en het vergroten van de betrokkenheid bij afspraken'. Het werkoverleg heeft als voordeel dat alle medewerkers binnen een werkgroep op de hoogte worden gebracht door elkaar van de actuele ontwikkelingen [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 157].

3.5.7 De rol van werkoverleg in de organisatie structuur ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat impliciete afspraken binnen maatschappen kunnen leiden tot problemen in de samenwerking en communicatie. De impliciet afspraken binnen maatschappen waren dankzij de beperkte omvang (van voorheen) hanteerbaar. De omvang van de maatschappen is inmiddels toegenomen en kunnen zelfs bestaan uit negen of tien medisch specialisten. Impliciete afspraken zijn binnen zulke grote maatschappen niet meer hanteerbaar.

In deze paragraaf zal aan de hand van literatuur worden gekeken hoe met interne communicatie alle medisch specialisten uit een maatschap kunnen worden betrokken bij het maken van de (toekomstig) geldende afspraken.

Literaire bevindingen

Het werkoverleg is naast onderwerpen die in relatie staan tot de dagelijkse praktijk ook geschikt voor andere onderwerpen die voor alle leden van een werkgroep van belang zijn [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 158, 160]. Binnen deze paragraaf kan concreet gedacht worden aan het regelmatig bespreken en actualiseren van de geldende afspraken binnen een werkgroep. Een werkgroep kan een aantal afspraken vastleggen, maar deze afspraken kunnen na verloop van tijd verouderen. De oorzaak zou kunnen zijn dat afspraken niet meer relevant zijn of dat een maatschap bestaat uit nieuwe leden en dat de oude afspraken niet meer van toepassing zijn. Dit zou kunnen resulteren in een werkgroep die gedurende de tijd niet meer kan identificeren met de geldende afspraken. Met als gevolg dat de vastgestelde afspraken niet meer bewust worden nageleefd en niet dat nieuwe medewerkers niet meer worden geïnformeerd over de geldende afspraken.

In het kort komt het er op neer dat het belangrijk is dat regelmatig wordt teruggekoppeld naar de geldende afspraken binnen een werkgroep. Het eerste voordeel is dat door regelmatig aandacht te

besteden aan de afspraken deze een explicieter karakter krijgen. Het tweede voordeel is dat door een regelmatig aandacht te besteden aan de afspraken ook inspraak ontstaat voor de nieuwe medewerkers van een werkgroep. Met inspraak ontstaat een groter draagvlak onder de medewerkers, waardoor ook de nieuwe medewerkers zich kunnen identificeren met de gemaakte afspraken. Vermoedelijk zal het werkoverleg een bijdrage kunnen leveren aan het creëren van een expliciet karakter van afspraken binnen een werkgroep.

Voor een effectief resultaat is het belangrijk dat draagvlak bestaat onder de medewerkers uit een organisatie ten aanzien van werkoverleg. Dit betekent dat duidelijk gemaakt moet worden aan een werkgroep wat het doel is van een werkoverleg. Als de medewerkers het nut van werkoverleg niet inzien, zal de bereidheid tot actieve deelname ontbreken, terwijl dit noodzakelijk is voor onder andere het overeenkomen en vastleggen van gezamenlijke afspraken [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 159]. Dit betekent dat alle medisch specialisten uit de maatschap bewust bezig moeten zijn met het leveren van goede input, anders heeft het werkoverleg weinig zin [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 159]. Bovendien is het belangrijk dat binnen een werkoverleg sprake zal zijn van openheid van informatie [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 159]. Er worden leden uit de werkgroep om een mening en inspraak gevraagd. Voor het bereiken van relevante afspraken is het noodzakelijk dat de mening en inspraak van leden uit de werkgroep gebaseerd worden op de werkelijkheid. Het maken van afspraken op basis van verdraaide informatie voorkomt of lost misverstanden in de dagelijkse praktijk niet op. Voor duidelijkheid ten aanzien van het werkoverleg zou de structuur, werkwijze en frequentie vastgelegd moeten worden in een reglement. Bij afwezigheid van een van de medewerkers bij het werkoverleg moeten deze worden bijgepraat door de voorzitter van het werkoverleg. Alleen doorverwijzen naar het verslag van het werkoverleg is onvoldoende [Koeleman, 1997, p. 184].

Om te voorkomen dat een werkoverleg meer gezien wordt als verlening van de lunchpauze, is het belangrijk om het werkoverleg op gestructureerde wijze te organiseren. Als eerste is het werkoverleg bedoeld voor iedereen die met de te bespreken zaken in aanmerking komt [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 160]. Het is zinvol om iedereen bijtijds te informeren over het tijdstip van het overleg, wat met name relevant is voor de drukke agenda van medisch specialisten. Als tweede leveren frequente bijeenkomsten sneller vooruitgang, aangezien werkoverleg stimuleert actie te ondernemen [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 160]. Er zou bijvoorbeeld standaard ieder werkoverleg een agendapunt gemaakt kunnen worden van het evalueren van afspraken. Dit hoeft niet per definitie te betekenen dat er aanpassingen gemaakt moeten worden. Er wordt ruimte voor gecreëerd en zo wordt periodiek aandacht besteedt aan de afspraken. Als derde moet gerealiseerd worden dat werkoverleg efficiënter verloopt als de rollen binnen een groep duidelijk zijn [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 160]. De voorzitter van een werkoverleg is er verantwoordelijk voor dat alle leden van het werkoverleg naar verhouding aan het woord komen. Voor het vastleggen van de afspraken is de notulist belangrijk. Een notulist legt alles wat afgesproken is binnen dat werkoverleg schriftelijk vast. Op basis van de notulen wordt vervolgens een besluiten of actie lijst geformuleerd, waarin de overeengekomen afspraken worden opgenomen om vervolgens verstrekt te worden aan alle leden. Als laatste is het voor een werkoverleg efficiënt om vooraf informatie te verzamelen over de te bespreken onderwerpen en daarvan een agenda op te stellen [Schoemakers en Koopmans, 2003, p. 160]. Daarbij moet ieder lid van een werkgroep in staat worden gesteld om

onderwerpen in te dienen voor het werkoverleg. Dit betekent dat de geldende afspraken besproken kunnen worden of onderwerpen waarvan gevonden wordt dat er afspraken over gemaakt dienen te worden. Het tijdig verstrekken van informatie aan de werkgroep wat besproken wordt is daarnaast ook belangrijk. Leden worden met een tijdige verstrekking in staat gesteld op een goede voorbereiding. Als blijkt dat er geen onderwerpen besproken hoeven te worden, is het beter om een nieuwe afspraak te maken voor het werkoverleg wanneer het wel zinvol is.

3.5.8 Elementen van Werkoverleg

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren voor het expliciet maken van impliciet geldende afspraken. Voor het expliciet maken van de impliciet geldende afspraken zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Creëren van draagvlak bij medewerkers voor periodiek werkoverleg.*
- *Medewerkers bijtijds informeren over het tijdstip, de datum en de agendapunten.*
- *Ieder werkoverleg agendapunt opnemen om afspraken te bespreken.*
- *Duidelijke rollen toekennen aan medewerkers voor een efficiënt werkoverleg.*
- *Overeengekomen afspraken schriftelijk vastleggen en verspreiden onder de medewerkers.*
- *Voorzitter van het werkoverleg de afwezigen laten informeren over het werkoverleg.*

3.6 Samenwerking

In deze paragraaf worden HRM activiteiten besproken die mogelijk bijdragen aan een betere samenwerking tussen medisch specialisten binnen teams. Het gaat hier niet om de samenwerking binnen een vakgroep of maatschap, maar om samenwerking tussen maatschappen of samenwerking in multidisciplinaire teams.

De content analysis heeft aangetoond dat gedwongen samenwerking, met name naar aanleiding van een fusie of reorganisatie, een belangrijke oorzaak kan vormen voor problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten. Medisch specialisten worden gedwongen samen te werken met anderen zonder dat er een persoonlijke klik is en/of waarin het wederzijds vertrouwen ontbreekt. Bovendien nemen de loyaliteit en solidariteit af als medisch specialisten uit maatschappen gedwongen moeten samenwerken. Zij hebben immers niet voor elkaar gekozen, terwijl dat normaal gesproken de basis is van een maatschap. Met een lagere loyaliteit en solidariteit ten opzichte van elkaar zullen sneller problemen in de samenwerking en communicatie ontstaan.

De content analysis heeft tevens aangetoond dat medisch specialisten met botsende karakters die moeten samenwerken een belangrijke oorzaak vormen voor problemen. Het gaat hier om samenwerking tussen medisch specialisten in multidisciplinaire teams. Bij het voeren van een onvoldoende professionele werving en selectie is het lastiger om in te schatten of een nieuwe medisch specialist past binnen de medische staf van een ziekenhuis.

De HRM activiteiten die binnen deze paragraaf besproken worden kunnen vermoedelijk een bijdrage leveren aan het verbeteren van de samenwerking.

Voor de gedwongen samenwerking zal gekeken worden naar hoe met teambuilding kan bijdragen aan het verbeteren van de onderlinge verhoudingen. Met de teambuilding leren de medisch

specialisten elkaar beter kennen en leren ze elkaars sterke en zwakke punten. Hierdoor ontstaat inzicht in welke meerwaarde ieder individu ten aanzien van de samenwerking te leveren heeft. Dit zal vermoedelijk een positieve bijdrage leveren aan de loyaliteit en solidariteit.

Voor het samenstellen van harmonieuze multidisciplinaire teams is het noodzakelijk dat de persoonskenmerken van de individuen niet botsen. Voor het betrekken van die persoonskenmerken zal gekeken worden of tijdens de werving en selectie of ook rekening gehouden kan worden met het oordeel van de niet direct betrokken collega's. Hierdoor zal uiteindelijk een betere inschatting gemaakt kunnen worden of iemand qua persoonskenmerken past binnen de medische staf van het ziekenhuis.

3.6.1 Definitie van teambuilding

Om problemen of misverstanden te voorkomen is het belangrijk dat de werkgroep samenwerkt als een hecht team. Wanneer mensen goed samenwerken is de kans op conflicten kleiner en zullen er minder fouten worden gemaakt. Om een hechte team te creëren kan gebruikt worden gemaakt van teambuilding. Onder teambuilding wordt verstaan 'een proces dat erop gericht is om teams en groepen te helpen de uitvoering van hun taken te verbeteren en om bij de teamleden hun interpersoonlijke en probleemoplossende vaardigheden te vergroten' [Remmerswaal, 2006, p. 354]

3.6.2 De rol van teambuilding in de samenwerking ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat de gedwongen samenwerking als gevolg van een fusie of reorganisatie, kan leiden tot problemen in de communicatie en samenwerking. Medisch specialisten binnen maatschappen hebben bewust voor elkaar gekozen en dat ontbreekt bij een gedwongen samenwerking van twee maatschappen. Dit betekent dat de loyaliteit en solidariteit die normaal gesproken heerst binnen een maatschap veel lager is, waardoor situaties ook sneller kunnen leiden tot problemen. De loyaliteit en solidariteit kan om verschillende redenen laag zijn, door bijvoorbeeld het ontbreken van een persoonlijke klik, het gebrek aan wederzijds vertrouwen of het ontbreken van het inzien van de meerwaarde. Na een fusie of reorganisatie zijn de medisch specialisten toch verplicht op den duur met elkaar te moeten samenwerken.

In deze paragraaf wordt met literatuur uiteengezet welke activiteiten een bijdrage kunnen leveren aan de onderlinge verhoudingen van medisch specialisten in geval van gedwongen samenwerking.

Literaire bevindingen

Het doel van teambuilding is om van een groep mensen een hecht team te maken dat goed kan samenwerken. Wanneer er over teambuilding wordt gesproken is het belangrijk om eerst te kijken naar de verschillen tussen een groep en een team [Maddux and Wingfield, 2003, p. 4]. In tabel 4 staan de belangrijkste verschillen weergegeven.

Tabel 4 Een overzicht van verschillen tussen groepen en teams

Groep	Team
Een groep mensen die vaak om administratieve doeleinden in een groep zijn ingedeeld, werken vaak individueel aan een taak.	Mensen begrijpen de afhankelijkheid van elkaar en waarom de groep is samengesteld. Het team doel staat boven het individuele doel.

Mensen focussen op hun eigen taken omdat ze niet de precieze doelen de groep weten.	Mensen focussen op het team doel en maken zich dat eigen. Ze doen er alles aan die doel te halen.
Mensen doen wat er gevraagd wordt, eigen inbreng wordt niet aangemoedigd.	Mensen dragen bij aan het succes van de organisatie met hun eigen unieke talenten en kennis toe te passen op de doelen van het team.
Mensen wantrouwen de motieven van hun collega's, omdat ze de rol van hun collega's deze niet begrijpen. Het verkondigen van een mening of het niet eens zijn met een collega wordt niet gewaardeerd.	Mensen vertrouwen elkaar en worden aangemoedigd om open over ideeën, meningen, onenigheden en gevoelens te praten. Vragen worden goed verwoord.
Mensen zijn zo voorzichtig in wat ze zeggen dat de boodschap niet te begrijpen is. Er worden spelletjes gespeeld en communicatie vallen opgezet.	Er is open en eerlijke communicatie. Er wordt moeite gedaan om elkaar standpunten te begrijpen.
Mensen worden goed getraind maar worden in de toepassing van hun training gehinderd door hun manager of groeps leden.	Mensen worden aangemoedigd om zich door te ontwikkelen, om om de nieuwe kennis toe te passen.
Wanneer er een conflict is binnen de groep waar groepsleden geen oplossing voor hebben dan het oplossen van het probleem doorgeschoven totdat er echte schade wordt opgelopen.	Mensen begrijpen dat onenigheid normaal is in menselijke interactie. Er wordt constructief een oplossing voor het probleem gezocht.
Mensen worden wel of niet meegenomen in de beslissingen over de groep. Voldoen aan afspraken is vaak belangrijker dan positieve resultaten.	Mensen maken gezamenlijk beslissingen maar begrijpen dat de team leider de uiteindelijke beslissing neemt wanneer er geen overeenstemming kan worden bereikt of in geval van spoed. Het positieve resultaat staat centraal.

Uit de bovenstaande tabel blijkt duidelijk het verschil tussen een groep en een team. Nu deze verschillen duidelijk onderscheidbaar zijn, is het makkelijker om het doel van teambuilding aan te tonen. Teambuilding heeft als doel een groep mensen zo veel mogelijk als een team te laten samenwerken. Daarbij kan een denkbeeldige schaal gebruikt worden waarbij de definities van een groep zoals hierboven beschreven het 0 punt zijn. En de definities van het team, zoals hierboven besproken, het maximaal haalbare zijn.

Om een succesvol team te kunnen vormen is het belangrijk dat er vooraf goed wordt gekeken naar wat de taken en doelen van het team zijn. Dit kan aan de hand van de in de literatuur beschreven 'Four Cs of Team performance' [Dyer and Dyer, 2007, p. 1, Rothwell et al, 2010, p. 330]. De vier C's bestaan uit de omgeving (context), opbouw (composition), competenties (competencies) en veranderingen (change).

Met de omgeving wordt de opbouw van de organisatie bedoeld waarin het team moet functioneren. Om de omgeving goed te kunnen begrijpen is het belangrijk om de antwoorden op de volgende vragen goed te begrijpen.

- Is het effectief werken als een team, kritiek om de doelen van het team te verwezelijken? Indien ja, wat zijn de meetbare doelen welke rondom het team kunnen worden gevormd?
- Ondersteunen de beloningssystemen, structuur en cultuur van de organisatie het teamwork?

De omgeving wordt door goed functionerende teams gemanaged door vijf maatregelen. Als eerste worden meetbare doelen opgesteld die duidelijk en uitdagend zijn. Als tweede dient het besef gecreëerd te worden dat de doelen alleen bereikt kunnen worden door effectief teamwork. Als derde zou een beloningssysteem gecreëerd moeten worden waarin de teamdoelen voorop staan. Als vierde dienen belemmeringen verwijderd te worden in de organisatiestructuur waarin het teamwork wordt uitgevoerd. Als vijfde dient een cultuur gecreëerd te worden waarin het teamwork wordt ondersteund.

Met de opbouw (van het team) wordt bedoeld dat duidelijk moet zijn welke mensen in het team nodig zijn om tot een zo goed mogelijk resultaat te komen. Om te bepalen welke mensen nodig zijn in een team moeten de volgende vragen worden gesteld.

- Hebben alle mensen in het team de benodigde technische en persoonlijkheids vaardigheden die benodigd zijn om de taak te vervullen?
- Hoe goed zijn individuele leden van het team geëngageerd aan het team en gecommitteerd om de taken te volbrengen?
- Heeft het team de ideale grootte?

De opbouw van de goed functionerende teams worden gerealiseerd door een vijftal maatregelen te treffen. Als eerste worden processen ingericht om de individuen te selecteren die zowel vaardig als gemotiveerd zijn. Als tweede worden processen ingericht om de technische en persoonlijke vaardigheden van de teamleden te verbeteren en tegelijkertijd het commitment richting het team verbeterd. Als derde mensen in het team opnemen die de vaardigheden missen of niet gemotiveerd zijn. Als vierde het team managen op basis van de vaardigheden en de motivatie van de teamleden. Als vijfde ervoor zorgen dat het team niet te groot, maar ook niet te klein is.

Goed functionerende teams hebben bepaalde competenties die wel in teams zichtbaar zijn, maar niet de individuele leden van het team. Binnen een goed functionerend team zijn de volgende team competenties aanwezig. Als eerste worden er duidelijke doelen en paden om de doelen te bereiken. Als tweede is er een goede opdeling van het werk en besef hoe de verschillende onderdelen tot het uiteindelijke resultaat gaan leiden. Als derde moeten er effectieve beslissingen genomen kunnen worden. Als vierde wordt de verantwoordelijkheid binnen en door het team opgenomen. Als vijfde dient er effectief vergaderd te kunnen worden. Als zesde dient er effectief gecommuniceerd te worden. Als zevende dient er vertrouwen binnen het team opgebouwd te worden. Als achtste dienen de problemen binnen een team opgelost te worden. Als negende is er sprake van wederzijds respect binnen het team. Als laatste dient het nemen van risico's en innovatie aangemoedigd te worden binnen het team.

Om als team goed te kunnen functioneren dient er goed omgegaan te worden met de wijzigingen binnen een organisatie. Er kunnen zich veranderingen voor doen binnen de omgeving van het team, de opbouw van het team, de competenties en de doelen kunnen veranderen. Teams die goed kunnen omgaan met de veranderingen daarbij hun krachten en zwakheden kennen, zijn de teams die het meest effectief zijn. Om goed te kunnen omgaan met de wijzigingen is het belangrijk dat er periodiek een teambuildingsproces wordt gestart, waarin regelmatig de besproken variabelen worden geëvalueerd.

3.6.3 Elementen van teambuilding

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die van belang zijn om in acht te nemen bij het vormen en bouwen van een team van medisch specialisten. Voor het betrekken van teambuilding zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Organisatie(omgeving) zo inrichten dat er zo efficiënt mogelijk in teams gewerkt kan worden.*
- *Team zo opbouwen dat er precies genoeg teamleden zijn die samen alle benodigde vaardigheden bezitten.*
- *Teamleden zo kiezen dat ze elkaar aanvullen en respecteren.*
- *Vast teambuilding momenten creëren voor het managen van veranderingen.*

3.6.4 De rol van werving en selectie in de samenwerking ter verbetering van de communicatie en samenwerking van medisch specialisten

Uit de content analyse is gebleken dat het onvoldoende betrekken van de persoonskenmerken in het samenstellen van multidisciplinaire teams kan leiden tot problemen. De multidisciplinaire teams bestaan uit de medisch specialisten die vanuit verschillende specialismen werken voor het ziekenhuis. Voor het behandelen van een ziektebeeld wordt een multidisciplinair team van medisch specialisten samengesteld die moeten samenwerken. Dit betekent dat bij het samenstellen van zo'n team nauwelijks gelet zal worden op de persoonskenmerken. Daarom is het belangrijk dat alle medisch specialisten binnen een ziekenhuis tot op een zeker niveau zonder problemen met elkaar zouden moeten kunnen samenwerken.

In deze paragraaf wordt met literatuur uiteengezet welke activiteiten een bijdrage kunnen leveren aan het betrekken van de persoonskenmerken bij de werving en selectie voor de verbetering van de samenwerking in multidisciplinaire teams.

Literaire bevindingen

Om de kans te verkleinen dat de persoonskenmerken van medisch specialisten binnen een multidisciplinair team botsen, zouden de aanpalende specialismen actief betrokken moeten worden bij de werving en selectie. Zoals al vermeld start het werving en selectie proces met de identificatie van competenties, die afgeleid dienen te worden vanuit strategische visie [Kluytmans, 2001, p. ?]. Vervolgens worden de competenties vertaald naar functies en loopbanen in de traditionele functiebeschrijving, die als uitgangspunt dient voor de selectie. Binnen de traditionele functiebeschrijvingen is geen plaats voor het opnemen van de vereiste persoonskenmerken. Om de persoonskenmerken toch te betrekken bij de werving en selectie is al eerder voorgesteld om aanvullende skill en person beschrijvingen te ontwikkelen. De persoonskenmerken die worden aangemerkt als competenties kunnen worden vastgelegd in skill en person beschrijvingen. Bij het ontwikkelen van de skill en person beschrijvingen kan de omgeving al worden betrokken. Er kunnen interviews worden afgenomen met personen die nauw gaan samenwerken met de nieuwe medewerker. Deze personen worden in staat geacht te kunnen beoordelen welke persoonskenmerken nodig zijn om een functie naar behoren te kunnen vervullen. Hierdoor worden beschrijvingen ontwikkeld die een beter totaalbeeld van de nieuwe medewerker weergeven en een toekomstgerichte selectie bevordert [van den Broek, 2007, p. 31]. De aanvullende skill en person beschrijvingen zijn bovendien noodzakelijk om toekomstgericht te kunnen selecteren, aangezien

informatie uit de traditionele functiebeschrijving vaak onvoldoende specifiek is [van den Broek, 2007, p. 31].

De personen waarmee een nieuwe medewerker nauw gaat samenwerken, kunnen ook tijdens de selectiefase een belangrijke rol spelen. Aan de hand van een voorselectie wordt beoordeeld welke kandidaten op sollicitatiegesprek mogen komen. De kandidaten dienen vervolgens geïnterviewd en beoordeeld te worden door de directe collega's waarmee zij in de dagelijkse praktijk te maken krijgen [Bowen et al, 1991]. Deze worden het beste in staat geacht te beoordelen of de persoonskenmerken van een kandidaat passen bij de functie en de organisatie [Bowen et al, 1991]. Dit betekent dat het niet alleen gaat om personen die werken binnen dezelfde werkgroep als de nieuwe medewerker. Er zouden ook personen bij de selectie betrokken moeten worden, van andere werkgroepen waarmee een nieuwe medewerker nauw gaat samenwerken. Deze personen beoordelen personen vanuit een andere invalshoek, zodat uiteindelijk een beter totaalbeeld zal ontstaan van een kandidaat.

3.6.5 Elementen van werving en selectie

Op basis van literaire bevindingen zijn een aantal elementen te formuleren die van belang zijn om de aanpalende specialismen te betrekken bij de werving en selectie van een nieuwe medisch specialist. Voor het betrekken van aanpalende specialismen bij de werving en selectie zou rekening gehouden moeten worden met de volgende elementen:

- *Interviewen van nauw betrokken werkgroepen voor het verkrijgen van inzicht in de verwachtingen die zij hebben van een nieuwe medewerker.*
- *Nauw betrokken personen of werkgroepen betrekken bij de sollicitatiegesprekken met kandidaten.*

4. Onderzoeksmethodologie

Voor het ontwikkelen van een relevante HRM checklist die toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist, is het noodzakelijk dat relevante informatie wordt verzameld. Voor dit onderzoek wordt informatie verzameld aan de hand van kwalitatieve interviews met personen vanuit verschillende achtergronden. De interviews worden opgezet aan de hand van de operationalisatie uit dit hoofdstuk. Ten slotte staat weergegeven hoe de dataverzameling heeft plaatsgevonden en op welke wijze de resultaten zijn geanalyseerd.

4.1 Onderzoeksmethode

Gedurende dit onderzoek is het doel dat er een instrument wordt ontworpen die een positieve bijdrage levert aan het probleem uit de praktijk. Het ontwerpen van een effectief instrument vereist gedetailleerd inzicht in de probleem situatie. Voor het verkrijgen van dit inzicht wordt daarom gekozen voor het kwalitatieve interview. Het kwalitatieve interview stelt de onderzoeker namelijk in staat om onderwerpen zeer gedetailleerd te bespreken [Babbie 2007, p. 306, 312]. Het grote voordeel van kwalitatieve interviews is dat gebruik gemaakt kan worden van 'probing'. Probing is een techniek die het tijdens het interviewen mogelijk maakt om een completer antwoord te verkrijgen [Babbie, 2007, p. 267]. De interviewer moedigt de respondenten aan met neutrale vragen om dieper in te gaan op de gegeven antwoorden [Babbie, 2007, p, 267]. De 'probing' techniek stelt de interviewer in staat om het interview te sturen. Onderwerpen die gedurende de interviews onderbelicht blijven kunnen hierdoor beter onder de aandacht worden gebracht, door de informant deze nader toe te laten lichten met aanvulende vragen. Dit is van relevante waarde voor dit onderzoek, omdat de doelgroep die geïnterviewd wordt vrijwel onbekend is met het onderwerp uit de interviews. Met het toepassen van de 'probing' techniek wordt het voor de doelgroep steeds duidelijker wat precies gevraagd wordt. Het tweede voordeel van kwalitatieve interviews is dat de vragen gedurende het proces aangepast kunnen worden [Babbie, 2007, p. 305, 312]. Naar aanleiding van de interviews ontstaan nieuwe relevante inzichten, en deze kunnen in een volgend interview, voor een verdieping, opnieuw ter sprake worden gesteld. Deze nieuwe inzichten kunnen besproken worden in de volgende interviews, omdat het kwalitatieve interview ontwerp dit toelaat. Het steeds herformuleren van de interviews heeft een groot voordeel voor dit onderzoek. Dit komt doordat de doelgroep waarmee de interviews worden afgenomen in het algemeen niet bekend is met het onderwerp. Aanwijzingen uit de voorgaande interviews geven aan met welke bewoordingen de doelgroep (de medisch specialisten) het onderwerp HRM benaderd. Door de medisch specialisten in de interviews met hun eigen 'taal' te benaderen over HRM, wordt het onderwerp voor de doelgroep tastbaarder. Hierdoor zijn de respondenten gedurende de interviews steeds beter in staat om gericht te antwoorden.

Het kwalitatieve interview als onderzoeksmethode heeft ook nadelen. Als eerste gaat het kwalitatieve interview ten koste van de betrouwbaarheid [Babbie, 2007, p. 314-315]. Aangezien de betrouwbaarheid van metingen een fundamenteel onderdeel is voor wetenschappelijk verantwoord onderzoek [Babbie, 2007, p. 146], wordt later in het onderzoek besproken welke maatregelen zijn getroffen in het voordeel van de betrouwbaarheid.

Als tweede is de informatie, die verkregen wordt aan de hand van kwalitatieve interviews, niet geschikt voor een statistische beschrijving van de hele populatie. Het generaliseren van de onderzoeksresultaten behoort dan ook niet tot het doel van dit onderzoek [Babbie, 2007, p. 315].

4.2 Operationalisatie

In het literatuur framework zijn op basis van literatuur een aantal HRM activiteiten geselecteerd die vermoedelijk een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten. Tevens zijn aan de hand van de literatuur een aantal elementen geformuleerd die een positieve bijdrage zouden moeten leveren op de geïdentificeerde oorzaak. Om te bepalen of deze bevindingen toepasbaar zijn op het werkdomein van de medisch specialist wordt onderzoek verricht door het afnemen van interviews. Voor het afnemen van de interviews is het noodzakelijk dat de bevindingen uit de literatuur worden geoperationaliseerd [Babbie, 2007, p. 104-141].

Voor een gestructureerde operationalisatie is per hoofdcategorie een schematisch overzicht gecreeerd, waarbij in de eerste kolom de geïdentificeerde oorzaken staan vermeld. Om te voorkomen dat aan deze onduidelijke omschrijvingen van de oorzaken eigen interpretaties worden gegeven worden de oorzaken geconceptualiseerd. De conceptualisatie van de oorzaken staan weergegeven in de tweede kolom. De derde kolom geeft op basis van de literatuur weer welke en waarom bepaalde HRM activiteiten vermoedelijk een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de communicatie en samenwerking. Deze vermoedens zullen aan de hand van interviews beoordeeld worden in de praktijk. Voordat interviews afgenomen kunnen worden is operationalisatie welke weergegeven wordt onder iedere tabel.

4.2.1 Operationalisatie HRM: personeelsplanning

Oorzaak	Conceptualisatie	Voorstel HRM activiteit
1.1 Werving en selectie	Het niet betrekken van persoonskenmerken in het werving en selectieproces, waardoor de kans toeneemt dat mensen worden aangenomen die niet passen binnen een vakgroep of maatschap. Uiteindelijk neemt hierdoor de kans op onderlinge verstoorde verhoudingen toe.	<u>Werving en selectie:</u> Het betrekken van persoonskenmerken van een medisch specialist in het werving en selectieproces, zodat een betere inschatting gemaakt kan worden of een nieuwe medisch specialist past binnen een vakgroep of maatschap. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorte verhoudingen afnemen.
1.2 Firing of Medical Specialists	Het is lastig om als ziekenhuis een contract te verbreken met een medisch specialist die werkt vanuit een maatschap en verantwoordelijk is voor de onderling verstoorte verhoudingen. Hierdoor neemt de kans toe dat de onderlinge verhoudingen een lange tijd verstoord kunnen blijven.	<u>Gedragcodes:</u> Het toekennen van verantwoordelijkheden aan medisch specialisten waarop zij afgerekend kunnen worden. Voor het ziekenhuis ontstaat een juridisch sterkere 'grond' om de toelatingsovereenkomst te beëindigen. Met het beëindigen van de toelatingsovereenkomst worden onderling verstoorte verhoudingen opgelost.
1.3 Mobility of Medical Specialists	De arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten die deel uitmaken van een maatschap is zeer gering. Hierdoor neemt de kans toe dat de onderlinge verhoudingen een lange tijd verstoord kunnen blijven.	<u>Management van uitstroom/Arbidsmobiliteit:</u> Het stimuleren van de externe arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten. Met het vertrek van medisch specialisten die problemen veroorzaken, wordt het probleem ten aanzien van onderling verstoorte verhoudingen 'vanzelf' opgelost.

		<p><u>Loopbaanmanagement:</u> Het ontwikkelen van een intern loopbaanbeleid voor medisch specialisten zorgt voor een ontwikkelingspad. Bij problemen kunnen de medisch specialisten extra gestimuleerd worden met maatregelen, zodat ze sneller vanuit hun oude omgeving in een nieuwe omgeving kunnen worden geplaatst. Bij het vertrek uit de oude omgeving worden onderlinge problemen sneller opgelost.</p>
--	--	---

Werving en selectie

Het vermoeden bestaat dat met het betrekken van persoonskenmerken tijdens de werving en selectie van medisch specialisten een betere inschatting gemaakt kan worden of een persoon past binnen een bestaande vakgroep of maatschap. Om vast te stellen of het betrekken van de persoonskenmerken haalbaar is in het werkdomein van de medisch specialisten en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat als persoonskenmerken niet worden betrokken bij het werven en selecteren van nieuwe medisch specialisten dit kan leiden tot problemen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Worden persoonskenmerken momenteel betrokken bij het werven en selecteren van nieuwe medisch specialisten?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?
 - Hoe zouden de persoonskenmerken volgens de respondent betrokken kunnen worden in het werving en selectieproces?
 - Indien ja:
 - Hoe worden de persoonskenmerken momenteel betrokken in het werving en selectieproces?
 - Ziet de respondent nog verbeterpunten voor het betrekken van de persoonskenmerken in het werving en selectieproces dat momenteel wordt gehanteerd?

Gedragscodes

De ziekenhuis directie heeft een beperkte mogelijkheid voor het ontbinden van een contract met een medisch specialist die werkt vanuit een maatschap. Het ontbinden van zo'n contract kan wenselijk zijn als de medisch specialist niet functioneert binnen de maatschap en een gevaar vormt voor de patientenzorg en –veiligheid. Het vermoeden bestaat dat mogelijkheden zijn om de ontbinding van het contract te bevorderen. Er wordt vanuit gegaan dat het ziekenhuis een sterkere positie heeft als deze voor de ontbinding samenwerkt met andere partijen uit het ziekenhuis. Om vast te stellen wat het ontbinden van een contract bevordert en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk.

Aan de hand van een aantal interviews is gebleken dat gedragscodes en bedrijfsreglementen een rol kunnen spelen bij het 'vereenvoudigen' van het ontbinden van de toelatingsovereenkomst. In de komende interviews worden deze nieuwe bevindingen centraal gesteld, wat opnieuw operationalisatie vereist. Tijdens de interviews dient informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat de moeizame ontbinding van een contract tussen het ziekenhuis en de vrijgevestigde specialist meewerkt aan langdurig onderling verstoorde verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Waarom zijn vrijgevestigde specialisten lastig te ontslaan?
- Hoe ziet de ontslagprocedure van een medisch specialist die in loondienst werkt eruit?
- Hoe ziet de procedure eruit voordat tot ontbinding van het contract wordt overgegaan met een vrijgevestigde specialist?
- Zijn er activiteiten te ondernemen die de ontbinding van een contract tussen het ziekenhuis en een vrijgevestigde specialist bevorderen?
 - Indien ja:
 - Hoe zorgen reglementen en gedragscodes ervoor dat de ontbinding van de toelatingsovereenkomst wordt 'vereenvoudigd'?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?

Management van uitstroom/Arbeidsmobiliteit

Het vermoeden bestaat dat door de externe arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten te stimuleren, de kans op langdurig onderling verstoorde verhoudingen worden verkleind. Om vast te stellen of (het stimuleren van) de arbeidsmobiliteit haalbaar is in het werkdomein van de medisch specialist en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat een beperkte arbeidsmobiliteit voor langdurig verstoorde verhoudingen kan zorgen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Waarom is de arbeidsmobiliteit onder vrijgevestigde specialisten beperkt?
- Hoe is de arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten in loondienst?
- Wat zijn de arbeidsmobiliteit mogelijkheden voor vrijgevestigde specialisten en loondienst specialisten?
- Op welke wijze zou de arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten gestimuleerd kunnen worden?

Loopbaanmanagement

Met het ontwikkelen van loopbaanmanagement gericht op medisch specialisten wordt vermoed dat medisch specialisten intern sneller te verplaatsen zijn bij problemen. Het ziekenhuis zou de medisch specialisten bij problemen kunnen stimuleren de loopbaan versneld te doorlopen, wat betekent dat deze sneller overgeplaatst kunnen worden binnen de ziekenhuis organisatie. Om vast te stellen of het ontwikkelen van loopbaanmanagement haalbaar is in het werkdomein van de medisch specialist en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat het ontbreken van loopbaanmanagement voor langdurig verstoorde verhoudingen kan zorgen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Waarom ontbreekt loopbaanmanagement gericht op vrijgevestigde specialisten?
- Hoe ziet het loopbaanmanagement eruit voor medisch specialisten in loondienst?
- Wat zijn de mogelijkheden voor het ontwikkelen van loopbaanmanagement gericht op medisch specialisten?
- Op welke wijze zou het loopbaanmanagement gestimuleerd kunnen worden?

4.2.2 Operationalisatie organisatie cultuur

Oorzaak	Conceptualisatie	Voorstel HRM activiteit
2.1 Closed company Culture	De gesloten bedrijfscultuur van maatschappen zorgt ervoor dat ziekenhuisdirectie op grote afstand staat. De ziekenhuisdirectie is hierdoor vaak niet op de hoogte van wat zich afspeelt binnen maatschappen. Dit betekent dat de ziekenhuisdirectie vaak niet tijdig kan ingrijpen bij problemen. Hierdoor neemt de kans toe dat onderlinge verhoudingen lange tijd verstoord kunnen blijven.	<u>Appraisal and Assessment:</u> Het beoordelen van elkaars functioneren zal minder gesloten cultuur creëren. Met een cultuur die meer open is zal een betere sfeer worden gecreëerd binnen de vakgroep of maatschap. Daarnaast zal de open cultuur de aanspreekcultuur vermoedelijk stimuleren, zodat kleine problemen niet kunnen uitgroeien tot jarenlange onderling verstoorde verhoudingen.
2.2 Cultural Differences	Het geen aandacht besteden aan de culturele kenmerken, waardoor de kans toeneemt dat medisch specialisten aangenomen kunnen worden die niet passen binnen de vakgroep of maatschap. Tegelijkertijd betekent het bij geen aandacht besteden aan culturele kenmerken, dat de kans toeneemt dat medisch specialisten een eigen houding en cultuur ontwikkelen binnen de vakgroep of maatschap. Hierdoor neemt de kans toe op onderling verstoorde verhoudingen.	<u>Werving en selectie:</u> Het betrekken van culturele aspecten van een medisch specialist in het werving en selectieproces, zodat een betere inschatting gemaakt kan worden of de persoon past binnen een vakgroep of maatschap. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen afnemen. <u>Socialisatie:</u> Het opnemen van de gewenste culturele kenmerken (o.a. de normen en waarden, de attitude, het rolgedrag) in een introductieprogramma, zodat het socialisatieproces van een nieuwe medisch specialist wordt beïnvloedt. Hiermee wordt bij de nieuwe medisch specialist duidelijk gemaakt wat de verwachting van de vakgroep of maatschap is ten aanzien van de culturele kenmerken. Nieuwe medisch specialisten kunnen zich beter aanpassen aan de verwachtingen. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen afnemen.

Appraisal and Assessment

Het vermoeden bestaat dat met functionering en beoordeling een open cultuur gecreëerd kan worden, waarin ruimte is om tijdig de onderlinge problemen te bespreken. Om vast te stellen of appraisal and assessment een open cultuur kan creëren en of dit haalbaar is binnen het werkdomein van de medisch specialist en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat de gesloten cultuur van maatschappen ervoor zorgt dat de ziekenhuis directie bij problemen niet tijdig kan ingrijpen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Wat zijn de kenmerken van een open cultuur binnen een maatschap (bijv. elkaar aanspreken op fouten, informatie deling met andere medisch specialisten of vakgroepen)?
- Zou Functionering en beoordeling een bijdrage kunnen leveren aan het creëren van een open cultuur?
 - Indien ja:
 - Hoe zou appraisal and assessment een rol kunnen spelen in het creëren van een open cultuur?
 - Met welke invulling zou appraisal and assessment daarin kunnen bijdragen?
 - Wat zouden de voorwaarden kunnen zijn voor een succesvol appraisal and assessment proces?
 - Indien nee:
 - Waarom?
 - Hoe zou zonder Functionering en beoordeling een meer open cultuur gecreëerd kunnen worden?

Werving en selectie

Het vermoeden bestaat dat met het betrekken van de culturele kenmerken (o.a. de normen en waarden, de attitude, het rolgedrag) in het werving en selectieproces een betere inschatting gemaakt kan worden of een persoon past binnen een bestaande vakgroep of maatschap. Om vast te stellen of het betrekken van de culturele kenmerken in de werving en selectie haalbaar is in het domein van de medisch specialisten en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat culturele verschillen (o.a. de normen en waarden, de attitude of het rolgedrag) in een vakgroep of maatschap kunnen leiden tot onderling verstoorde verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Worden de culturele kenmerken momenteel betrokken bij het werven en selecteren van nieuwe medisch specialisten?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?
 - Hoe zouden de culturele kenmerken volgens de respondent betrokken kunnen worden in het werving en selectieproces?
 - Indien ja:
 - Hoe worden de culturele kenmerken momenteel betrokken in het werving en selectieproces?
 - Ziet de respondent nog verbeterpunten voor het betrekken van de culturele kenmerken in het werving en selectieproces dat momenteel wordt hanteerd?
- Hoe wordt er rekening gehouden met de culturele verschillen in geval van een fusie?

Socialisatie

Het vermoeden bestaat dat met het kenbaar maken van wat van nieuwe medisch specialisten wordt verwacht ten aanzien van de culturele kenmerken, deze zich sneller aanpassen aan de heersende cultuur van de vakgroep of maatschap. Om vast te stellen of het verstrekken van deze informatie met een introductieprogramma mogelijk is in het werkdomein van de medisch specialist, en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat het ontbreken van duidelijkheid over de verwachtingen ten aanzien van culturele kenmerken kan leiden tot onderling verstoorde verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- In hoeverre wordt tijdens de werving en selectie informatie verstrekt over de culturele kenmerken van de maatschap?
- Wordt momenteel gebruik gemaakt van een introductieprogramma voor nieuwe medisch specialisten om duidelijk te maken welke houding en werkwijze van hen worden verwacht?
 - Indien ja:
 - Hoe ziet de invulling van het introductieprogramma eruit?
 - Hoe worden de gewenste houding en werkwijze duidelijk gemaakt in het introductieprogramma?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?
 - Hoe worden de nieuwe medisch specialisten zonder introductieprogramma geïnformeerd over de gewenste houding en werkwijze?
 - Hoe zou een introductieprogramma een rol kunnen spelen bij het informeren van nieuwe medisch specialisten over de gewenste houding en werkwijze?

4.2.3 Operationalisatie professionele cultuur

Oorzaak	Conceptualisatie	Voorstel HRM activiteit
3.1 Machoculture	Het is niet gebruikelijk dat medisch specialisten onderling afspraken maken over de omgangsnormen. Dit betekent dat geen rekening wordt gehouden met hoe een medisch specialist benaderd wil worden. Hierdoor neemt de kans toe op onderling verstoorde verhoudingen.	<p><u>Appraisal and Assessment:</u> Met het beoordelen van elkaars functioneren zal een open cultuur gecreëerd worden, waarin ruimte is om afspraken te maken over de 'softe' zaken, zoals de onderlinge omgang. Hierdoor zal de kans afnemen dat onderlinge verhoudingen voor lange tijd verstoord kunnen blijven.</p> <p><u>Socialisatie:</u> Het kenbaar maken van de geldende omgangsnormen aan de nieuwe medisch specialist aan de hand van een introductieprogramma. De medisch specialist weet wat van hem wordt verwacht en kan zich door de duidelijkheid beter aanpassen. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen afnemen.</p>
3.2 Individualism/ Professionele autonomie	De medisch specialisten zijn (in het verleden) voornamelijk opgeleid om zelfstandig te werken en besluiten te nemen. Tegenwoordig moeten medisch specialisten in toenemende mate samenwerken. Het samenwerken betekent inbreuk op het individualistisch werken en op de autonomie. Het individualisme en de autonomie kan door artsen als zeer waardevol worden beschouwd, waarvan zij liever geen afstand doen voor de samenwerking. Hierdoor neemt de kans op onderling verstoorde verhoudingen toe.	<p><u>Appraisal and Assessment:</u> Met het beoordelen van elkaars functioneren, zal de competentie 'samenwerking' uitgebreid besproken worden. De medisch specialisten die overmatig individualistisch en autonoom werken zullen hier feedback op ontvangen. Bovendien zal met functionering en beoordeling een meer open cultuur worden gecreëerd, waarin meer ruimte ontstaat om elkaar aan te spreken op het gedrag. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen afnemen.</p> <p><u>Socialisatie:</u> Door tijdens de introductie te benadrukken hoe belangrijk samenwerking wordt gevonden, laat de vakgroep of maatschap weten dat bovenmatig individualistisch en autonoom werken niet gewaardeerd wordt. De medisch specialist weet wat van hem wordt verwacht en kan zich door de duidelijkheid beter aanpassen. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen afnemen.</p>

Appraisal and Assessment

Het vermoeden bestaat dat met functionering en beoordeling een open cultuur gecreëerd kan worden, waarin ruimte is om gevoelige onderwerpen te bespreken. Om vast te stellen of appraisal and assessment een open cultuur kan creëren en of dit haalbaar is binnen het werkdomein van de medisch specialist en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat het ontbreken van omgangsregelingen kunnen leiden tot onderling verstoorde verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- In hoeverre is het maken van afspraken over de omgang afhankelijk van de heersende cultuur binnen een vakgroep of maatschap?
- Worden er afspraken gemaakt en vastgelegd met betrekking tot de omgangsnormen die gelden binnen een vakgroep of maatschap?
 - Indien niet:
 - Waarom niet?
 - Hoe zou Functionering en beoordeling een rol kunnen spelen in het maken van omgangsregelingen?
 - Indien wel:
 - Op welke wijze zijn de omgangsregelingen binnen uw vakgroep of maatschap tot stand gekomen?
 - Is de cultuur van de vakgroep of maatschap daarop van invloed geweest?

Socialisatie

Het vermoeden bestaat dat met het verstrekken van de geldende omgangsregels aan de nieuwe medisch specialisten, duidelijk wordt gemaakt wat van verwacht. Om vast te stellen of het verstrekken van de omgangsregels ondersteund kan worden door een introductieprogramma en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat het niet informeren van nieuwe medisch specialisten over de geldende omgangsnormen kan leiden tot onderling verstoorde verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- In hoeverre wordt tijdens de werving en selectie informatie verstrekt over de cultuur en de omgangsnormen van de maatschap?
- Worden de nieuwe medisch specialisten bij aanname geïnformeerd over de geldende omgangsnormen door de vakgroep of maatschap?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?
 - Indien ja:
 - Hoe worden de geldende omgangsnormen kenbaar gemaakt bij de medisch specialisten?
- Zouden de geldende omgangsnormen kenbaar gemaakt kunnen worden via een introductieprogramma?

Appraisal and Assessment

Met het beoordelen van elkaars functioneren zullen de medisch specialisten vermoedelijk feedback krijgen op de competentie 'samenwerking', waardoor overmatig individualistisch en autonoom werken (tijdig) worden gesignaleerd. Om vast te stellen of functionering en beoordeling een bijdrage levert aan het verbeteren van het functioneren en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat bovenmatig individualistisch en autonoom werken zou kunnen leiden tot onderling verstoorde verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Hoe zou de vakgroep of maatschap een medisch specialist, die voornamelijk individualistisch en autonoom werkt, kunnen aansporen om te gaan samenwerken?
 - Zou Functionering en beoordeling een rol kunnen spelen om de medisch specialisten beter te laten samenwerken (en dus minder individualistisch en minder autonoom)?
 - Indien ja:
 - Hoe?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?

Socialisatie

Het vermoeden bestaat dat door in de introductie de relevantie van het samenwerken te benadrukken, de nieuwe medisch specialisten zullen weten wat van hen wordt verwacht qua samenwerking. Om vast te stellen of het kenbaar maken van verwachtingen tijdens de introductie een bijdrage zal leveren aan een goede samenwerking en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat het niet informeren van nieuwe medisch specialisten over de mate van samenwerking kan leiden tot onderling verstoorde verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- In hoeverre wordt tijdens de werving en selectie informatie verstrekt over de mate waarin wordt samengewerkt binnen de maatschap en in het ziekenhuis?
- Worden de nieuwe medisch specialisten bij aanname geïnformeerd over wat van hen wordt verwacht qua samenwerking door de vakgroep of maatschap?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?
 - Indien ja:
 - Hoe worden de verwachtingen ten aanzien van de samenwerking kenbaar gemaakt bij de medisch specialisten?
- Zouden de verwachtingen ten aanzien van de samenwerking kenbaar gemaakt kunnen worden via een introductieprogramma?

4.2.4 Operationalisatie organisatiestructuur

Oorzaak	Conceptualisatie	Voorstel HRM activiteiten
4.1 Interdependencies (maatschap onafhankelijk en geen hiërarchie)	De maatschap is een onafhankelijke organisatie zonder hiërarchie. In een organisatie zonder hiërarchie heeft geen van de medisch specialisten officieel de bevoegdheid om een andere medisch specialist tot de orde te roepen. Dit betekent dat geen van de medisch specialisten uit een maatschap verplicht is zich te verantwoorden ten opzichte van de maatschap. Tegelijkertijd is iedere medisch specialist uit de maatschap verantwoordelijk voor het handelen van de hele maatschap. Het niet verantwoordelijk handelen en een medisch specialist daarvoor niet ter verantwoording kunnen roepen, zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen doen toenemen.	<u>Appraisal and assessment:</u> Het beoordelen van elkaars functioneren, zodat een open cultuur gecreëerd kan worden. Met een opener cultuur zal het makkelijker zijn om gevoelige onderwerpen bespreekbaar te maken. Met het onderling bespreken van bepaalde problemen in een goede sfeer, is het overbodig om elkaar ter verantwoording te roepen. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen afnemen.
4.2 Implicit arrangements	De afspraken (in maatschappen) zijn niet expliciet vastgelegd. Dit betekent dat medisch specialisten hun eigen interpretatie aan de afspraken kunnen geven en zich niet conform de gemaakte afspraken gedragen. Hierdoor neemt de kans op verstoorde onderlinge verhoudingen toe.	<u>Socialisatie:</u> Het verstrekken van belangrijke afspraken met een introductieprogramma bij aanname van nieuwe medisch specialisten. Hierdoor zal het impliciete karakter ook explicieter worden, de afspraken zullen als belangrijk worden beschouwd door de nieuwe medisch specialisten. De nieuwe medisch specialisten zullen conform de afspraken handelen. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen afnemen.

		<p><u>Werkoverleg:</u> Het afspraken periodiek bespreken binnen het werkoverleg, zodat een bijdrage wordt geleverd aan het expliciete karakter van de afspraken. Door regelmatig terug te koppelen naar de gemaakte afspraken, blijven de afspraken onder de aandacht en worden ze actueel gehouden, zodat iedereen zich kan identificeren met de afspraken. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen afnemen.</p>
--	--	---

Appraisal and Assessment

Het vermoeden bestaat dat met functionering en beoordeling een open cultuur gecreëerd kan worden, waarin meer ruimte is om problemen of bepaalde situaties te bespreken. Om vast te stellen of appraisal and assessment een open cultuur kan creëren en of dit haalbaar is binnen het werkdomein van de medisch specialist en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat de maatschap als onafhankelijke organisatie zonder hiërarchie kan leiden tot onderling verstoorte verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Hoe staan de medisch specialisten er tegenover om verantwoording af te leggen aan de maatschap?
 - In hoeverre speelt de aanwezige cultuur daarin een rol?
- Zou Functionering en beoordeling een bijdrage kunnen leveren aan het creëren van een open cultuur?
 - Indien ja:
 - Hoe zou appraisal and assessment een rol kunnen spelen in het creëren van een open cultuur?
 - Met welke invulling zou appraisal and assessment daarin kunnen bijdragen?
 - Wat zouden de voorwaarden kunnen zijn voor een succesvol appraisal and assessment proces?
 - Indien nee:
 - Waarom?
 - Hoe zou zonder Functionering en beoordeling een meer open cultuur gecreëerd kunnen worden?

Socialisatie

Het vermoeden bestaat dat met het verstrekken van afspraken in een introductieprogramma een bijdrage wordt geleverd aan expliciet maken van impliciet geldende afspraken. Om vast te stellen of het verstrekken en het opnemen van de afspraken in een introductieprogramma bijdraagt aan het expliciete karakter, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat impliciete afspraken kunnen leiden tot onderling verstoorte verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- In hoeverre hebben de afspraken binnen de vakgroepen of maatschappen een expliciet karakter en waaruit blijkt dat?
- Hoe worden nieuwe medisch specialisten op de hoogte gesteld van de geldende afspraken?
- Zou het impliciet karakter van afspraken, die gelden binnen vakgroepen of maatschappen, explicieter gemaakt kunnen worden door deze te verstrekken met een introductieprogramma?
 - Indien ja:
 - Hoe?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?

Werkoverleg

Het vermoeden bestaat dat afspraken een expliciet karakter behouden of verkrijgen als periodiek aandacht wordt besteed aan de geldende afspraken. Om vast te stellen of het werkoverleg een bijdrage levert aan het expliciete karakter van afspraken, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat impliciete afspraken veroorzaakt kunnen worden doordat er niet periodiek aandacht aan besteedt wordt en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Kent de vakgroep of maatschap een periodiek overleg waarin aandacht wordt besteedt aan de geldende afspraken?
- Zou een periodiek overleg binnen de vakgroep of maatschap een bijdrage kunnen leveren aan het expliciete karakter van afspraken?
 - Indien ja:
 - Hoe?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?

4.2.5 Operationalisatie samenwerking

Oorzaak	Conceptualisatie	Voorstel HRM activiteit
5.1 Fusion/ Reorganisation Forced Collaboration	De medisch specialisten worden gedwongen tot samenwerking (bijv. bij fusie). Dit betekent dat medisch specialisten, die geen vertrouwen hebben in elkaar of elkaars werkwijze niet zien zitten, moeten samenwerken. Hierdoor neemt de kans op verstoorde onderlinge verhoudingen toe.	<u>Teambuilding:</u> Om medisch specialisten gedwongen te laten samenwerken zal gekeken worden of men met teambuilding elkaars meerwaarde gaat inzien. Met het inzien van elkaars meerwaarde ontstaat meer vertrouwen in elkaar. Hierdoor zal de kans op onderlinge verstoorde verhoudingen afnemen.
5.3 Colliding Personalities	Het niet betrekken van de persoonskenmerken bij het samenstellen van multidisciplinaire teams, wat betekent dat medisch specialisten met botsende karakters moeten samenwerken. Hierdoor neemt de kans op onderlinge verstoorde verhoudingen toe.	<u>Werving en selectie:</u> Voor het samenstellen van medisch specialisten die moeten gaan samenwerken in een team zal gekeken worden naar hoe persoonskenmerken daarbij betrokken kunnen worden. Dit betekent dat een betere inschatting gemaakt kan worden of een medisch specialist kan samenwerken en/of past binnen een bepaald team. Hierdoor zal de kans op onderling verstoorde verhoudingen afnemen.

Teambuilding

Het vermoeden bestaat dat teambuilding zou kunnen bijdragen aan het verbeteren van de onderlinge verhoudingen bij gedwongen samenwerking. Met teambuilding leren de medisch specialisten elkaar beter kennen en ontstaat inzicht in de meerwaarde van iedere individuele medisch specialist ten aanzien van de samenwerking. Om vast te kunnen stellen of teambuilding een rol zou kunnen spelen bij het verbeteren van (gedwongen) samenwerking, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat gedwongen samenwerking kan leiden tot onderling verstoorde verhoudingen en is dit wel eens voorgekomen in de praktijk?
- Zou teambuilding een bijdrage kunnen leveren aan de gedwongen samenwerking tussen medisch specialisten?
 - Indien ja:
 - Hoe?
 - Indien nee:
 - Waarom niet?

Werving en selectie

Het vermoeden bestaat dat door het betrekken van aanpalende vakgroepen en maatschappen in het werving en selectieproces, de kans afneemt dat medisch specialisten niet met elkaar kunnen samenwerken of niet passen binnen een team. Om vast te stellen of aanpalende vakgroepen en maatschappen betrokken zouden kunnen worden bij het werving en selectieproces en zo ja hoe, is operationalisatie noodzakelijk. Tijdens de interviews dient daarom informatie verzameld te worden rondom de volgende criteria:

- Kan de respondent zich voorstellen dat personen met botsende karakters die moeten werken in een team kunnen leiden tot onderling verstoorde verhoudingen en heeft u dit wel eens meegemaakt in de praktijk?
- Wordt bij de werving en selectie van nieuwe medisch specialisten het oordeel van aanpalende vakgroepen of maatschappen betrokken?
 - Indien niet:
 - Waarom niet?
 - Hoe zou het oordeel van aanverwante vakgroepen en maatschappen betrokken kunnen worden in het werving en selectieproces?
 - Indien wel:
 - Hoe?

4.3 Dataverzameling

Voor het verzamelen van data binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van negen informanten. De reden waarom informatie wordt verzameld via informanten, is dat informanten informatie verstrekken die een beeld weergeven van een hele groep in plaats van de opvatting van een individu [Babbie, 2007, p. 186]. Juist de informatie die een beeld schetst van de groep medisch specialisten is relevant voor het ontwikkelen van de HRM checklist. Het doel is namelijk om een HRM checklist te ontwikkelen die toepasbaar is op het werkdomein van iedere medisch specialist. Voor een HRM checklist die op het werkdomein van iedere medisch specialist toepasbaar moet zijn, kan geen rekening worden gehouden met individuele opvattingen en wensen. Dit betekent dat de informatie verzameling via informanten goed aansluit op het doel van de HRM checklist. In tabel 5 staat een overzicht van de informanten weergegeven.

Tabel 5 Een overzicht met informatie over de informanten

Informant	Functie	Management activiteiten Medisch Specialisten	Verhouding met ziekenhuis Medisch Specialisten
1	Adviseur HRM in de Zorg		
2	P&O Medewerker		
3	Functie bij Vereniging Medisch Stafbestuur		

4	Functie bij Vereniging Medisch Stafbestuur		
5	Chirurg	Voorzitter Medisch Stafbestuur	Vrijgevestigd
6	Manager P&O		
7	Radioloog	Geen	Vrijgevestigd
8	Kinderarts	Vicevoorzitter Medisch Stafbestuur	Vrijgevestigd
9	Reumatoloog	Voorzitter Medisch Stafbestuur	Loondienst

De tabel geeft de volgorde aan waarin de informanten zijn geïnterviewd. Om de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten is bewust gekozen om eerst een aantal informanten te spreken die dichtbij de medisch specialisten staan. Voor de validiteit betekent dit dat met de aanwijzingen van de informanten uit de omgeving de vragen zo aangepast kunnen worden, dat de vragen door medisch specialisten worden geïnterpreteerd zoals bedoeld. De belangrijkste aanwijzing die is aangegeven vanuit de omgeving van de medisch specialisten is dat HRM vaktermen zo veel mogelijk beperkt moeten worden. Het is juist beter om HRM tastbaar te maken in de vorm van voorbeelden, waarin medisch specialisten zichzelf zullen herkennen.

Tegelijkertijd wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot door informanten uit de omgeving van medisch specialisten bij het onderzoek te betrekken. De informanten uit de omgeving van de medisch specialisten beantwoorden de vragen vanuit een andere invalshoek. Het rekening houden met verschillende invalshoeken levert een bijdrage aan de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Om in contact te komen met de verschillende informanten is gebruik gemaakt van een contactpersoon uit het zakelijke netwerk. Tijdens de eerste bijeenkomst heeft deze contactpersoon aangegeven dat het erg lastig is om in contact te komen met medisch specialisten. Ten eerste kennen medisch specialisten een hoge werkdruk en ten tweede ligt het onderwerp van de afstudeeropdracht doorgaans buiten het interesseveld van de medisch specialisten. Aangezien de contactpersoon een sleutel positie binnen de ziekenhuis organisatie bekleedt, is besloten om via de contactpersoon contacten te leggen met eventuele informanten. Deze contactpersoon heeft verschillende personen benaderd en gevraagd naar de bereidheid om mee te werken aan het onderzoek. Uiteindelijk zijn er zeven personen bereid gevonden mee te werken aan de interviews.

Als naar de tabel wordt gekeken met informatie over de medisch specialisten, is het opvallend dat het gaat om drie medisch specialisten die zich vrijwillig bezig houden met management activiteiten. Deze medisch specialisten zijn bewust benaderd door de contact persoon, omdat zij waarschijnlijk in staat zijn de meest bruikbare informatie te geven. Dit komt omdat zij kunnen switchen tussen twee werelden, die van de medisch specialist en die van de manager. Als medisch specialist kunnen zij aangeven hoe bepaalde keuzes toepasbaar zijn op het werkdomein van de medisch specialist. Als manager zien zij de toegevoegde waarde in van management instrumenten, zoals de HRM checklist. Aangezien deze medisch specialisten de twee werelden kunnen combineren, zal de informatie van hen het meest waardevol zijn voor een eerste ontwikkeling van de HRM checklist. Bovendien is er bewust voor gekozen om zowel medisch specialisten uit een maatschap als uit loondienst te betrekken bij het onderzoek. De reden is om inzicht te verkrijgen in de verschillen van de relaties (een hiërarchische arbeidsrelatie en een niet-hiërarchische relatie) en of dit gevolgen heeft voor bepaalde keuzes.

De contactpersoon met de sleutel positie in het ziekenhuis heeft naast zichzelf nog een persoon benaderd die vanuit de P&O invalshoek meewerkt aan het onderzoek. Er is gekozen om vanuit de P&O invalshoek personen te interviewen, om informatie te achterhalen over in hoeverre medisch specialisten welke HRM activiteiten toepassen. Ook zullen de personen met een P&O achtergrond kunnen aangeven in hoeverre zij als HR medewerkers een bijdrage kunnen leveren bij het HRM beleid gericht op medisch specialisten.

Ten slotte zijn er twee personen uit het bestuur van de Vereniging Medische Staf benaderd om mee te werken aan het onderzoek. Er is gekozen om deze twee personen te benaderen, omdat zij belangrijke informatie kunnen verstrekken over het beleid dat van toepassing is op medisch specialisten. Deze personen helpen mee beleid te formuleren dat onder andere betrekking heeft op het HRM gebied.

Uit de eerste interviews met de informanten uit de omgeving van de medisch specialisten is gebleken dat het belangrijk is om te realiseren dat medisch specialisten een hoge werkdruk kennen. Dit betekent dat zij een beperkte tijd beschikbaar stellen voor de interviews, waar effectief gebruik van gemaakt dient te worden. Op basis van de eerste interviews is aangeraden om te kiezen voor een effectieve vraagstrategie, zodat zo veel mogelijk informatie verzameld kan worden. Daarbij dient volgens hen gekozen te worden om óf per HRM activiteit twee algemene vragen te stellen óf juist per HRM activiteit een reeks van gerichte vragen te stellen.

Tijdens de interviews met de medisch specialisten is gebleken dat een combinatie van beiden noodzakelijk bleek. Om in het onderwerp te komen werden medisch specialisten gevraagd de twee algemene vragen te beantwoorden, zodat een algemeen beeld ontstaat van de processen. Maar tijdens de interviews is gebleken dat om meer diepgang te creëren het noodzakelijk bleek om tussendoor gerichtere vragen te stellen.

Bij de informatieverzameling is gekozen om de resultaten uit het voorgaande interview mee te nemen naar het volgende interview. Hierdoor hoeft niet steeds naar de bekende weg gevraagd te worden, omdat uit de voorgaande interviews al is gebleken hoe bepaalde aspecten in elkaar zitten. Wat wel belangrijk is om in dit geval te vermelden, is dat de resultaten uit het voorgaande interview niet als 'waarheid' worden aangemerkt. De resultaten worden op zo'n manier betrokken bij het volgende interview, dat wel eerst wordt geverifieerd hoe iets zit. Dit hoeft alleen niet meer door een informant opnieuw aangedragen te worden bij een interview, maar er wordt dan gericht gevraagd naar het onderwerp. Hierdoor kan meer diepgang gecreëerd te worden bij het verzamelen van informatie. Bovendien wordt op deze manier efficiënt gebruik gemaakt van de schaarse tijd van de medisch specialisten.

Bij het afnemen van de interviews is gebruik gemaakt van een interview protocol [Creswell, 2009]. Het interview protocol heeft als voordeel dat het een leidraad is, die de onderzoeker ondersteuning biedt om alle onderwerpen onder de aandacht te brengen. Bovendien zorgt het opstellen van een interview protocol ervoor dat er per onderwerp een aantal 'doorvraag'-vragen worden bedacht, die moeten voorkomen dat het interview vastloopt. Zoals al vermeld wordt bij de interviews onderscheid gemaakt tussen informanten uit de omgevingen van de medisch specialisten en de medisch specialisten die zelf optreden als informanten. Dit heeft er dan ook in geresulteerd dat er twee interview protocollen zijn opgesteld die staan weergegeven in bijlage VII.

4.4 Data Analyse

Aangezien dit onderzoek een kwalitatief onderzoek betreft, is het noodzakelijk dat zorgvuldig wordt omgegaan met de data analyse. De verkregen resultaten uit de interviews zijn steeds direct na de interviews uitgewerkt tot transcripts. Het uitwerken van de interviews heeft uiteindelijk geresulteerd in 45 pagina's tekst in ongeveer 35 uur tijd.

De volgende stap is om de kwalitatieve data op een systematische wijze te analyseren. Binnen dit onderzoek is ervoor gekozen om de data aan de hand van de content analyse te analyseren. De content analyse sluit aan bij het doel van het onderzoek, en dat is alleen het inzichtelijk maken van welke HRM activiteiten relevant en toepasbaar zijn om de geïdentificeerde oorzaken te reduceren. De content analyse laat geen verbanden of onderlinge relaties zien tussen de resultaten en dat is ook niet de bedoeling van dit onderzoek. Bovendien is de content analyse in overeenstemming met het eerste deel van dit onderzoek.

Met de content analyse wordt de tekst gestandaardiseerd door categorieën toe te wijzen aan delen van de tekst [Babbie, 2007, p. 320]. Bij het analyseren van de data voor dit onderzoek gaat het om de onderliggende boodschap van de tekst, waardoor codering ook plaatsvindt aan de hand van de onderliggende boodschap van de tekst [Babbie, 2007, p. 325]. De categorieën die gehanteerd worden zijn de geïdentificeerde oorzaak categorieën, zodat meteen duidelijk is dat het gecodeerde stuk tekst relevant is voor de betreffende oorzaak categorie. De relevantie van de stukken tekst worden bepaald aan de hand van de operationalisatie. Voor iedere oorzaak categorie worden de transcripts doorgelezen en als een van de indicatoren uit de operationalisatie voor die oorzaak categorie staat beantwoord in de transcript, wordt dat deel tekst gecodeerd. Dit betekent ook dat bepaalde delen tekst uit de transcripts meerdere keren gecodeerd worden door verschillende oorzaak categorieën. Nadat alle operationalisaties zijn gecodeerd in de transcripts, kunnen de gecodeerde teksten per oorzaak categorie bij elkaar worden gevoegd. Vanuit deze samengevoegde teksten kan voor iedere oorzaak categorie een samenvatting gegeven worden die dient als de resultaten. In die resultaten staan uiteindelijk de criteria van de operationalisatie beantwoord, oftewel er wordt per oorzaak categorie beantwoord of de HRM relevant is en hoe deze eventueel toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven die zijn verzameld op basis van de interviews. De resultaten worden per oorzaak gepresenteerd, zodat gericht beargumenteerd kan worden of de HRM activiteit relevant en toepasbaar is. Met de relevantie wordt bedoeld of de HRM activiteit daadwerkelijk een positieve bijdrage kan leveren aan de bijbehorende oorzaak. Daarnaast is de toepasbaarheid de mogelijkheid of de HRM activiteit daadwerkelijk inzetbaar is binnen het werkdomein van de medisch specialist. Voor een doelgerichte HRM-checklist is het noodzakelijk dat de HRM activiteiten zowel relevant als toepasbaar zijn. Op basis van de inzichten of HRM activiteiten relevant en toepasbaar zijn, kan verderop in het onderzoek invulling gegeven worden aan de HRM-checklist. Voor het waarborgen van het overzicht worden de resultaten van de interviews per paragraaf besproken. Binnen iedere paragraaf wordt een hoofdcategorie oorzaak besproken.

5.1 HRM: personeelsplanning

Werving en selectie

Uit de praktijk blijkt dat het werven en selecteren van nieuwe medisch specialisten wordt gebaseerd op de persoonskenmerken. Vakgroepen of maatschappen betrekken de persoonskenmerken ieder op hun eigen manier. Om te bepalen of bijvoorbeeld behoefte is aan een leiderstype, een volgeling, financiële of organisatorische deskundigheid, wordt gekeken naar wat voor type mensen deel uitmaken van een vakgroep of maatschap. Bij het werven en selecteren zijn de vakgroepcommissie, de stafcommissie en de ziekenhuiscommissie betrokken. Elke commissie is formeel bevoegd om de gewenste persoonskenmerken aan te geven en om de kandidaten tijdens de selectiegesprekken te bevragen met als doel informatie te achterhalen over de persoonskenmerken. Het doel van het betrekken van deze commissies is dat als er problemen zijn binnen de vakgroep, er door de andere commissies een soort zekerheid wordt gecreëerd voor het werven van een medisch specialist die qua persoonskenmerken past binnen de vakgroep.

Het aandacht schenken aan de persoonskenmerken blijkt relevant voor een evenwichtige samenstelling van persoonlijkheden binnen een vakgroep of maatschap. De resultaten laten zien dat het werven en selecteren op persoonskenmerken toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialisten. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van het betrekken van de persoonskenmerken in de werving en selectie, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het werving en selectie proces?*
- *Wordt er rekening gehouden met de persoonskenmerken in het werving en selectie proces?*
- *Hoe worden de persoonskenmerken betrokken in het werving en selectie proces?*
- *Hoe worden de vereiste persoonskenmerken door de vakgroep of maatschap samengesteld?*
- *Wordt vooraf in de maatschap besproken wat voor persoon binnen de maatschap past?*

- *Ontstaan er binnen de verschillende sollicitatiecommissies verschillende opvattingen over de vereiste persoonskenmerken waar een kandidaat aan moet voldoen?*
- *Hoe wordt er gelet op de vereiste persoonskenmerken tijdens de werving en selectie?*
- *Naar welke aspecten wordt bij een kandidaat gekeken tijdens de selectie?*
- *Hoe worden de vereiste persoonskenmerken getest bij de kandidaten?*
- *Wordt een kandidaat wel eens naar een assessment center gestuurd?*

Gedragscodes

De resultaten uit de praktijk laten zien dat voor het ontbinden van toelatingsovereenkomsten medisch specialisten aantoonbaar moeten disfunctioneren. Een medisch specialist die niet past binnen een maatschap is geen reden om de overeenkomst te ontbinden. In de praktijk worden verantwoordelijkheden toegekend aan medisch specialisten via een gedragscode en een kwaliteitsreglement die ondertekend worden in het contract met de medische staf. Medisch specialisten die deze verantwoordelijkheden niet nakomen worden hierop aangesproken en krijgen een aantekening in het dossier. Met twee waarschuwingen kan een functioneringsvraag gesteld worden door de medische staf en de Raad van Bestuur aan het medisch stafbestuur. Het medisch stafbestuur onderzoekt of een medisch specialist disfunctioneert en adviseert de Raad van Bestuur om al dan niet over te gaan tot ontbinding van de toelatingsovereenkomst. Uit de resultaten blijkt dat bij medisch specialisten die niet passen binnen een maatschap daarom vaak geschermd wordt met disfunctioneren. Op het moment dat zij problemen in de communicatie en samenwerking veroorzaken kan dat een reden zijn voor een waarschuwing en een aantekening tot gevolg.

Het inzetten van een gedragscode en een bedrijfsreglement blijkt relevant om de kans op het ontbinden van de toelatingsovereenkomst te vergroten, aangezien de Raad van Bestuur hierdoor beter in staat is het gedrag van de medisch specialisten te sanctioneren. Uit de resultaten blijkt dat het toekennen van verantwoordelijkheden en sanctioneren bij het niet nakomen toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist, door de gedragscode en een kwaliteitsreglement op te nemen in de overeenkomst met de medische staf. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van het inzetten van een gedragscode en bedrijfsreglement, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Kan er een beschrijving gegeven worden van de ontslagprocedure van een medisch specialist in loondienst?*
- *Waar wordt de verhouding tussen de maatschappen en het ziekenhuis door gekenmerkt?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van de ontslagprocedure van medisch specialisten uit maatschappen?*
- *Welke partijen spelen een rol bij de ontslagprocedure van een maat uit een maatschap?*
- *Is het wel eens voorgekomen dat een nieuwe medisch specialist achteraf toch niet blijkt te passen binnen de vakgroep of maatschap?*
- *Wat doet de vakgroep of maatschap eraan als blijkt dat een medisch specialist niet past binnen de vakgroep of maatschap?*
- *Kan een ziekenhuis directie ingrijpen als een medisch specialist slecht functioneert binnen een maatschap?*
- *Wat gebeurt er als een maatschap niet achter het ingrijpen van de ziekenhuis directie staat?*
- *Wat voor maatregelen kunnen getroffen worden als blijkt dat een medisch specialist niet binnen een maatschap past?*

- *Is het gevoerde beleid door het ziekenhuis vooruitstrevend beleid wat het ziekenhuis hanteert?*
- *Is het waar dat het ziekenhuis juridisch sterker staat met het opnemen van een gedragscode en een kwaliteitsreglement in de overeenkomst, voor het ontbinden van de toelatingsovereenkomst met medisch specialisten die niet passen binnen de vakgroep of maatschap?*
- *Wat zijn de consequenties voor de maatschap als de toelatingsovereenkomst met een van de maten wordt ontbonden?*

Management van uitstroom/Arbeidsmobiliteit

De resultaten uit de praktijk laten zien dat het soms voor komt dat medisch specialisten besluiten vrijwillig te vertrekken bij problemen binnen de maatschap. De maatschap kan het vrijwillige vertrek van medisch specialisten stimuleren door afspraken te maken over de financiën of outplacement. Hoewel de informanten zich geen geval van outplacement kunnen herinneren, is dit voor medisch specialisten wel een optie. Het outplacementtraject wordt vaak niet gefaciliteerd door de maatschap of het ziekenhuis, maar de vrijwillig vertrekkende medisch specialisten regelen zelf een outplacementtraject. Een andere mogelijkheid is dat vrijwillig vertrekkende medisch specialisten eerder met pensioen gaan. Met het vrijwillige vertrek van een medisch specialist lost het probleem zichzelf meestal op. Het vrijwillige vertrek heeft doorgaans ook geen gevolgen voor de vakgroep. Het vrijwillige vertrek en een outplacementtraject is voor medisch specialisten van zowel vakgroepen als maatschappen hetzelfde. Het enige verschil is dat in het geval van een maatschap een regeling voor de goodwill en de afkoop afgesproken moet worden.

Het stimuleren van het vrijwillige vertrek van een medisch specialist die problemen veroorzaakt binnen de maatschap, blijkt relevant voor het oplossen van problemen binnen de maatschap. De resultaten laten zien dat outplacement toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van het stimuleren van het vrijwillige vertrek van een medisch specialist, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Komt het wel eens voor dat medisch specialisten besluiten vrijwillig te vertrekken als er problemen zijn binnen de maatschap?*
- *Wat voor gevolgen heeft het vrijwillige vertrek voor de maatschap?*
- *Is het denkbaar dat de vakgroep of maatschap het vrijwillig vertrek van een medisch specialist stimuleert (niet alleen financieel, maar ook bijvoorbeeld door outplacement aan te bieden)?*
- *Wordt door medisch specialisten wel eens gebruik gemaakt van outplacement?*
- *In hoeverre denkt u dat het verschillend is voor vakgroepen en maatschappen?*

Loopbaanmanagement

De resultaten uit de praktijk laten zien dat vanuit het ziekenhuis vrijwel niets wordt geregeld voor het loopbaanmanagement van medisch specialisten. Ziekenhuizen hebben vaak geen arbeidsrelaties met de medisch specialisten, doordat deze vanuit maatschappen werken en zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen loopbanen. Tegelijkertijd worden medisch specialisten ook niet vanuit de maatschap ondersteund bij het realiseren van de ambities. Uit de resultaten blijkt dat als reden wordt gegeven dat medisch specialisten hoogopgeleide mensen zijn waarvan aangenomen mag worden dat zij

zichzelf kunnen redden. Er wordt vanuit gegaan dat de medisch specialisten die een verdere loopbaan ambieren dit wel voor zichzelf regelen.

Het ontwikkelen van een loopbaanbeleid met als doel om medisch specialisten intern over te plaatsen bij problemen is niet relevant. Medisch specialisten vervullen tijdens hun loopbaan geen verschillende functies zoals medewerkers uit het bedrijfsleven, waardoor zij gebonden zijn aan de plek en collega specialisten in de ziekenhuis organisatie. Uit de resultaten blijkt bovendien dat de ontwikkeling van een loopbaanbeleid (momenteel) niet toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialisten. Om de relevantie en toepasbaarheid van de ontwikkeling van een loopbaanbeleid voor medisch specialisten vast te kunnen stellen, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen medisch specialisten in loondienst en de vrijgevestigden?*
- *Hoe zou de levensvreugde van medisch specialisten ondersteund kunnen worden?*
- *Wie helpt de medisch specialisten bij de loopbaanontwikkeling en arbeidsvreugde?*
- *Wordt er rekening gehouden met de leeftijdscohorten van medisch specialisten?*
- *Hoe is de loopbaanontwikkeling van medisch specialisten geregeld?*
- *Worden de medisch specialisten gefaciliteerd in hun loopbaanontwikkeling door de maatschap of het ziekenhuis?*

5.2 Organisatie cultuur

Functionering en beoordeling

De resultaten laten zien dat het nog te prematuur is om te kunnen vaststellen dat appraisal en assessment bijdraagt aan het creëren van een open cultuur binnen maatschappen. Wel wordt in de praktijk vermoed dat de cultuur, mede door alle aandacht aan het verbeteren van de kwaliteit vanuit de overheid en Orde van Medisch Specialisten, steeds verder veranderd. Medisch specialisten spreken elkaar in toenemende mate aan op elkaars handelen of bepaalde situaties. Klachten, claims en het complicatieregister zijn steeds meer het onderwerp van gesprek.

Het inzetten van appraisal en assessment blijkt een relevant instrument om in te zetten tegen de gesloten cultuur van maatschappen. De cultuur zal gaandeweg minder gesloten worden, zodat problemen eerder besproken worden, waardoor de noodzaak dat de ziekenhuisdirectie zou moeten ingrijpen minder wordt. Uit de praktijk blijkt dat het inzetten van functionering en beoordeling toepasbaar is door onder leiding van een onafhankelijke gespreksleider feedback uit de omgeving van de specialist te verzamelen. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van functionering en beoordeling, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Hoe is de relatie tussen de maatschappen en de ziekenhuisdirectie?*
- *Is de ziekenhuisdirectie op de hoogte van de ontwikkelingen die spelen binnen maatschappen?*
- *Grijpen maatschappen zelf in bij onderlinge problemen in de maatschap?*
- *Wat heeft de maatschap eraan gedaan om een prettige cultuur te creëren?*

- *Beoordelen medisch specialisten elkaar intern in de vakgroep of maatschap?*
- *Vinden er functionerings- en beoordelingsgesprekken plaats ten aanzien van medisch specialisten volgens IFMS beoordelingssysteem?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het beoordelingsproces IFMS?*
- *Draagt een beoordelingssysteem, zoals IFMS, bij aan het creëren van een meer open cultuur?*
- *Kan een medisch specialist weigeren mee te werken aan IFMS als het medisch stafbestuur het besluit heeft genomen dat medisch specialisten verplicht moeten meewerken aan IFMS?*
- *Wat voor maatregelen worden er getroffen als medisch specialisten weigeren mee te werken aan IFMS?*

Werving en selectie

Uit de praktijk blijkt dat de culturele kenmerken van een persoon worden betrokken in het werving en selectieproces van nieuwe medisch specialisten. Vooraf wordt geanalyseerd uit welke type mensen de vakgroep of maatschap bestaat, zodat bepaald kan worden aan wat voor type kenmerken de vakgroep of maatschap behoefte heeft. Bij het werven en selecteren zijn de vakgroepcommissie, de stafcommissie en de ziekenhuiscommissie betrokken. Elke commissie is formeel bevoegd om de gewenste culturele kenmerken aan te geven en de kandidaten tijdens de selectiegesprekken te bevragen om informatie te achterhalen over de culturele kenmerken. Het doel van het betrekken van deze commissies is dat als er problemen zijn binnen de vakgroep, er door de andere commissies een soort zekerheid wordt gecreëerd voor het werven van een medisch specialist die qua culturele kenmerken past.

Het aandacht schenken aan de culturele kenmerken tijdens de werving en selectie blijkt relevant voor een evenwichtige samenstelling van de vakgroep of maatschap. Uit de resultaten blijkt dat het werven en selecteren op culturele kenmerken toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist. Voor het vaststellen van de relevantie en de toepasbaarheid van het betrekken van de culturele kenmerken in de werving en selectie, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het werving en selectie proces van medisch specialist?*
- *Wordt er rekening gehouden met de culturele kenmerken in het werving en selectie proces?*
- *Hoe worden de culturele kenmerken betrokken in het werving en selectie proces?*
- *Hoe worden de vereiste culturele kenmerken door de vakgroep of maatschap samengesteld?*
- *Wordt vooraf in de maatschap besproken wat voor persoon binnen de maatschap past?*
- *Ontstaan er binnen de verschillende sollicitatiecommissies verschillende opvattingen over de vereiste culturele kenmerken waar een kandidaat aan moet voldoen?*
- *Hoe wordt er gelet op de vereiste culturele kenmerken tijdens de werving en selectie?*
- *Naar welke aspecten wordt bij een kandidaat gekeken tijdens de selectie?*
- *Hoe worden de vereiste culturele kenmerken getest bij de kandidaten?*
- *Wordt een kandidaat wel eens naar een assessment center gestuurd?*

Socialisatie

De resultaten laten zien dat maatschappen meeloopdagen organiseren voor kandidaten om realistische informatie te verstrekken over de maatschap. Volgens de respondenten is een

uitgebreide wervingsboodschap weinig effectief, gezien het beperkte aantal kandidaten dat gemiddeld reageert op een vacature. De hoeveelheid aanvullende informatie in de wervingsboodschap is daarnaast afhankelijk van het specialisme. Verder blijkt uit de resultaten dat medisch specialisten in hun socialisatieproces worden ondersteund door een algemeen introductieprogramma, georganiseerd door het ziekenhuis. De medisch specialisten worden daarin op de hoogte gesteld van het beleid en de regels van het ziekenhuis. Tegelijkertijd is de ondersteuning vanuit maatschappen juist beperkt, met als argument dat nieuwe medisch specialisten al kennis hebben gemaakt met de maatschap tijdens de meeloopdag. Bovendien worden medisch specialisten aangemerkt als hoopopgeleide personen waarvan aangenomen mag worden dat zij zichzelf kunnen redden. Hoewel de nieuwe medisch specialisten wel door de maatschap worden geïnformeerd over wat van hen qua werkwijze en houding wordt verwacht, wordt hier niet veel tijd en aandacht aan besteed. Dit betekent dat maatschappen geen gebruik maken van een introductieprogramma en ook geen mentoren toewijzen aan nieuwe medisch specialisten. Oveigens wordt een introductieprogramma wel als efficiënt aangemerkt als het gaat om een introductie over de maatschap, het ziekenhuis en het informatiesysteem in de eerste week.

Het verstrekken van realistische informatie over de vacature en de maatschap blijkt relevant voor het beperken van culturele verschillen binnen de maatschap. Een realistische informatieverstrekking over de vacature en de maatschap is bovendien toepasbaar op het werkdomein van medisch specialisten door middel van een wervingsboodschap en het organiseren van meeloopdagen. Uit de resultaten blijkt dat voor het beperken van de culturele verschillen het tevens relevant is nieuwe medisch specialisten te informeren met een introductieprogramma over de maatschap. Een introductieprogramma is toepasbaar op het werkdomein van medisch specialisten, als het nieuwe medisch specialisten gedurende de eerste week informeert over de maatschap. De gehanteerde werkwijze en verwachte houding kunnen aangemerkt worden als onderdeel van de maatschap. Om de relevantie en toepasbaarheid van het beïnvloeden van het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten vast te stellen, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Besteedt uw vakgroep aandacht aan de introductie van nieuwe medisch specialisten?*
- *Wat wordt er gedaan aan de introductie van nieuwe medisch specialisten?*
- *Worden er introductieprogramma's opgezet voor medisch specialisten?*
- *Hoe ziet het introductieprogramma voor nieuwe medisch specialisten eruit?*
- *Zijn er ook introductieprogramma's voor nieuwe medisch specialisten die door de vakgroep of maatschap zelf opgezet worden?*
- *Hoe ziet de eerste werkweek van een nieuwe medisch specialist eruit?*
- *Krijgt een nieuwe medisch specialist een coach of mentor toegewezen?*
- *Hoe zorgt de vakgroep of maatschap ervoor dat de nieuwe medisch specialist werkt volgens de geldende werkwijzen en gewenste houding?*
- *Worden de geldende werkwijzen en de gewenste houding kenbaar gemaakt met een socialisatieprogramma?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het werving en selectie proces van nieuwe medisch specialisten?*
- *Staat in de vacature realistische informatie vermeld over de vakgroep of maatschap?*

5.3 Professionele Cultuur

Functionering en beoordeling

Uit de resultaten blijkt dat maatschappen behoefte hebben aan een huishoudelijk reglement waarin afspraken staan opgenomen over de omgang, zodat problemen en discussie achteraf voorkomen kunnen worden. Het bespreken en het maken van afspraken over gevoelige onderwerpen, zoals de omgang, blijkt afhankelijk van de heersende cultuur uit een vakgroep. Dit blijkt in een open cultuur met gelijkwaardige personen makkelijker te gaan. Het is nog te prematuur om vast te kunnen stellen dat functionering en beoordeling bijdraagt aan het creëren van een open cultuur. Wel bestaat het vermoeden bij de informanten dat de cultuur dankzij functionering en beoordeling steeds verder veranderd naar een open cultuur. Deze vermoedens zijn gebaseerd op de toenemende aanspreekcultuur en bepaalde onderwerpen die steeds vaker het onderwerp van gesprek zijn.

Functionering en beoordeling blijkt een relevante activiteit te zijn voor het creëren van een open cultuur met als doel om de onderlinge omgang beter bespreekbaar te maken. Uit de resultaten blijkt dat functionering en beoordeling toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist, door onder leiding van een onafhankelijke gespreksleider feedback uit de omgeving van de medisch specialist te verzamelen. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van functionering en beoordeling, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Worden er binnen vakgroepen of maatschappen afspraken gemaakt over de onderlinge omgangsnormen?*
- *In hoeverre is de aanwezige cultuur binnen een vakgroep of maatschap van invloed op het bespreken van omgangsnormen en het maken van afspraken daarover?*
- *Wat heeft de maatschap eraan gedaan om een prettige cultuur te creëren?*
- *Draagt een beoordelingssysteem, zoals IFMS, bij aan het creëren van een meer open cultuur?*
- *Beoordelen medisch specialisten elkaar intern in de vakgroep of maatschap?*
- *Vinden er functionerings- en beoordelingsgesprekken plaats ten aanzien van medisch specialisten volgens IFMS beoordelingssysteem?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het beoordelingsproces IFMS?*
- *Kan een medisch specialist weigeren mee te werken aan IFMS als het medisch stafbestuur het besluit heeft genomen dat medisch specialisten verplicht moeten meewerken aan IFMS?*
- *Wat voor maatregelen worden er getroffen als medisch specialisten weigeren mee te werken aan IFMS?*

Socialisatie

De resultaten laten zien dat maatschappen meeloopdagen organiseren voor kandidaten om realistische informatie te verstrekken over de maatschap, zodat een beeld ontstaat van de aanwezige cultuur en de manier van omgang. Het is afhankelijk van het specialisme in hoeverre de wervingsboodschappen van vakgroepen aanvullende informatie bevatten over de vakgroep. De resultaten tonen aan dat uitgebreide wervingsboodschappen als weinig effectief worden aangemerkt, vanwege het beperkte aantal kandidaten dat gemiddeld reageert per vacature. Verder blijkt uit de resultaten dat maatschappen wel aandacht besteden aan het informeren van nieuwe medisch specialisten informeren over de geldende omgangsnormen. Maar dit is beperkt en het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten wordt ook niet ondersteund met een

introductieprogramma. Ook wijzen maatschappen de nieuwe medisch specialisten geen mentoren toe ter ondersteuning van het socialisatieproces. De belangrijkste reden voor de beperkte ondersteuning is dat de nieuwe medisch specialisten volgens de informanten door de meeloopdagen op de hoogte zijn over de verwachtingen. Toch is uit de resultaten gebleken dat een introductieprogramma wel als efficiënt wordt aangemerkt als het gaat om de introductie over de maatschap, het ziekenhuis en het informatiesysteem gedurende de eerste week.

Het verstrekken van realistische informatie over de maatschap blijkt relevant voor het krijgen van een beeld van de cultuur van de maatschap en de geldende omgangsnormen. Resultaten laten zien dat het verstrekken van realistische informatie over de maatschap tijdens de werving en selectie toepasbaar is binnen het werkdomein van de medisch specialist met het organiseren van meeloopdagen. Om de machocultuur verder te beperken is het tevens relevant dat maatschappen nieuwe medisch specialisten met een introductieprogramma informeren over de geldende omgangsnormen. Resultaten hebben aangetoond dat een introductieprogramma toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist, als maatschappen nieuwe medisch specialisten gedurende de eerste werkweek informeren over de maatschap. De aanwezige cultuur en de geldende omgangsnormen kunnen aangemerkt worden als onderdeel van de maatschap. Om de relevantie en toepasbaarheid van het beïnvloeden van het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten vast te stellen, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Worden binnen vakgroepen of maatschappen afspraken gemaakt over de onderlinge omgang?*
- *Hebben vakgroepen of maatschappen de onderlinge omgangsnormen vastgelegd?*
- *Hoe zorgt een vakgroep of maatschap ervoor dat de nieuwe medisch specialist gaat werken volgens de geldende omgangsnormen?*
- *Staat in de vacature informatie vermeld over de cultuur en structuur van de maatschap?*
- *Hoe ziet de eerste werkweek van een nieuwe medisch specialist eruit?*
- *Besteedt de vakgroep aandacht aan de introductie van nieuwe medisch specialisten?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het introductieprogramma voor nieuwe medisch specialisten?*
- *Hoe worden de geldende omgangsnormen bekend gemaakt bij de nieuwe medisch specialisten?*
- *Zijn de geldende omgangsnormen onderdeel van het introductieprogramma van nieuwe medisch specialisten?*

Functionering en beoordeling

De resultaten laten zien dat het bovenmatig individualistisch en autonoom werken gesignaleerd zal worden door functionering en beoordeling. De informanten stellen dat momenteel nog niet geconcludeerd kan worden dat de medisch specialisten beter gaan functioneren door de functioneringsgesprekken. Wel is waarneembaar dat het besef is toegenomen dat iedere medisch specialist verantwoordelijk is voor zowel het individuele functioneren als voor dat van de hele vakgroep of maatschap. De respondenten stellen dat de toename in verantwoordelijkheid wellicht belangrijker is dan het verbeteren van het functioneren. De medisch specialisten die niet meewerken aan de verantwoordelijkheden worden daar momenteel al door collega's op aangesproken.

Het inzetten van functionering en beoordeling blijkt een relevant instrument dat ingezet kan worden om medisch specialisten beter te laten functioneren (samenwerken). Het inzetten van functionering en beoordeling is toepasbaar op het werkdomein van de medisch specialisten, door onder leiding van een onafhankelijke gespreksleider feedback uit de omgeving van de medisch specialist te

verzamenen. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van functionering en beoordeling, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Worden er binnen vakgroepen of maatschappen afspraken gemaakt over de onderlinge samenwerking?*
- *Vinden er functionerings- en beoordelingsgesprekken plaats ten aanzien van medisch specialisten volgens het IFMS beoordelingssysteem?*
- *Heeft u het idee dat functionerings- en beoordelingsgesprekken leiden tot het verbeteren van het functioneren van medisch specialisten?*
- *Hebben functionerings- en beoordelingsgesprekken invloed hebben op de mate waarin medisch specialisten individualistisch en autonoom werken?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het beoordelingsproces IFMS?*
- *Is iedere medisch specialist verplicht mee te werken aan het beoordelingssysteem IFMS?*
- *Kan een medisch specialist weigeren mee te werken aan IFMS als het medisch stafbestuur het besluit heeft genomen dat medisch specialisten verplicht moeten meewerken aan IFMS?*
- *Wat voor maatregelen worden er getroffen als medisch specialisten weigeren mee te werken aan IFMS?*
- *Hoe kijkt u tegen een collectieve terugkoppeling aan van de individuele beoordelingsresultaten?*

Socialisatie

De resultaten laten zien dat maatschappen realistische informatie verstrekken over de maatschap door meeloopdagen te organiseren voor kandidaten tijdens de werving en selectie. Hierdoor ontstaat voor de nieuwe medisch specialisten een realistisch beeld van wat wordt verwacht van de samenwerking. Het is afhankelijk van het specialisme in hoeverre wervingsboodschappen bestaan uit uitgebreide realistische informatie over de cultuur en de manier van samenwerking. Uitgebreide wervingsboodschappen worden als niet effectief aangemerkt door de informanten, omdat doorgaans per vacature gemiddeld een klein aantal kandidaten reageert. Hoewel uit de resultaten blijkt dat vakgroepen nieuwe medisch specialisten wel informeren over de samenwerking, wordt daaraan weinig tijd en aandacht besteed. De vakgroepen ondersteunen het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten doorgaans dan ook niet met een introductieprogramma. Wel blijkt uit de resultaten dat een introductieprogramma in de eerste werkweek over de maatschap als efficiënt wordt beschouwd.

Het verstrekken van realistische informatie over de maatschap blijkt relevant voor het beperken van het bovenmatig individualistisch en autonoom werken. Resultaten laten zien dat het verstrekken van realistische informatie over de maatschap tijdens de werving en selectie, toepasbaar is binnen het werkdomein van de medisch specialist, door middel van het organiseren van meeloopdagen. Voor het verder beperken van het bovenmatig individualistisch en autonoom werken, blijkt dat het relevant is dat maatschappen nieuwe medisch specialisten met een introductieprogramma informeren over de verwachtingen ten aanzien van de samenwerking. Resultaten hebben aangetoond dat een introductieprogramma toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist, als maatschappen nieuwe medisch specialisten gedurende de eerste werkweek informeren over de maatschap. De verwachting ten aanzien van de samenwerking kan aangemerkt worden als onderdeel van de maatschap. Om de relevantie en toepasbaarheid van het beïnvloeden van het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten vast te stellen, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een

compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Maken vakgroepen of maatschappen afspraken over de onderlinge omgang?*
- *Hebben vakgroepen of maatschappen de onderlinge omgangsnormen vastgelegd?*
- *Hoe zorgt een vakgroep of maatschap ervoor dat de nieuwe medisch specialist gaat werken volgens de geldende omgangsnormen?*
- *Staat in de vacature informatie vermeld over de cultuur en structuur van de maatschap?*
- *Hoe ziet de eerste werkweek van een nieuwe medisch specialist eruit?*
- *Besteedt de vakgroep aandacht aan de introductie van nieuwe medisch specialisten?*
- *Kan een beschrijving gegeven worden van het introductieprogramma voor nieuwe medisch specialisten?*
- *Hoe worden de geldende omgangsnormen bekend gemaakt bij de nieuwe medisch specialisten?*
- *Zijn de geldende omgangsnormen onderdeel van het introductieprogramma van nieuwe medisch specialisten?*

5.4 Organisatiestructuur

Functionering en beoordeling

Resultaten uit de praktijk laten zien dat het nog te prematuur is om vast te stellen dat functionering en beoordeling een bijdrage levert aan het creëren van een open cultuur. De informanten gaan er wel vanuit dat functionering en beoordeling daaraan zal bijdragen. Het vermoeden wordt gebaseerd op de toenemende aanspreekcultuur en bepaalde onderwerpen die steeds vaker het onderwerp van gesprek zijn. De resultaten laten zien dat het bespreekbaar maken van bepaalde onderwerpen en het maken van afspraken, afhankelijk is van de heersende cultuur uit een vakgroep of maatschap. Volgens de informanten gaat dat makkelijker in een open cultuur met gelijkwaardige personen. Het inzetten van functionering en beoordeling blijkt een relevant instrument om de problemen te voorkomen, die veroorzaakt kunnen worden door de hiërarchieloze structuur van maatschappen. Uit de resultaten blijkt dat het inzetten van functionering en beoordeling toepasbaar is op het werkdomein van medisch specialisten, door onder leiding van een onafhankelijke gespreksleider feedback uit de omgeving van de specialist te verzamelen. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van functionering en beoordeling, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie van paragraaf. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Hoe ziet de organisatiestructuur van maatschappen eruit?*
- *Grijpen maatschappen bij (onderlinge) problemen zelf in?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van de besluitvorming die over het algemeen heerst binnen maatschappen?*
- *In hoeverre is de besluitvorming binnen maatschappen mede afhankelijk van de aanwezige cultuur?*
- *Wat heeft de maatschap eraan gedaan om een prettige cultuur te creëren?*
- *Draagt een beoordelingssysteem als IFMS bij aan het creëren van een meer open cultuur?*
- *Vinden er functionerings- en beoordelingsgesprekken plaats ten aanzien van medisch specialisten volgens IFMS beoordelingssysteem?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het beoordelingsproces IFMS?*

- *Kan een medisch specialist weigeren mee te werken aan IFMS als het medisch stafbestuur het besluit heeft genomen dat medisch specialisten verplicht moeten meewerken aan IFMS?*
- *Wat voor maatregelen worden er getroffen als medisch specialisten weigeren mee te werken aan IFMS?*

Socialisatie

De resultaten laten zien dat de richtlijnen en procedures vaak schriftelijk vastliggen in tegenstelling tot gemaakte afspraken over bijvoorbeeld de omgang binnen de maatschap. Over het algemeen wordt weinig aandacht besteed aan het overbrengen van afspraken, richtlijnen en procedures op nieuwe medisch specialisten. Uit de resultaten blijkt dat het niet efficiënt is om de vele richtlijnen en procedures op te nemen in een introductieprogramma. Om de nieuwe medisch specialisten kennis te laten maken met de richtlijnen en procedures, is het veel efficiënter om deze te laten meewerken in de praktijk. Afspraken die betrekking hebben op de maatschap kunnen volgens de respondenten wel worden opgenomen in een introductieprogramma. Een introductieprogramma over de maatschap in de eerste werkweek blijkt namelijk wel efficiënt te zijn.

Uit de resultaten blijkt dat het opnemen van de afspraken in een introductieprogramma relevant is om de nieuwe medisch specialisten hiervan bewust te maken, zodat de afspraken een explicieter karakter krijgen. De respondenten hebben aangegeven dat het opnemen van de afspraken in een introductieprogramma toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialist, zolang er niet te veel informatie wordt verstrekt. Het gaat om de afspraken die betrekking hebben op de maatschap, en daar horen de inhoud van de richtlijnen en procedures niet bij. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van een introductieprogramma, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Maken medisch specialisten binnen de maatschap afspraken met elkaar over verschillende zaken?*
- *Heeft de maatschap de onderlinge afspraken schriftelijk vastgelegd?*
- *Hoe zorgt de maatschap ervoor dat de nieuwe medisch specialisten werken volgens de gemaakte afspraken en vereiste werkwijzen?*
- *Worden de gemaakte afspraken en vereiste werkwijzen bekend gemaakt bij de nieuwe medisch specialisten?*
- *Hoe ziet de eerste werkweek van een nieuwe medisch specialist eruit?*
- *Besteedt de vakgroep aandacht aan de introductie van nieuwe medisch specialisten?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het introductieprogramma van nieuwe medisch specialisten?*
- *Zijn de gemaakte afspraken en de vereiste werkwijze onderdeel van het introductieprogramma van nieuwe medisch specialisten?*
- *Krijgt een nieuwe medisch specialist een mentor of coach toegewezen?*

Werkoverleg

Uit de resultaten is gebleken dat vakgroepen en maatschappen frequent overleg organiseren en dit ook belangrijk vinden. In de maatschappen wordt veel overleg gepleegd over uiteenlopende onderwerpen. Volgens de respondenten wordt het geplande werkoverleg regelmatig overgeslagen dankzij de hoge werkdruk van de medisch specialisten. Hoewel uit de resultaten blijkt dat het functioneren van de maatschap terugkerend op de agenda wordt gezet voor het overleg, krijgt dit

onderwerp vaak onvoldoende aandacht tijdens het overleg. Er zijn inmiddels maatschappen die heidagen organiseren en daarin het functioneren van de maatschap uitgebreid bespreken.

Het organiseren van frequent werkoverleg blijkt volgens de respondenten relevant te zijn voor het creëren van een explicieter karakter van de geldende afspraken, richtlijnen en procedures. Het werkoverleg blijkt tevens toepasbaar op het werkdomein van de medisch specialist, door het functioneren van de maatschap als agendapunt op te nemen in het overleg. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van het bespreken van het functioneren van de maatschap tijdens het werkoverleg, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Worden er afspraken gemaakt tussen medisch specialisten binnen de maatschap over de maatschap?*
- *Hoe zou werkoverleg kunnen bijdragen aan de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten?*
- *Is er frequent overleg tussen de medisch specialisten uit een vakgroep of maatschap?*
- *Hoe is het overleg geregeld binnen de vakgroep of maatschap?*
- *Worden er wel eens heidagen door de vakgroep of maatschap georganiseerd?*

5.5 Samenwerking

Teambuilding

Op basis van de resultaten blijkt dat een succesvolle samenwerking tussen medisch specialisten benaderd dient te worden vanuit de meerwaarde die het voor hen heeft. Medisch specialisten beschouwen onder andere verdere specialisatie, het delen van diensten en het effectiever en efficiënter kunnen werken van een maatschap, als meerwaarde. Voor de samenwerking moeten veel keuzes en besluiten worden genomen, waarbij uiteindelijk iedereen achter dezelfde beslissingen moet komen te staan. Volgens de respondenten is het bij de gedwongen samenwerking niet gebruikelijk om teambuilding als activiteit te gebruiken om de samenwerking van de grond te krijgen. In plaats van teambuilding wordt de samenwerking vaak ondersteund door een mediationtraject met een interne of externe mediator.

Uit de resultaten blijkt dat teambuilding voor het aangaan van een gedwongen samenwerking niet relevant is. Teambuilding blijkt daarentegen wel toepasbaar op het werkdomein van de medisch specialisten, maar niet binnen de context van het aangaan van een gedwongen samenwerking. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van het inzetten van teambuilding bij gedwongen samenwerking, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Voor het verkrijgen van een compleet beeld rondom de criteria, is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Wat is in veel gevallen de oorzaak dat gedwongen samenwerking kan leiden tot conflicten?*
- *Op welke wijze komt er een samenwerking tot stand na een fusie tussen twee ziekenhuizen?*
- *Wat gebeurt er als medisch specialisten en maatschappen echt niet willen samenwerken?*
- *Zou vanuit P&O ondersteuning geboden kunnen worden bij de gedwongen samenwerking van medisch specialisten?*

- *Zou teambuilding een instrument kunnen zijn om medisch specialisten bij gedwongen samenwerking dichter bij elkaar te krijgen?*
- *Zou P&O een rol kunnen spelen bij de teambuilding van medisch specialisten?*

Werving en selectie

De resultaten laten zien dat aanpalende vakgroepen of maatschappen, de zorgmanagers en de Raad van Bestuur worden betrokken bij de werving en selectie van nieuwe medisch specialisten. Deze partijen zijn de direct betrokkenen van de medisch specialisten en zij worden het beste in staat geacht te beoordelen wat de vereiste persoonskenmerken zijn. Tegelijkertijd kunnen deze partijen volgens de respondenten het beste inschatten welke kandidaat voldoet aan de vereiste criteria. Uit de resultaten blijkt dat het oordeel van van deze partijen niet altijd in dezelfde mate wordt betrokken tijdens het werving en selectie proces. Het is een formaliteit die als zekerheid is ingebouwd in het proces, zodat bij problemen in een vakgroep of maatschap meer invloed uitgeoefend kan worden door de aanpalende specialismen, zorgmanagers en de Raad van Bestuur.

Het betrekken van het oordeel van aanpalende specialismen blijkt relevant voor het verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking. Het oordeel van aanpalende specialismen is tevens toepasbaar op het werkdomein van de medisch specialisten. Het betrekken van aanpalende specialismen is te realiseren door de benoemde partijen bij de verschillende stappen van het werving en selectie proces te betrekken. Voor het vaststellen van de relevantie en toepasbaarheid van het oordeel van andere partijen bij de werving en selectie van een nieuwe medisch specialist, dient informatie verzameld te worden rondom de criteria uit de operationalisatie. Om alle criteria te dekken is het gaandeweg de interviews gebleken dat de vragen uit de onderstaande tabel gesteld dienen te worden.

- *Is het wel eens voor gekomen dat een nieuwe medisch specialist achteraf toch niet blijkt te functioneren?*
- *Kan er een beschrijving gegeven worden van het werving en selectie proces van nieuwe medisch specialisten?*
- *Wordt er bij de werving en selectie aandacht besteedt aan het oordeel van aanpalende vakgroepen en/of maatschappen?*
- *Ontstaan er binnen de verschillende sollicitatiecommissies verschillende opvattingen waar een nieuwe kandidaat aan moet voldoen?*
- *Mogen de aanpalende vakgroepen tijdens de werving en selectie een oordeel geven over de kandidaten?*
- *Wordt het oordeel van de aanpalende vakgroepen en/of maatschappen ook meegenomen in het uiteindelijke selectie oordeel?*

6 Discussie

Binnen dit hoofdstuk worden de bevindingen uit het literatuur framework gekoppeld aan de resultaten. In iedere paragraaf staat een hoofdoorzaak categorie centraal waarin een discussie wordt gevoerd over de aangedragen HRM activiteiten. In die discussie worden de belangrijkste overeenkomsten, verschillen en mogelijke verklaringen besproken. Aan de hand van de overwegingen wordt per HRM activiteit bepaald of deze wordt opgenomen in de HRM checklist. Indien de HRM activiteit opgenomen wordt, eindigt de HRM activiteit met een aantal elementen die de HRM activiteit zal gaan vertegenwoordigen in de HRM checklist. De elementen die opgenomen worden in de HRM checklist zijn bepaald aan de hand van de antwoorden op de vragen die in de interviews zijn gesteld.

6.1 HRM: Personeelsplanning

Werving en selectie

Vanuit het literatuur framework blijkt dat als een organisatie de persoonskenmerken wil betrekken bij de werving en selectie, deze vooraf vastgesteld moeten worden. De persoonskenmerken kunnen aangemerkt worden als competenties voor een organisatie en dienen afgeleid te worden vanuit de strategische visie van de organisatie.

Uit de resultaten is gebleken dat vakgroepen momenteel al veel aandacht schenken aan het betrekken van de persoonskenmerken. De vakgroepen betrekken de persoonskenmerken bij de werving en selectie door een analyse uit te voeren over de vakgroep. Tijdens die analyse wordt gekeken naar hoe de vakgroep in elkaar zit en aan wat voor soort persoonskenmerken de vakgroep behoefte heeft om relationele problemen te voorkomen.

Een vergelijking van het literatuur framework en de resultaten laat zien dat vakgroepen de vereiste persoonskenmerken samenstellen door een analyse uit te voeren in plaats van deze uit de strategische visie af te leiden. Door zo'n analyse ontstaat een beeld van welke persoonskenmerken een kandidaat moet bezitten om binnen de vakgroep of maatschap te passen. Dit wil niet zeggen dat het per definitie niet goed is dat de competenties afgeleid worden van de strategische visie. Competenties afgeleid uit de strategische visie zouden aangemerkt moeten worden als een richtinggevend kader voor een toekomstige en vooruitstrevende werving en selectie. Door dit centraal te stellen worden mensen geworven die qua vereiste persoonskenmerken binnen de toekomstvisie passen. Maar om te zorgen dat een nieuwe medisch specialist binnen een bestaande vakgroep past, zouden de vereiste persoonskenmerken bepaald moeten worden aan de hand van de huidige samenstelling van de vakgroep in plaats van vanuit de strategische visie. Uiteindelijk zijn de beide uitgangspunten voor het formuleren van vereiste persoonskenmerken van belang.

Een vakgroep met interne problemen is waarschijnlijk niet in staat om kritisch te beoordelen aan welke soort type persoon de vakgroep behoefte heeft. De omgeving heeft door de omgang met de vakgroep wel een beeld hoe de vakgroep in elkaar zit en waarschijnlijk wel een beeld aan welk type de vakgroep behoefte heeft. De resultaten laten dan ook zien dat de Raad van Bestuur, het zorgmanagement en de medische staf worden betrokken bij het aantrekken van een nieuwe medisch

specialist. Deze partijen hebben de formele bevoegdheid tot inspraak in alle stappen van het werving en selectieproces. Met deze formele bevoegdheid worden een aantal zekerheden in het werving en selectie proces ingebouwd, zodat vakgroepen met interne problemen niet alleen een nieuwe medisch specialist kunnen aannemen. Om verdere interne problemen te voorkomen, is het noodzakelijk dat de omgeving van de vakgroep bevoegdheid verkrijgt in het werving en selectie proces tot inspraak.

Om de kans op botsende persoonlijkheden binnen maatschappen te verkleinen, dient het betrekken van de persoonskenmerken bij de werving en selectie opgenomen te worden in de HRM-checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou het werving en selectie beleid, gericht op medisch specialisten, voor zover bekend, moeten voldoen aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Voor het vaststellen van de vereiste persoonskenmerken van een kandidaat een analyse uitvoeren naar de samenstelling van de vakgroep.
2. De vereiste persoonskenmerken opnemen in de profielbeschrijving van de toekomstige medisch specialist.
3. De voorgeselecteerde kandidaten uitnodigen voor een meeloopdag binnen de vakgroep.
4. Het informatie inwinnen over de nieuwe aan te trekken medisch specialist door de opgegeven referenties te checken en rondvraag te doen binnen de netwerken van de medisch specialisten.
5. De kandidaat tijdens het sollicitatiegesprek bevragen op de persoonskenmerken.
6. De Raad van Bestuur, het (zorg)management en de medische staf een formele bevoegdheid geven tot inspraak in het werving en selectie proces.

Management van uitstroom/Arbeidsmobiliteit

In het literatuur framework staat weergegeven dat slecht functionerend personeel gestimuleerd kan worden vrijwillig te vertrekken. De organisatie kan het vrijwillige vertrek stimuleren met financiële prikkels en door medewerkers een outplacementtraject aan te bieden.

Uit de resultaten blijkt dat medisch specialisten dat medisch specialisten in soms worden gestimuleerd in het vrijwillige vertrek. Voor het stimuleren van het vrijwillige vertrek kunnen afspraken gemaakt worden voor financiële prikkels of outplacement. In de meeste gevallen wordt het outplacementtraject niet gefaciliteerd door de maatschap of het ziekenhuis, terwijl het vrijwillige vertrek relevant kan zijn. De problemen binnen de maatschap worden met het vertrek vanzelf opgelost.

Een vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat zien dat hoewel outplacement een stimulerend instrument kan zijn voor het vrijwillige vertrek, dit nauwelijks wordt toegepast op de medisch specialisten. Er zou afgevraagd moeten worden waarom outplacement nauwelijks wordt toegepast op de medisch specialisten. Een outplacementtraject kan grotere problemen binnen een vakgroep voorkomen als een medisch specialist daaraan besluit mee te doen. Het is ook niet zo dat outplacement niet van toepassing is op het werkdomein van de medisch specialisten, aangezien het wel eens voorkomt. Een ziekenhuis die een arbeidsovereenkomst is aangegaan met een medisch specialist, die problemen veroorzaakt binnen de vakgroep, heeft minder belang bij het stimuleren van het vrijwillige vertrek van een medisch specialist. Als een ziekenhuis kan aantonen dat een medisch specialist interne problemen binnen de vakgroep veroorzaakt, kan deze de medisch specialist ontslaan. Maatschappen zouden outplacement in tegenstelling tot ziekenhuizen aantrekkelijk moeten vinden, omdat zij de maten die problemen veroorzaken binnen de maatschap niet kunnen ontslaan. Wel kan de maatschap het stimuleren van outplacement onaantrekkelijk

vinden, omdat de kosten van het traject voor rekening van de maatschap komt. Aan de andere kant zou de maatschap een afweging moeten maken tussen de nadelen van problemen binnen de maatschap en de kosten van het outplacementtraject. Een maatschap met een goede werksfeer waarin medisch specialisten veel uren samen moeten doorbrengen, is wellicht belangrijker dan de kosten van outplacement.

Overigens hoeft een maatschap niet per definitie een outplacement te stimuleren als zich nog andere mogelijkheden voordoen om het vrijwillige vertrek te stimuleren. Het voordeel van outplacement is dat medisch specialisten ondersteund worden bij het vinden van een nieuwe werkgever of maatschap. Bij een vrijwillig vertrek binnen de medische wereld, moet er wel 'iets' met een medisch specialist aan de hand zijn. Het is een reden om een medisch specialist elders niet meer zo snel aan te nemen. Als een medisch specialist met ondersteuning van outplacement op zoek gaat naar een nieuwe functie, straalt het misschien wel meer vertrouwen uit binnen de medische wereld. Om de problemen binnen een maatschap op te lossen, dient het stimuleren van het vrijwillige vertrek vanuit de maatschap opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou het stimuleren van het vrijwillige vertrek van medisch specialisten door maatschappen, voor zover bekend, moeten voldoen aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. In de maatschap afspraken maken over de mogelijkheden tot het stimuleren van het vrijwillige vertrek en deze vastleggen.
2. Het vrijwillige vertrek van een medisch specialist, die problemen veroorzaakt binnen de maatschap, stimuleren.
3. Per situatie beoordelen welke maatregelen getroffen moeten worden om het vrijwillige vertrek van een medisch specialist te stimuleren.

Loopbaanmanagement

In het literatuur framework staan geen literaire bevindingen weergegeven. Er is geen relevante literatuur gevonden waarin staat dat medewerkers bij problemen met de werkomgeving door een intern loopbaanbeleid intern sneller te verplaatsen.

Uit de resultaten blijkt dat loopbaanmanagement vrij onbekend is binnen het werkdomein van de medisch specialisten. Vanuit zowel het ziekenhuis als vanuit maatschappen worden de medisch specialisten nauwelijks ondersteund in hun loopbaan. Er wordt door de informanten aangegeven dat de medisch specialisten die een verdere loopbaan ambieren die wel voor zichzelf regelen.

Er kan geen vergelijking gemaakt worden tussen het literatuur framework en de resultaten, aangezien er geen literaire bevindingen zijn. Wel kan vanuit de definitie van loopbaanmanagement een discussie aangegaan worden. De definitie van loopbaanmanagement geeft aan dat loopbaanmanagement gericht is op een optimale afstemming van de wensen en eisen van de organisatie enerzijds en de wensen en eisen van de medewerker anderzijds. Deze definitie laat zien dat loopbaanmanagement toepasbaar is op de loopbaan van een medisch specialist. Toch blijkt de ondersteuning voor loopbaanmanagement onder de medisch specialisten erg minimaal. De medisch specialisten worden wel gefaciliteerd om een aantal cursussen te volgen als deze de functie van een stafvoorzitterschap gaat vervullen. Maar veel verder reikt het loopbaanmanagement voor medisch specialisten van het ziekenhuis niet, terwijl er wel sprake is van een hiërarchische arbeidsverhouding. De medisch specialisten met ambities moeten deze zonder actieve ondersteuning vanuit het ziekenhuis waarmaken. Er kan afgevraagd worden of het niet actief stimuleren van het

loopbaanmanagement onder medisch specialisten ervoor zorgt dat de medisch specialisten zich niet optimaal ontwikkelen, terwijl het ziekenhuis daar wel belang bij zou hebben.

Voor de maatschappen ligt het voeren van een actief loopbaanmanagement weer anders. De maatschap is gevormd om gezamenlijk de opbrengsten en kosten te delen, waardoor het zeer waarschijnlijk is dat medisch specialisten niets zien in het elkaar ondersteunen van de ambities. Door de informanten is ook aangegeven dat de maatschappen daar in het algemeen ook geen zin in hebben, omdat de medisch specialisten verantwoordelijk zijn voor hun eigen loopbaan. Misschien heeft het loopbaanmanagement ook voor de maatschap op zich toegevoegde waarde. Als alle medisch specialisten uit een maatschap interesse hebben voor dezelfde ambities en loopbanen is dat niet in het voordeel van de maatschap. Het zou veel beter zijn als iedereen zich concentreert op een ander gebied, zodat kennis en kunde vanuit verschillende invalshoeken samenkomt. Dan is het wel belangrijk dat de maatschap een beeld heeft waar het in de toekomst naar toe wil en welke medisch specialist zich op welk gebied wil ontwikkelen.

Doordat op dit moment de relevantie van loopbaanmanagement nog onvoldoende bekend is en er onduidelijkheid is over de toepasbaarheid, zal het loopbaanmanagement onder medisch specialisten niet worden opgenomen in de HRM checklist.

Geen elementen die worden opgenomen in de HRM checklist.

Gedragcodes

Het literatuur framework schept de verwachting dat de toelatingsovereenkomst ontbonden kan worden met een medisch specialist die niet past binnen een vakgroep of maatschap, als deze de toegekende verantwoordelijkheden niet nakomt. In de praktijk ligt dit veel genuanceerder, aangezien medisch specialisten aantoonbaar moeten disfunctioneren, voordat de ziekenhuisdirectie de toelatingsovereenkomst kan ontbinden. Het niet passen van een persoonlijkheid, van een medisch specialist, binnen een vakgroep valt niet onder disfunctioneren.

Uit de resultaten blijkt echter dat er in de praktijk in dit soort gevallen wel wordt geschermd met disfunctioneren. Er zal bijvoorbeeld melding worden gemaakt van zo'n medisch specialist wanneer deze ook slecht communiceert met zijn patienten. Zo'n medisch specialist loopt het risico een aantekening te krijgen in zijn dossier en bij twee aantekeningen kan de functioneringsvraag gesteld worden. Hoewel de kans klein is dat in zo'n geval daadwerkelijk wordt overgegaan tot ontbinding, is het hanteren van een gedragscode en kwaliteitsreglement relevant. Het inzetten van gedragscodes en bedrijfsreglementen biedt de omgeving, van een medisch specialist die niet past binnen de vakgroep, een middel om aan te geven dat iemand disfunctioneert. De kans op het aantonen van disfunctioneren is namelijk per definitie groter met het hanteren van een gedragscode en een kwaliteitsreglement dan zonder.

Volgens de respondenten wordt een gedragscode en een kwaliteitsreglement in de meeste Nederlandse ziekenhuizen gehanteerd. Ondanks de beperkte kans op het aantonen van disfunctioneren door een medisch specialist, als gevolg van het niet passen binnen een vakgroep, dient het hanteren van gedragscode en een kwaliteitsreglement opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdende met het literatuur framework, de resultaten uit dit onderzoek en de daaruit ontstane discussie, zou het beleid rondom de gedragscode en het kwaliteitsreglement, gericht op medisch specialisten, voor zover bekend, moeten voldoen aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. De gedragscode en het kwaliteitsreglement opnemen in de overeenkomst die de medisch specialist aangaat met de medische staf.
2. In de toelatingsovereenkomst de documenten van toepassing verklaren die getekend worden tussen de medisch specialist en de medische staf.
3. Het registreren van de incidenten als de medisch specialist de bepalingen uit de gedragscode en/of het kwaliteitsreglement niet nakomt.

6.2 Organisatiecultuur

Functionering en beoordeling

In het literatuur framework wordt ervan uitgegaan dat functionering en beoordeling bijdraagt aan het voorkomen van het escaleren van kleine problemen. Er wordt vanuit gegaan dat functionering en beoordeling bijdraagt aan het creëren van een open cultuur, zodat kleine problemen tijdig worden besproken en (niet als gevolg van een gesloten cultuur) escaleren tot grote problemen. Het literatuur framework stelt bovendien dat beoordelingen collectief teruggekoppeld zouden moeten worden in de vakgroep. De aanwezige problemen kunnen daarbij meteen besproken en opgelost worden.

Uit de resultaten blijkt dat er na het inzetten van functionering en beoordeling al een toenemende aanspreekcultuur waarneembaar is onder de medisch specialisten. Ook zijn bepaalde onderwerpen steeds vaker het onderwerp van een gesprek. De resultaten laten bovendien zien dat de respondenten een collectieve terugkoppeling van de beoordeling hanteerbaar vinden, mits dit niet wordt verplicht door het medisch stafbestuur.

Een vergelijking laat zien dat het vermoeden uit het literatuur framework dat functionering en beoordeling een bijdrage levert aan het creëren van een open cultuur wordt bevestigd door de resultaten van de respondenten. De effecten van functionering en beoordeling zijn nu al waarneembaar onder de medisch specialisten. Doordat medisch specialisten elkaar sneller aanspreken en bepaalde onderwerpen bespreekbaar maken, worden de kleine problemen al in een begin stadium uitgesproken. Deze effecten lijken te duiden op een eerste cultuuromslag naar een prettige open cultuur. De effecten tot zover laten zien dat hoogstwaarschijnlijk zeer relevant is dat het beoordelingsbeleid deel uitmaakt van het HRM beleid voor medisch specialisten.

De beoordelingen kunnen individueel en collectief worden teruggekoppeld. Als het literatuur framework en de resultaten over de collectieve terugkoppeling met elkaar vergeleken wordt, blijkt dat de tijdsbesparing het enige voordeel is ten opzichte van de individuele terugkoppeling. De informanten zijn niet per definitie tegen een collectieve terugkoppeling, maar zijn van mening dat deze terugkoppeling alleen hanteerbaar is binnen vakgroepen waar de verhoudingen al goed zijn. De vraag is of het niet juist goed zou zijn voor die vakgroepen die problemen kennen in de onderlinge verhoudingen. Door elkaar te beoordelen en deze beoordelingen binnen de vakgroep te motiveren, worden meteen kleine problemen en irritaties uitgesproken. Op dit moment wordt er om twee redenen voor gekozen om het beleid rond de terugkoppeling van beoordelingen over te laten aan de vakgroepen zelf. Functionering en beoordeling is nog redelijk nieuw en 'spannend' voor de medisch specialisten. Een collectieve terugkoppeling tegen de wil in van de vakgroepen zou daarom op dit moment echt nog een stap te ver zijn. Het is beter om te richten op de acceptatie van functionering en beoordeling als instrument door alle medisch specialisten. Bovendien dient bij een eventuele verplichte collectieve terugkoppeling afgevraagd te worden wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit

van de beoordelingen. De medisch specialisten kunnen bijvoorbeeld besluiten elkaar milder te beoordelen als besloten is tot een collectieve terugkoppeling, zodat zij de confrontatie niet met elkaar aan hoeven te gaan. Als dat gebeurd is het hele effect van functionering en beoordeling weg. Aangezien het zeer waarschijnlijk is dat functionering en beoordeling voor de maatschap leidt tot een open cultuur waarin problemen bespreekbaar zijn, dient het beoordelingsbeleid opgenomen te worden in de HRM checklist.

Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou voor het opstellen van een beoordelingsbeleid, voor zover bekend, moeten worden voldaan aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Het wederzijds beoordelen van de medisch specialisten volgens de uitgangspunten van de IFMS methodiek van de Orde van Medisch Specialisten.
2. Het beleid rondom de terugkoppeling van de beoordelingen door de vakgroepen zelf laten bepalen.
3. De nieuwe medisch specialisten worden bij aanname verplicht gesteld tot het meewerken aan de functionering en beoordeling.

Werving en selectie

In het literatuur framwork staat weergegeven dat voor het betrekken van de culturele kenmerken bij de werving en selectie, deze vooraf vastgesteld dienen te worden door de organisatie. De culturele kenmerken behoren volgens het literatuur framework tot de competenties, welke afgeleid dienen te worden van de strategische visie van een organisatie.

Uit de resultaten is gebleken dat vakgroepen veel aandacht schenken aan het betrekken van de culturele kenmerken bij de werving en selectie. De vakgroepen betrekken de culturele kenmerken door te analyseren hoe een vakgroep op dat moment in elkaar zit en waar behoefte aan is.

Een vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat zien dat de vakgroepen de culturele kenmerken niet afleiden vanuit de strategische visie. Er wordt een analyse gemaakt van een vakgroep, waarbij gekeken wordt uit welke types een vakgroep bestaat, zodat vervolgens beoordeeld kan worden aan welke culturele kenmerken behoefte is. Dit wil niet zeggen dat het per definitie niet goed is om de competenties niet af te leiden vanuit de strategische visie. Competenties afgeleid uit de strategische visie zouden aangemerkt moeten worden als een richtinggevend kader voor een toekomstige en vooruitstrevende werving en selectie. Door dit centraal te stellen worden mensen geworven die qua vereiste culturele kenmerken binnen de toekomstvisie passen. Om te zorgen dat een nieuwe medisch specialist binnen een bestaande vakgroep past, zouden de vereiste culturele kenmerken wel bepaald moeten worden aan de hand van de huidige samenstelling van de vakgroep in plaats vanuit de strategische visie. Uiteindelijk zijn de beide uitgangspunten voor het formuleren van vereiste culturele kenmerken van belang.

Er is al eerder besproken dat het belangrijk is dat de omgeving van de vakgroep de formele bevoegdheid tot inspraak zou moeten hebben. Die conclusie is voor het betrekken van de culturele kenmerken hetzelfde en de discussie zal hier daarom niet nomaals besproken worden, omdat er geen nieuwe resultaten en inzichten aan toegevoegd kunnen worden.

Om de kans op botsende persoonlijkheden binnen maatschappen te verkleinen, dient het betrekken van de culturele kenmerken bij de werving en selectie opgenomen te worden in de HRM-checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende

discussie, zou het werving en selectie beleid, gericht op medisch specialisten, voor zover bekend, moeten voldoen aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Voor het vaststellen van de vereiste culturele kenmerken van een kandidaat een analyse uitvoeren naar de samenstelling van de vakgroep.
2. De vereiste culturele kenmerken opnemen in de profielbeschrijving van de toekomstige medisch specialist.
3. De voorgeselecteerde kandidaten uitnodigen voor een meeloopdag binnen de vakgroep.
4. Het informatie inwinnen over de nieuwe aan te trekken medisch specialist door de opgegeven referenties te checken en rondvraag te doen binnen de netwerken van de medisch specialisten.
5. De kandidaat tijdens het sollicitatiegesprek bevragen op de persoonskenmerken.
6. De Raad van Bestuur, het (zorg)management en de medische staf een formele bevoegdheid geven tot inspraak in het werving en selectie proces.

Socialisatie

In het literatuur framework staat dat een organisatie die tijdens de werving en selectie realistische informatie verstrekt over de organisatie de juiste kandidaten kan aantrekken en daardoor de kans op culturele verschillen kan beperken.

Uit de resultaten blijkt dat maatschappen weinig aanvullende informatie in wervingsboodschappen vermelden, omdat dit volgens de respondenten niet effectief is wegens het beperkte aantal kandidaten dat gemiddeld reageert per vacature. Daarnaast organiseren maatschappen meeloopdagen om realistische informatie te kunnen verstrekken aan kandidaten. Door het meelopen in de maatschap ontstaat bij beide partijen een beter beeld van elkaar. Hierdoor kan een betere inschatting gemaakt worden of de cultuur van de maatschap en de culturele achtergrond van een kandidaat bij elkaar passen.

Hoewel uit het literatuur framework blijkt dat met een realistische wervingsboodschap een specifieke groep kandidaten aangetrokken kan worden, is het de vraag of dit voor de medisch specialisten ook geldt. De wervingsgroep van medisch specialisten kan hierdoor vermoedelijk ook kleiner worden in plaats van groter. Bij het verstrekken van meer specifieke informatie aan de doelgroep medisch specialisten, bestaat de kans dat nog minder kandidaten voldoen aan de vereisten. In het bedrijfsleven kan dat juist wenselijk zijn, omdat daar vooral bij algemene vacatures, zoals een sales functie, zeer grote aantallen en uiteenlopende kandidaten kunnen reageren. Het afwegen van deze argumenten zorgt ervoor dat het verstrekken van uitgebreide wervingsboodschappen vermoedelijk onvoldoende resultaat zal opleveren. Dit betekent dat een uitgebreide wervingsboodschap niet opgenomen zal worden in de HRM checklist. Wel dient de informatie die in de wervingsboodschap staat realistisch te zijn.

In het literatuur framework zijn de meeloopdagen niet als specifieke optie besproken, terwijl uit de resultaten blijkt dat deze bij iedere werving en selectie worden georganiseerd door vakgroepen. De meeloopdagen verstrekken zeer realistische informatie over de vakgroep, doordat personen de cultuur daadwerkelijk zelf kunnen ervaren. Het ervaren van de cultuur stelt kandidaten en vakgroepen beiden beter in staat een inschatting te maken over of zij qua culturele achtergrond bij elkaar passen. Voor het beperken van de culturele verschillen tussen een nieuwe medisch specialist en een vakgroep, dient het organiseren van meeloopdagen voor kandidaten opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou voor het verstrekken van realistische informatie aan kandidaten tijdens

de werving en selectie, voor zover bekend, moeten worden voldaan aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. De wervingsboodschap verstrekt slechts realistische informatie over de gewenste werkwijze en houding naar de kandidaten.
2. Het organiseren van meeloopdagen voor de kandidaten tijdens de werving en selectie procedure.

In het literatuur framework staat dat een organisatie met een introductie laat zien dat deze het belangrijk vindt dat haar medewerkers goed functioneren. Bovendien informeert een introductie de nieuwe medewerkers over welke normen en waarden belangrijk worden gevonden.

Uit de resultaten blijkt dat het ziekenhuis een algemene introductie organiseert waarbij nieuwe medisch specialisten worden geïnformeerd over het beleid en de geldende regels in het ziekenhuis. Vakgroepen daarentegen blijken juist beperkt introducties te organiseren, omdat nieuwe medisch specialisten volgens de respondenten wel zouden weten wat van hen wordt verwacht dankzij de meeloopdagen. Bovendien wordt het argument aangedragen dat medisch specialisten hoogopgeleid zijn en daardoor zichzelf moeten kunnen redden.

De introductie van het ziekenhuis levert vermoedelijk alleen een bijdrage aan het beperken van de culturele verschillen op hoofdlijnen, terwijl het doel is om de culturele verschillen binnen een vakgroep te beperken. Hoewel de respondenten aangeven dat een introductie niet belangrijk is, is dat het juist wel om de culturele verschillen binnen de vakgroep te beperken. Ondanks dat medisch specialisten hoogopgeleid zijn, kunnen vakgroepen niet van nieuwe medisch specialisten verwachten dat zij weten wat van hen qua werkwijze en houding wordt verwacht. In het bedrijfsleven doorlopen hoogopgeleide personen vaak een uitgebreid introductieprogramma, waaruit geconcludeerd kan worden dat het niveau niet echt in relatie staat tot een introductie. Het is juist noodzakelijk dat nieuwe medisch specialisten worden geïnformeerd, zodat zij zich conform de verwachtingen kunnen gedragen. De meeloopdagen zouden naast een realistische informatieverstrekking aangemerkt kunnen worden als een begin van de introductie. Maar tijdens de meeloopdagen wordt onvoldoende expliciete aandacht besteed aan het informeren van de nieuwe medisch specialisten over de gewenste werkwijze en houding. Om de culturele verschillen tussen een nieuwe medisch specialist en de vakgroep te beperken, is het noodzakelijk om het introductiebeleid uit te breiden. Hierdoor worden nieuwe medisch specialisten na aanname ondersteund bij de socialisatie, zodat zij weten wat van hen wordt verwacht qua werkwijze en houding. Volgens de informanten is een introductie over de maatschap en het ziekenhuis in de eerste werkweek efficiënt. De gewenste werkwijze en houding zijn aan te merken als onderdeel van de maatschap. Aan de hand van de overwegingen en de mening van de informanten over de introductie, dient het organiseren van een introductieprogramma door vakgroepen opgenomen te worden in de HRM checklist.

Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou een introductieprogramma voor het beperken van de culturele verschillen, voor zover bekend, moeten voldoen aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Het ziekenhuis organiseert een introductie voor de nieuwe medisch specialist, waarin de medisch specialist wordt geïnformeerd over de regels en het beleid van het ziekenhuis.
2. De vakgroep organiseert een introductie voor de nieuwe medisch specialist, waarin de medisch specialist wordt geïnformeerd over de gewenste werkwijze en de houding.

6.3 Professionele cultuur

Functionering en beoordeling

Volgens het literatuur framework draagt functionering en beoordeling bij aan het creëren van een open cultuur, zodat afspraken gemaakt kunnen worden over de omgang om onderlinge frustraties te beperken. Het literatuur framework pleit er bovendien voor dat beoordelingen collectief worden teruggekoppeld in de maatschap, omdat dit een extra bijdrage zou leveren aan het creëren van de open cultuur.

Uit de resultaten blijkt dat er na het inzetten van functionering en beoordeling al een toenemende aanspreekcultuur waarneembaar is onder de medisch specialisten. Ook zijn bepaalde onderwerpen steeds vaker het onderwerp van een gesprek. De resultaten laten bovendien zien dat de respondenten een collectieve terugkoppeling van de beoordeling hanteerbaar vinden, mits dit niet wordt verplicht door het medisch stafbestuur.

Een vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat geen opvallende verschillen zien. Door de inzet van functionering en beoordeling lijken nu al effecten waarneembaar die duiden op een open cultuur. Daarbij gaat het om de toenemende aanspreekcultuur en de onderwerpen die steeds vaker het onderwerp van het gesprek zijn. Als de medisch specialisten elkaar nu al makkelijker aanspreken en onderwerpen bespreekbaar maken die voorheen beperkt werden besproken, zal het op den duur het onderwerp omgang ook sneller worden aangesneden als onderwerp. De open verhoudingen en een goede sfeer maken het bovendien eenvoudiger om afspraken met elkaar te maken over de omgang, omdat daarvoor overeenstemming bereikt moet worden tussen de medisch specialisten. Personen geven bij goede onderlinge verhoudingen vermoedelijk makkelijker toe en zullen daardoor minder op hun strepen staan als ze het ergens niet helemaal mee eens zijn. Gezien de effecten tot zover is het zeer relevant dat het beoordelingsbeleid deel uitmaakt van het HRM beleid voor medisch specialisten.

In het literatuur framework wordt enige aandacht besteed aan de collectieve terugkoppeling van de beoordelingen. Een vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat enige verschillen zien. De discussie hierover is onlangs al gevoerd en zal hier niet nogmaals worden uitgewerkt, aangezien er geen nieuwe resultaten en inzichten zijn.

Aangezien het zeer waarschijnlijk is dat functionering en beoordeling leidt tot een open cultuur waarin afspraken over de omgang gemaakt kunnen worden, dient het beoordelingsbeleid opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou voor het opstellen van een beoordelingsbeleid, voor zover bekend, moeten worden voldaan aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Het wederzijds beoordelen van de medisch specialisten volgens de uitgangspunten van de IFMS methodiek van de Orde van Medisch Specialisten.
2. Het beleid rondom de terugkoppeling van de beoordelingen door de vakgroepen zelf laten bepalen.
3. De nieuwe medisch specialisten worden bij aanneming verplicht gesteld tot het meewerken aan de functionering en beoordeling.

Socialisatie

In het literatuur framework staat dat een organisatie die tijdens de werving en selectie realistische informatie verstrekt over de organisatie beter in staat is de juiste kandidaten aan te trekken. De kandidaten zijn met de realistische informatie namelijk beter in staat te beoordelen of zij passen binnen de manier van omgang die heerst binnen de maatschap. Dit zou betekenen dat in dit geval kandidaten aangetrokken zouden moeten worden die geen machogedrag vertonen en zich aan de omgangsnormen houden.

Uit de resultaten is gebleken dat vakgroepen de nodige aandacht besteden aan het verstrekken van realistische informatie door het organiseren van meeloopdagen. De reden is dat meeloopdagen zowel de kandidaat als de vakgroep een goed realistisch beeld geven van elkaar. In de wervingsboodschappen wordt doorgaans weinig aanvullende informatie vermeld over de cultuur en de omgang. Volgens de respondenten is dit niet effectief, gezien het beperkte aantal kandidaten dat reageert per vacature.

Hoewel uit het literatuur framework blijkt dat met een uitgebreide realistische wervingsboodschap een specifieke groep kandidaten aangetrokken kan worden, is het de vraag of dit voor de medisch specialisten ook geldt. Onlangs is er hierover al een discussie gevoerd, waarbij de vraag werd gesteld of dit voor medisch specialisten inderdaad effectief is. Aan die discussie kan ook nog toegevoegd worden dat het niet in alle gevallen mogelijk is om alle aspecten van een vakgroep op te nemen in de wervingsboodschap. Een vakgroep die een cultuur kent die gekenmerkt wordt door overmatig machogedrag, waarbij geen van de medisch specialisten zich aan de omgangsnormen houdt, kan hierover geen realistische informatie verstrekken met de wervingsboodschap. Aan de andere kant staat in het literatuur framework dat er ook geen onwaarheden vermeld moeten worden in de wervingsboodschappen, omdat personen dan geen besluiten nemen op juiste gronden. Op basis van de afwegingen en de onlangs gevoerde discussie, zal een uitgebreide wervingsboodschap niet worden opgenomen in de HRM checklist. Wel is het belangrijk dat de informatie die in de wervingsboodschap wordt opgenomen realistisch is.

In het literatuur framework zijn de meeloopdagen niet als specifieke optie besproken, terwijl de informanten hebben aangegeven dat deze zeer realistische informatie kunnen verstrekken. De personen kunnen de cultuur en de manier van omgang binnen de vakgroep zelf ervaren. Hierdoor is al snel duidelijk of het gaat om een vakgroep waar een machocultuur heerst, of dat er juist respect is voor elkaar. Het ervaren van de cultuur en een eerste indruk stelt kandidaten en vakgroepen beiden in staat een betere inschatting te maken over of zij qua cultuur bij elkaar passen. Voor het beperken van de culturele verschillen tussen een nieuwe medisch specialist en een vakgroep, dient het organiseren van meeloopdagen voor kandidaten opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou voor het verstrekken van realistische informatie aan kandidaten tijdens de werving en selectie, voor zover bekend, moeten worden voldaan aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. De wervingsboodschap verstrekt slechts realistische informatie over de manier van omgang naar de kandidaten.
2. Het organiseren van meeloopdagen voor de kandidaten tijdens de werving en selectie procedure.

Vanuit het literatuur framework blijkt dat een organisatie met een introductie laat zien dat deze het belangrijk vindt dat haar medewerkers goed functioneren. Een introductie informeert de nieuwe medewerkers over welke normen en waarden belangrijk worden gevonden.

Uit de resultaten is gebleken dat het ziekenhuis nieuwe medisch specialisten een algemene introductie aanbiedt, waarin zij worden geïnformeerd over het beleid en de regels van het ziekenhuis. Hoewel vakgroepen doorgaans beperkt introducties organiseren, worden deze wel als effectief beschouwd als deze informatie verstrekken over de maatschap. De respondenten stellen dat medisch specialisten hoogopgeleide personen zijn, waarvan aangenomen mag worden dat zij weten wat van hen wordt verwacht.

Met alleen een introductie van het ziekenhuis worden de nieuwe medisch specialisten onvoldoende geïnformeerd over de aanwezige cultuur en de geldende omgangsnormen binnen een vakgroep. Hoewel vakgroepen juist beperkte aandacht schenken aan het informeren van nieuwe medisch specialisten over dit soort aspecten, kan ondanks dat zij hoogopgeleid zijn niet van hen verwacht worden dat zij handelen volgens de geldende omgangsnormen. Het niveau van de opleiding van nieuwe medewerkers doet er niet toe. Om problemen te voorkomen, is het noodzakelijk dat nieuwe medewerkers worden ingelicht en dat geldt ook voor medisch specialisten. Misschien is het voor de medisch specialisten zelfs nog belangrijker om duidelijke omgangsnormen 'als spelregels' te hebben. Uit de praktijk is namelijk gebleken dat medisch specialisten die zich niet hebben gehouden aan de de omgangsnormen, de kwaliteit van de zorgverlening ernstig hebben geschaad. Daarbij komt dat van medisch specialisten wordt verwacht dat zij in toenemende mate samenwerken en communiceren. Voor een harmonieuze samenwerking en communicatie is het belangrijk om duidelijke omgangsnormen te hanteren. Uit de resultaten is gebleken dat vakgroepen wel meeloopdagen organiseren, die eigenlijk aangemerkt zouden kunnen worden als een soort van introductie. Hiermee krijgen de kandidaten al een beeld van de cultuur en de aanwezige omgangsnormen van de vakgroep. Maar zoals al eerder bediscussieerd bestaat het vermoeden dat tijdens de meeloopdagen onvoldoende expliciete aandacht wordt geschonken aan het kenbaar maken van de omgangsnormen. Om het machogedrag te beperken en de omgangsnormen expliciet onder de aandacht te brengen, is het belangrijk dat een nieuwe medisch specialist een introductie krijgt na aanname. De expliciete aandacht moet ertoe leiden tot medisch specialisten beter weten wat van hen qua omgangsnormen wordt verwacht. Bovendien hebben informanten aangegeven dat informatie over de maatschap in de eerste werkweek zeer efficiënt is. Om de kans op een harmonieuze samenwerking en communicatie binnen een vakgroep te vergroten, dient het organiseren van een introductieprogramma door vakgroepen opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou een introductieprogramma voor het informeren over de cultuur en de omgangsnormen, voor zover bekend, moeten voldoen aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Het ziekenhuis organiseert een introductie voor de nieuwe medisch specialist, waarin de medisch specialist wordt geïnformeerd over de geldende gedragscode binnen het ziekenhuis.
2. De vakgroep organiseert een introductie voor de nieuwe medisch specialist, waarin de medisch specialist wordt geïnformeerd over de geldende omgangsnormen binnen de vakgroep.

Functionering en beoordeling

In het literatuur framework wordt ervan uit gegaan dat medisch specialisten door functionering en beoordeling beter zullen gaan samenwerken en daardoor beter functioneren. De omgeving beoordeelt de medisch specialist op de competentie samenwerking en als blijkt dat deze bovenmatig individualistisch en autonoom werkt, dient er een verbeterplan opgesteld te worden voor het ontwikkelen van de competentie samenwerking. Volgens dat plan is de medisch specialist verplicht zich voor de volgende afgesproken periode te ontwikkelen.

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten zich afvragen of functionering en beoordeling als activiteit zelf bijdraagt aan het beter functioneren, of dat de veranderende cultuur een bijdrage levert. Het vermoeden bestaat dat de toenemende aanspreekcultuur en de continue aandacht voor de kwaliteit van zorg meer bijdragen dan de activiteit functionering en beoordeling op zich.

Een vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat zien dat er verschillend wordt gedacht over de bijdrage van functionering en beoordeling. In het literatuur framework wordt ervan uitgegaan dat de activiteit zelf een bijdrage levert aan het uiteindelijk beter functioneren, terwijl de informanten het vermoeden hebben dat de cultuuromslag verantwoordelijk is voor het beter functioneren. Of de competentie samenwerking wordt verbeterd door de activiteit op zichzelf of door de daaruit ontstane cultuuromslag doet er niet toe. De activiteit functionering en beoordeling zal hoe dan ook noodzakelijk zijn voor het realiseren van beter samenwerkende medisch specialisten. In het begin zal vermoedelijk alleen de feedback lichtelijk bijdragen aan een verbeterde samenwerking. Na verloop van tijd zal de cultuuromslag plaatsvinden, waarin de toenemende aanspreekcultuur waarneembaar is. Na de cultuuromslag zal de activiteit functionering en beoordeling met de feedback uit de omgeving waarschijnlijk minder relevant worden. De medisch specialisten hebben na de cultuuromslag functionering en beoordeling niet perse meer nodig om medisch specialisten uit de omgeving te wijzen op bepaald gedrag. Enerzijds stimuleert de open cultuur de medisch specialisten om elkaar aan te spreken, en anderzijds zorgt de open cultuur ervoor dat medisch specialisten open staan om aangesproken te worden op het gedrag. De kans is namelijk kleiner dat het aanspreekgedrag binnen een open cultuur escaleert in onderlinge conflicten. Bovendien hoeven sommige personen niet bewust van hun vertoonde gedrag te zijn en waarderen zij juist dat collega's hen aanspreken, zodat zij zich wel bewust worden van de door hen te ontwikkelen competenties. Wellicht kan samen met de aansprekende collega gekeken worden naar een oplossing voor het probleem. Misschien ontstaan er door dit soort situaties onderling zelfs een betere verhouding tussen de twee medisch specialisten, wat ook positief is voor de samenwerking. Het is zeer waarschijnlijk dat functionering en beoordeling voor een open cultuur met open verhouding waarin de aanspreekcultuur wordt gestimuleerd, waardoor het beoordelingsbeleid opgenomen dient te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou voor het opstellen van een beoordelingsbeleid, voor zover bekend, moeten worden voldaan aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Het wederzijds beoordelen van de medisch specialisten volgens de uitgangspunten van de IFMS methodiek van de Orde van Medisch Specialisten.
2. De nieuwe medisch specialisten worden bij aanname verplicht gesteld tot het meewerken aan de functionering en beoordeling.

Socialisatie

In het literatuur framework staat dat een organisatie die tijdens de werving en selectie realistische informatie verstrekt beter in staat is de juiste kandidaten aan te trekken. De kandidaten kunnen met realistische informatie beter beoordelen of hen, in dit geval, de manier van samenwerking binnen de vakgroep, aantrekt.

Uit de resultaten blijkt dat vakgroepen zich inspannen om realistische informatie te verstrekken over de maatschap door het organiseren van meeloopdagen voor kandidaten. Met de meeloopdagen kunnen de kandidaten de cultuur en de manier van samenwerking binnen de vakgroep zelf ervaren en beoordelen, waardoor de kandidaat beter in staat is te beoordelen of de manier van samenwerking diegene aantrekt. Tevens is uit de resultaten gebleken dat wervingsboodschappen nauwelijks aanvullende informatie over de vakgroep verstrekken. Volgens de informanten is een uitgebreide wervingsboodschap nauwelijks effectief vanwege het beperkte aantal kandidaten dat reageert per vacature.

Hoewel uit het literatuur framework blijkt dat met een realistische wervingsboodschap ervoor kan zorgen dat de juiste kandidaten aangetrokken worden, is het de vraag of dit ook geldt voor medisch specialisten. Dit punt is al meerdere keren aan de orde gekomen en daar onderwerp van discussie geweest. Aangezien er geen nieuwe toevoegingen zijn, zal aangesloten worden bij de eerder getrokken conclusies. Dit betekent dat een uitgebreide wervingsboodschap niet opgenomen zal worden in de HRM checklist.

In het literatuur framework zijn de meeloopdagen niet ter sprake gekomen als optie voor het verstrekken van realistische informatie door vakgroepen. Uit de resultaten blijkt dat vakgroepen juist veel waarde hechten aan de meeloopdagen. De vakgroep kan hierdoor laten zien wat de cultuur is en hoe de manier van samenwerking onderling verloopt. De vakgroepen hechten veel waarde aan het organiseren van meeloopdagen en de kandidaten zijn dan ook verplicht hieraan mee te werken. Met het zelf ervaren door de vakgroep hoe iemand zichzelf presenteert, blijkt dat de twijfelgevallen er toch sneller uitgehaald kunnen worden. In het verleden is dit volgens de informanten ook meerdere malen gebeurd. Ook uit de fouten die gemaakt zijn door het aannemen van de verkeerde personen, kan opgemaakt worden dat meeloopdagen niet voor niets zijn. De resultaten hebben laten zien dat kandidaten ondanks een negatief gevoel bij de meeloopdag toch het voordeel van de twijfel heeft gekregen. Uiteindelijk heeft de vakgroep en het ziekenhuis dat veel geld gekost om deze medisch specialist te ontslaan. Met de voordelen die de meeloopdagen te bieden hebben, dient het organiseren van meeloopdagen opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou voor het verstrekken van realistische informatie aan kandidaten tijdens de werving en selectie, voor zover bekend, moeten worden voldaan aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. De wervingsboodschap verstrekt slechts realistische informatie over de manier van samenwerking binnen de vakgroep.
2. Het organiseren van meeloopdagen voor de kandidaten tijdens de werving en selectie procedure.

Vanuit het literatuur framework blijkt dat een organisatie met een introductie laat zien dat deze het belangrijk vindt dat haar medewerkers goed functioneren. Een introductie informeert de nieuwe

medewerkers over welke normen en waarden belangrijk worden gevonden, zoals een goede samenwerking waarbij geen bovenmatig individualistisch gedrag wordt vertoond.

De resultaten laten zien dat het ziekenhuis de nieuwe medisch specialisten een algemene introductie aanbiedt, waarin het beleid en de regels van het ziekenhuis centraal staan. De vakgroepen daarentegen organiseren doorgaans beperkte introducties, terwijl deze wel als effectief worden beschouwd als hierin informatie wordt verstrekt over de maatschap. De informanten geven aan dat medisch specialisten hoogopgeleid personen zijn, die geen introductie nodig hebben om te weten wat de maatschap van hen verwacht.

Hoewel het literatuur framework stelt dat introducties belangrijk zijn om de normen en waarden kenbaar te maken bij nieuwe medewerkers, blijkt uit de resultaten dat vakgroepen hieraan beperkte aandacht besteden. Als in appendix I gekeken wordt naar de eventuele gevolgen waar een slechte samenwerking toe kan leiden, zou het juist belangrijk zijn genoeg aandacht te schenken aan de manier van samenwerking binnen de vakgroep. Medisch specialisten die bovenmatig individualistisch en autonoom werken kunnen voor grote problemen in de vakgroepen zorgen. Als in de introductie van de vakgroep aandacht wordt besteed aan hoe er wordt samengewerkt en welke bijdrage de vakgroep daarin verwacht, wordt het duidelijk in welke mate medisch specialisten individueel te werk kunnen gaan. Uit de resultaten blijkt dat een introductie over de maatschap tijdens de eerste werkweek juist wordt aangemoedigd, omdat het effectief is. Dit betekent dat de nieuwe medisch specialisten geïnformeerd kunnen worden met een introductieprogramma over de manier van samenwerking, aangezien dit onderdeel is van de maatschap.

De resultaten laten zien dat de vakgroepen beperkte introducties organiseren, omdat medisch specialisten hoogopgeleide personen zijn. Over dit argument is al eerder gediscussieerd en het ingenomen standpunt is tot zover nog niet veranderd, waardoor het niet relevant is om de discussie hier nogmaals te bespreken.

Momenteel organiseren vakgroepen al meeloopdagen voor de kandidaten, die aan te merken zijn als een soort van introductie. Hoewel bij de meeloopdagen een beeld ontstaat van de manier van samenwerking, wordt hieraan niet expliciet aandacht besteed. Tijdens de meeloopdagen maken een eerste kennis met de vakgroep. Er komt veel informatie en indrukken op een kandidaat af, dat het niet effectief is om hier te veel expliciete informatie te verstrekken. Om de samenwerking te bevorderen is het toch belangrijk dat expliciet aandacht wordt besteed aan de manier van de samenwerking en de verwachtingen daarin van de vakgroep ten opzichte van de nieuwe medisch specialist. Bovendien kan zo'n introductie extra effectief zijn als kandidaten bij meerdere vakgroepen solliciteert en meeloopt. Het zou denkbaar kunnen zijn dat de kandidaten de informatie van de meeloopdagen van meerdere vakgroepen niet helemaal kan onderscheiden van elkaar. Om de samenwerking binnen een vakgroep te bevorderen, dient het organiseren van een introductieprogramma door vakgroepen opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou een introductieprogramma voor het informeren over de samenwerking, voor zover bekend, moeten voldoen aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Het ziekenhuis organiseert een introductie voor de nieuwe medisch specialist, waarin de medisch specialist wordt geïnformeerd over de geldende gedragscode binnen het ziekenhuis.
2. De vakgroep organiseert een introductie voor de nieuwe medisch specialist, waarin de medisch specialist wordt geïnformeerd over de manier van samenwerking binnen de vakgroep en de verwachting daarin ten opzichte van de nieuwe medisch specialist.

6.4 Organisatiestructuur

Functionering en beoordeling

In het literatuur framework wordt ervan uitgegaan dat functionering en beoordeling bijdraagt aan het creëren van een open cultuur, zodat de kans op problemen die voortkomen uit de hiërarchieloze structuur van maatschappen afneemt. Een open cultuur is een belangrijke basis voor het overeenkomen van besluiten tussen de medisch specialisten onderling. Het literatuur framework stelt bovendien dat beoordelingen collectief teruggekoppeld zouden moeten worden in de vakgroep, omdat dit een extra bijdrage levert aan het creëren van een open cultuur.

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten het vermoeden hebben dat functionering en beoordeling een bijdrage levert aan het creëren van een open cultuur. Er is momenteel al een toenemende aanspreekcultuur waarneembaar onder de medisch specialisten en daarnaast worden bepaalde onderwerpen steeds vaker besproken dan voorheen. De collectieve terugkoppeling van de beoordelingen wordt als hanteerbaar beschouwd, mits dit niet verplicht wordt gesteld voor alle vakgroepen door het medisch stafbestuur.

De vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat zien dat het zeer waarschijnlijk is dat functionering en beoordeling bijdraagt aan het creëren van een open cultuur. De cultuuromslag is nu al waarneembaar door de omgeving aan de hand van de toenemende aanspreekcultuur en de onderwerpen die tegenwoordig steeds vaker besproken worden. Een toenemende aanspreekcultuur duidt erop dat medisch specialisten elkaar al beginnen aan te spreken, wat het begin is voor de gewenste open cultuur met open verhoudingen. Hierdoor is het relevant dat het beoordelingsbeleid deel uitmaakt van het HRM beleid voor medisch specialisten. Het enige verschil tussen het literatuur framework en de resultaten is dat volgens de respondenten de collectieve terugkoppeling geen extra bijdrage levert aan het creëren van een open cultuur. Ook stellen de respondenten dat een collectieve terugkoppeling alleen maar goed zou zijn voor vakgroepen waar de verhoudingen onderling al goed zijn. Maar de vraag is of een collectieve terugkoppeling niet juist goed zou zijn voor de vakgroepen waar de onderlinge verhoudingen niet goed zijn. De setting van een collectieve terugkoppeling zou juist goed kunnen zijn om de aanwezige problemen te bespreken en op te lossen. Gezien de voorwaarden die gesteld worden door de respondenten is het niet mogelijk om de collectieve terugkoppeling te verplichten voor de vakgroepen. En al zou het medisch stafbestuur daartoe besluiten, dan kan nog afgevraagd worden of dit positief is voor de kwaliteit van de beoordelingen. De medisch specialisten kunnen dan besluiten een te positieve beoordeling te leveren, zodat zij niets uit te leggen hebben tijdens een collectieve terugkoppeling. Dit betekent dat het effect van functionering en beoordeling verdwijnt. Op basis van deze afwegingen wordt besloten om de collectieve terugkoppeling niet op te nemen in de HRM checklist, maar om het beleid rondom de terugkoppeling over te laten aan de vakgroepen zelf. Aangezien het zeer waarschijnlijk is dat functionering en beoordeling leidt tot een open cultuur waarin problemen bespreekbaar zijn, dient het beoordelingsbeleid opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou voor het opstellen van een beoordelingsbeleid, voor zover bekend, moeten worden voldaan aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Het wederzijds beoordelen van de medisch specialisten volgens de uitgangspunten van de IFMS methodiek van de Orde van Medisch Specialisten.
2. Het beleid rondom de terugkoppeling van de beoordelingen door de vakgroepen zelf laten bepalen.
3. De nieuwe medisch specialisten worden bij aanname verplicht gesteld tot het meewerken aan de functionering en beoordeling.

Socialisatie

In het literatuur framework staat dat voordat van nieuwe medewerkers verwacht kan worden dat zij handelen volgens de geldende afspraken, zij hierover geïnformeerd dienen te worden. Het introductieprogramma kan volgens het literatuur framework een belangrijke rol vervullen in het explicieter maken van de geldende afspraken binnen een organisatie. Voor het behouden van de effectiviteit moet niet te veel schriftelijke documentatie worden verstrekt tijdens de introductie.

Uit de resultaten is gebleken dat vakgroepen de afspraken niet altijd hebben vastliggen en beperkt aandacht besteden aan het informeren van nieuwe medisch specialisten over de afspraken. Voor de richtlijnen en procedures geldt dat het volgens de informanten effectiever is om de nieuwe medisch specialisten te laten meewerken in plaats van hen hierover inhoudelijk te informeren met een introductieprogramma. Te veel (schriftelijke) informatie gaat ten koste van de effectiviteit. Wel blijkt dat een introductie over de maatschap in de eerste werkweek effectief te zijn.

Een vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat zien dat ondanks dat het belangrijk is dat nieuwe medisch specialisten worden geïnformeerd, vakgroepen daar nauwelijks aandacht aan besteden. Doordat nauwelijks aandacht wordt besteed aan de geldende afspraken, zal het lastig zijn om deze een expliciet karakter te geven. Ook draagt het niet hebben vastliggen van de afspraken niet bij aan een expliciet karakter. Iedere medisch specialist uit een vakgroep kan op die manier een eigen interpretatie aan de impliciete afspraak geven. Voor een harmonieuze samenwerking is het juist belangrijk dat voldoende aandacht wordt geschonken aan de geldende afspraken. Het niet aan de afspraken houden, kan frustraties opleveren en dat is slecht voor de samenwerking. De verschillende incidenten uit bijlage I die in de praktijk zijn voorgevallen, hebben laten zien wat de gevolgen kunnen zijn van een slechte samenwerking tussen de medisch specialisten. Hierdoor is het belangrijk dat aandacht wordt geschonken aan het kenbaar maken van afspraken tijdens de introductie bij de nieuwe medewerkers. Hoewel uit het literatuur framework blijkt dat het toewijzen van een mentor vermoedelijk bijdraagt aan het expliciet maken van de afspraken, richtlijnen en procedures, wijzen vakgroepen nieuwe medisch specialisten geen mentoren toe. Volgens de literatuur is een mentor zeer effectief in het aanleren van bepaald rolgedrag. Bij evaluatie momenten kan de mentor de nieuwe medisch specialist feedback leveren of deze zich gedraagt volgens de afspraken, richtlijnen en procedures. Een persoon die hierop feedback ontvangt zal zich waarschijnlijk bewuster worden van deze afspraken. De vraag is of één mentor voor een nieuwe medisch specialist noodzakelijk is, aangezien de vakgroep uit een beperkt aantal personen bestaat die allemaal dichtbij de nieuwe medisch specialist staan. Hierdoor is het ook niet noodzakelijk dat één persoon in het bijzonder zich bezig houdt met de nieuwe medisch specialist. Bij ongewenst gedrag door de nieuwe medisch specialist zal de hele vakgroep dit opmerken en in staat zijn om als mentor op te treden.

Dat de vakgroepen de nieuwe medisch specialisten niet inhoudelijk informeren met een introductie is gezien het aantal richtlijnen en procedures te begrijpen. Maar het is natuurlijk wel van belang dat

de nieuwe medisch specialisten geïnformeerd worden over het bestaan van de verschillende richtlijnen en procedures, zodat zij deze (kunnen) toepassen in de dagelijkse praktijk. Als de nieuwe medisch specialisten niet op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijnen en procedures, kan niet van hen verwacht worden dat zij volgens deze richtlijnen en procedures zullen gaan werken. Aangezien een introductie over de maatschap en het ziekenhuis tijdens de eerste werkweek efficient is gebleken, is het mogelijk om de nieuwe medisch specialisten tijdens die introductie te informeren over het bestaan van de richtlijnen en procedures. De richtlijnen en procedures behoren immers tot de maatschap en het ziekenhuis. In het kort komt het erop neer dat het besef van het bestaan van de afspraken, richtlijnen en procedures vergroot, als informatie hierover wordt verstrekt tijdens de introductie. Dit betekent dat voor een explicieter karakter van de geldende afspraken, richtlijnen en procedures, het organiseren van een introductieprogramma door vakgroepen opgenomen dient te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou een introductieprogramma voor het informeren over de samenwerking, voor zover bekend, moeten voldoen aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. De vakgroep heeft de afspraken met betrekking tot de vakgroep vastgelegd in een huishoudelijk reglement.
2. De vakgroep heeft de richtlijnen en procedures vastgelegd in schriftelijke documenten.
3. De vakgroep organiseert een introductie voor de nieuwe medisch specialist, waarin de medisch specialist wordt geïnformeerd over de geldende afspraken binnen de vakgroep en het bestaan van de richtlijnen en procedures.

Werkoverleg

Om als organisatie de geldende afspraken een explicieter karakter te kunnen geven, zouden deze periodiek besproken moeten worden. Volgens het literatuur framework kunnen de afspraken regelmatig worden besproken in een periodiek werkoverleg. Een periodiek werkoverleg vergroot tevens de betrokkenheid van medewerkers en daarmee het besef van de geldende afspraken waaraan iedereen zich dient te houden.

Uit de resultaten is gebleken dat vakgroepen frequent overleg organiseren en dit ook belangrijk vinden. Hoewel het functioneren van de maatschap terugkerend op de agenda wordt gezet voor het overleg, wordt tijdens het overleg vaak te weinig aandacht besteed aan dit onderwerp.

Een vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat zien dat, ondanks dat het functioneren van de maatschap vaak wordt overgeslagen tijdens het werkoverleg, vakgroepen wel het belang inzien van het werkoverleg. Als er gesproken wordt over het functioneren van de vakgroep, worden daar ook de geldende afspraken mee bedoeld. De oorzaak dat het functioneren van de maatschap te weinig wordt besproken is dat de medisch specialisten en de vakgroepen een hoge werkdruk kennen. De respondenten hebben aangegeven dat er vaak te weinig tijd is om aan alle onderwerpen voldoende tijd te besteden. Het gaat zelfs zo ver, dat medisch specialisten het overleg vaak aan zich voorbij laten gaan, omdat ze daar geen tijd voor hebben. Toch is het voor het functioneren van de vakgroep echt belangrijk dat medisch specialisten alles op alles zetten om bij een werkoverleg aanwezig te zijn. Medisch specialisten hebben in de dagelijkse praktijk doorgaans meer contact met medisch specialisten uit een aanpalende vakgroep dan uit hun eigen vakgroep. Daarom zijn geplande contact momenten des te belangrijker. Als er steeds onvoldoende tijd overblijft om het functioneren van de vakgroep te bespreken, is het een optie om dit te ondervangen met het organiseren van jaarlijkse heidagen. Uit de resultaten blijkt dat er al vakgroepen zijn die dit organiseren. Het moet toch eens per jaar een weekend lukken om als vakgroep een hei-weekend te

kunnen plannen om daarin het functioneren van de vakgroep te bespreken. Op deze manier is er toch jaarlijks een soort van groot onderhoud van de vakgroep. In het werkoverleg kunnen dan de kleine problemen van het functioneren van de vakgroep worden besproken. Aangezien de medisch specialisten en vakgroepen de waarde inzien van het werkoverleg, blijft er verder weinig over om over te discussieren. Aan de hand van deze overwegingen dient het periodieke werkoverleg en de jaarlijkse hei-dagen opgenomen te worden in de HRM checklist. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou het periodieke werkoverleg ten behoeve van het functioneren van de vakgroep, voor zover bekend, moeten voldoen aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. De vakgroep organiseert periodiek werkoverleg waarin aandacht wordt besteed aan het functioneren van de vakgroep.
2. De vakgroep organiseert jaarlijkse hei-dagen waarin aandacht is voor groot onderhoud van de vakgroep.

6.5 Samenwerking

Teambuilding

In het literatuur framework staat weergegeven dat teambuilding periodiek toegepast zou moeten worden op een team. Een periodiek teambuildingsproces stelt een team in staat goed te kunnen omgaan met wijzigingen in de omgeving, de opbouw en de competenties van het team.

Uit de resultaten blijkt dat voor een succesvolle gedwongen samenwerking, de medisch specialisten hiervan zelf de meerwaarde moeten inzien. De resultaten laten zien dat het ongebruikelijk is om teambuilding in te zetten voor een succesvolle gedwongen samenwerking.

Een vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat een opmerkelijk verschil zien. Volgens het literatuur framework zou teambuilding goed inzetbaar zijn op het moment dat er verandering komt in de opbouw van het team. Bij gedwongen samenwerking na fusie of een reorganisatie komt er in de maatschappen verandering in zowel de omgeving als de opbouw en daardoor hoogstwaarschijnlijk ook in de competenties. Uit de resultaten blijkt dat teambuilding zeer ongebruikelijk is om in te zetten bij gedwongen samenwerking tussen medisch specialisten. Een gedwongen samenwerking tussen medisch specialisten moet niet onderschat worden, omdat het vergelijkbaar is met een huwelijk. In een huwelijk kiezen de twee partners voor elkaar en binnen een maatschap kiezen de medisch specialisten ook heel bewust voor elkaar. Een gedwongen samenwerking is een soort uithuwelijking, waarbij teambuilding in eerste instantie niet ingezet kan worden. Bij een gedwongen samenwerking moet men elkaar eerst leren kennen, de meerwaarde van elkaar leren inzien en wederzijds vertrouwen creëren. Maar het belangrijkste is dat de medisch specialisten veel besluiten en afspraken moeten maken, voordat zij besluiten om met elkaar te kunnen samenwerken. Uit de resultaten is heel nadrukkelijk gebleken dat teambuilding bij dit proces geen ondersteuning kan bieden. Op basis van deze overwegingen wordt daarom besloten om teambuilding niet op te nemen in de HRM checklist voor het bieden van ondersteuning bij gedwongen samenwerking tussen medisch specialisten.

Geen elementen die worden opgenomen in de HRM checklist.

Werving en selectie

In het literatuur framework staat dat de omgeving van een nieuwe medisch specialist betrokken zou moeten worden bij de werving en selectie, om de kans op botsende karakters binnen multidisciplinaire teams te verlagen. Het literatuur framework stelt dat de omgeving betrokken kan worden door hen te interviewen over de verwachtingen ten opzichte van een nieuwe medisch specialist en door de omgeving te betrekken bij de sollicitatiegesprekken.

Uit de resultaten is gebleken dat de omgeving wordt betrokken bij de werving en selectie van een nieuwe medisch specialist, zodat de kans toeneemt dat een kandidaat wordt geselecteerd die past binnen de medische staf. Tot die omgeving behoren de Raad van Bestuur, het zorgmanagement en de medische staf. De omgeving heeft bij iedere stap in de werving en selectie bevoegdheid tot inspraak.

Een vergelijking tussen het literatuur framework en de resultaten laat zien dat de omgeving in de praktijk een grotere rol speelt dan in het literatuur framework wordt verondersteld. De omgeving heeft in alle stappen van de werving en selectie de formele bevoegdheid tot inspraak. Dit betekent dat de omgeving de wensen en eisen ten aanzien van de kenmerken mag doorgeven, sollicitatiegesprekken mogen voeren, maar ook inspraak hebben bij het vaststellen van de vacaturetekst, de voorselectie en het natrekken van referenties. Het lijkt een heel bureaucratisch proces, omdat alle fasen door verschillende partijen goedgekeurd moeten worden. In de dagelijkse praktijk valt het doorgaans wel mee, omdat niet standaard gebruik gemaakt wordt van iedere inspraak mogelijkheid door de omgeving. Toch is het belangrijk dat de omgeving van een vakgroep zoveel mogelijkheden heeft tot inspraak. Naast de vakgroep, kan de directe omgeving van een nieuwe medisch specialist het beste aangeven wat van een nieuwe medisch specialist wordt verwacht en zijn zij het beste in staat tot het beoordelen of een kandidaat voldoet aan de vereisten. Er is niet wat betreft de inspraak van de omgeving niet veel te bediscussieren, aangezien de relevante waarde van het oordeel van de omgeving bij de werving en selectie al wordt ingezien.

In het literatuur framework staat bovendien dat de directe toekomstige collega's bij de werving en selectie betrokken moeten worden, zoals de aanpalende vakgroepen en de zorgdirecteuren. Maar vanuit de resultaten blijkt dat ook de Raad van Bestuur een belangrijke rol speelt bij de werving en selectie van nieuwe medisch specialisten, terwijl dit niet de directe collega's zullen worden van een nieuwe medisch specialist. Toch is het logisch dat de Raad van Bestuur hierin een rol wil innemen, aangezien de nieuwe medisch specialisten het menselijk kapitaal van het ziekenhuis zijn. Medisch specialisten die onvoldoende functioneren binnen een vakgroep kunnen grote problemen veroorzaken voor de kwaliteit van de zorgverlening en reputatieschade voor het ziekenhuis. De kans bestaat dat als de Raad van Bestuur een slecht functionerende medisch specialist wil uitzetten, dit veel geld gaat kosten. De Raad van Bestuur heeft er om verschillende redenen groot belang bij zich te mengen in de werving en selectie, zodat goede medisch specialisten worden aangenomen.

Om de kans te vergroten dat een nieuwe medisch specialist past binnen de hele medische staf, dient in de HRM checklist opgenomen te worden dat de omgeving een oordeel mag geven bij de werving en selectie. Rekening houdend met het literatuur framework, de resultaten en de daaruit voortkomende discussie, zou voor het betrekken van het oordeel van de omgeving bij de werving en selectie, voor zover bekend, moeten worden voldaan aan de elementen uit de onderstaande tabel.

1. Het oordeel van de Raad van Bestuur, het zorgmanagement en de medische staf betrekken bij de werving en selectie van een nieuwe medisch specialist.

Conclusies

Binnen dit hoofdstuk worden de vragen beantwoord die aan het begin van het rapport zijn opgesteld en als leidraad hebben gefungeerd gedurende het onderzoek. Met de verkregen inzichten uit de literatuur, de interviews en de analyses is het mogelijk om de vragen te beantwoorden. Hieronder volgt een samenvattende conclusie voor iedere vraag. De conclusie zal bij het beantwoorden van de laatste vraag afsluiten met het presenteren van de eerste versie van de uiteindelijke HRM checklist.

1. Wat is het belang om de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten te verbeteren?

Voor het aantonen van het belang van een goede samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten is een analyse verricht. In de analyse is gekeken naar de incidenten die zijn veroorzaakt door een gebrekkige samenwerking en communicatie. Een gebrekkige samenwerking en communicatie kan de zorgverlening ernstig bedreigen, wat in het ergste geval betekent dat patiënten overlijden. Daarnaast kan het ook leiden tot een bovengemiddeld aantal complicaties en heroperaties, misdiagnoses en het verstrekken van verkeerde medicatie. Als tweede kan een gebrekkige communicatie en samenwerking leiden tot extra kosten. Patiënten verblijven bij complicaties en heroperaties langer in het ziekenhuis en hebben tegelijkertijd extra zorg nodig hebben. Als derde kan een gebrekkige communicatie en samenwerking leiden tot een lagere omzet wat veroorzaakt kan worden door een reputatieschade. De analyse toont aan dat een goede samenwerking en communicatie van belang is voor een toename in de kwaliteit van de zorg en de omzet en tegelijkertijd een afname in de kosten van de zorg.

2. Welke oorzaken leiden tot problemen in de communicatie en samenwerking tussen medisch specialisten?

Voor het verkrijgen van inzicht in de oorzaken die mogelijk leiden tot een gebrekkige communicatie en samenwerking is een content analyse verricht. Met de content analyse zijn twaalf oorzaken geïdentificeerd en die zijn gebundeld tot vijf hoofdoorzaak categorieën. Het bundelen tot hoofdoorzaak categorieën is nodig, omdat de oorzaak categorieën zelf te specifiek zijn voor het raadplegen van literatuur. In tabel 6 staan de oorzaken per hoofdoorzaak categorie weergegeven.

Tabel 6 Een overzicht met de hoofdoorzaak categorieën en de oorzaak categorieën

Hoofdoorzaak categorie	Oorzaak categorie
Personeelsplanning	Onvoldoende professionele werving en selectie van medisch specialisten.
	Moeizame ontslag van vrijgevestigde medisch specialisten.
	Beperkte arbeidsmobiliteit onder medisch specialisten.
Organisatiecultuur	Gesloten bedrijfscultuur binnen maatschappen.
	Culturele verschillen tussen medisch specialisten binnen maatschappen.

Professionele cultuur	Heersende machocultuur onder medisch specialisten.
	Individualisme en professionele autonomie waaraan veel waarde wordt gehecht door medisch specialisten.
Organisatiestructuur	Hierarchieloze organisatiestructuur van maatschappen.
	Impliciete afspraken binnen maatschappen.
Samenwerking	Gedwongen samenwerking tussen medisch specialisten.
	Botsende karakters van medisch specialisten in een teamverband.

3. Welke inzichten en kenmerken vormen de randvoorwaarden voor het ontwikkelen van een toepasbare HRM-checklist op het werkdomein van de medisch specialist?

De medisch specialisten worden gerekend tot de professionals en de vrijgevestigde specialisten behoren tevens tot de kleine ondernemers. De professionals en kleine ondernemers hebben als overeenkomst dat zij geen zin hebben in het afleggen van verantwoording. De professionals worden gekenmerkt als een groep individuen die zich moeizaam laten managen vanwege hun claim op de autonomie. Van alle professionals hechten de medisch specialisten waarschijnlijk de meeste waarde aan de autonomie. De toenemende managementverantwoordelijkheden onder de medisch specialisten zorgen voor een afnemende autonomie. De kleine ondernemers besluiten ondernemer te worden, zodat zij geen verantwoording meer hoeven af te leggen. Medisch specialisten laten zich niet verplichten, maar moeten zelf de meerwaarde inzien van management instrumenten.

De vrijgevestigde specialisten behoren, in tegenstelling tot de loondienst specialisten, niet tot de hiërarchie van het ziekenhuis. De vrijgevestigde specialisten en maatschappen zijn hierdoor niet verplicht verantwoording af te leggen aan de Raad van Bestuur, terwijl de Raad van Bestuur wel eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de geleverde zorg door de maatschappen. Bij problemen kan de Raad van Bestuur de maatschappen geen sancties opleggen.

De ziekenhuis organisatie behoort tot de professionele bureaucratie, waarbij de professionals als uitvoerende kern centraal staan. De macht binnen deze structuur wordt ontleend aan de professie. De Raad van Bestuur en het management hebben niet de formele bevoegdheid om oplossingen op te leggen aan de medische staf. Het spanningsveld tussen de Raad van Bestuur en het management enerzijds moet opgelost worden door te onderhandelen met de medische staf anderzijds.

4. Uit welke HRM activiteiten en elementen bestaat de HRM checklist?

Op basis van de 12 geïdentificeerde oorzaken is een HRM checklist samengesteld die de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten zou moeten verbeteren. De HRM checklist bestaat tot zover uit 6 HRM activiteiten.

De eerste HRM activiteit die opgenomen is in de HRM checklist is werving en selectie. Er is geconcludeerd dat bij de werving en selectie van een nieuwe medisch specialist, de persoonskenmerken en culturele kenmerken betrokken moeten worden. Hierdoor zal de kans op relationele problemen tussen de medisch specialisten binnen een vakgroep afnemen. Daarnaast is gebleken dat het belangrijk is om het oordeel van de Raad van Bestuur, het zorgmanagement en de medische staf te betrekken bij de werving en selectie van een nieuwe medisch specialist. Deze partijen zijn het beste in staat te beoordelen welke kenmerken en vereisten nodig zijn voor de

samenwerking met de aanpalende vakgroepen. Hierdoor zal de kans afnemen op botsende karakters bij de multidisciplinaire samenwerking. Om ervoor te zorgen dat de persoonskenmerken, de culturele kenmerken en het oordeel van de omgeving worden betrokken bij de werving en selectie van een nieuwe medisch specialist, zou het beleid rondom de werving en selectie moeten voldoen aan de volgende elementen:

1. Voor het vaststellen van de vereiste persoonskenmerken en de culturele kenmerken van een kandidaat een analyse uitvoeren naar de samenstelling van de vakgroep.
2. De vereiste persoonskenmerken en culturele kenmerken opnemen in de profielbeschrijving van de toekomstige medisch specialist.
3. De voorgeselecteerde kandidaten uitnodigen voor een meeloopdag binnen de vakgroep.
4. Het informatie inwinnen over de persoonskenmerken en culturele kenmerken van de nieuwe aan te trekken medisch specialist door de opgegeven referenties te checken en rondvraag te doen binnen de netwerken van de medisch specialisten.
5. De kandidaat tijdens het sollicitatiegesprek bevragen op de persoonskenmerken en de culturele kenmerken.
6. De Raad van Bestuur, het (zorg)management en de medische staf een formele bevoegdheid geven tot inspraak in het werving en selectie proces.
7. Het oordeel van de Raad van Bestuur, het zorgmanagement en de medische staf betrekken bij de werving en selectie van een nieuwe medisch specialist.

De tweede HRM activiteit die opgenomen is in de HRM checklist is het opstellen en het van toepassing laten zijn van een gedragscode en een kwaliteitsreglement. Er is geconcludeerd dat om de kans op de ontbinding van een toelatingsovereenkomst, met een medisch specialist die niet past binnen een vakgroep, te vergroten, een gedragscode en kwaliteitsreglement opgenomen moeten worden in de toelatingsovereenkomst en de overeenkomst met de medische staf. De medisch specialist die zich niet houdt aan de gedragscode en de verantwoordelijkheden uit het kwaliteitsreglement heeft kans een aantekening te krijgen. Bij twee aantekeningen kan de functioneringsvraag gesteld worden, met kans dat aangetoond kan worden dat een medisch specialist disfunctioneert. In dat geval mag overgegaan worden tot ontbinding van de toelatingsovereenkomst. Om de kans te vergroten voor ontbinding van de toelatingsovereenkomst met een medisch specialist die niet past binnen een vakgroep, zou het beleid rondom de gedragscode en het kwaliteitsreglement moeten voldoen aan de volgende elementen:

1. De gedragscode en het kwaliteitsreglement opnemen in de overeenkomst die de medisch specialist aangaat met de medische staf.
2. In de toelatingsovereenkomst de documenten van toepassing verklaren die getekend worden tussen de medisch specialist en de medische staf.
3. Het registreren van de incidenten als de medisch specialist de bepalingen uit de gedragscode en/of het kwaliteitsreglement niet nakomt.

De derde HRM activiteit die opgenomen is in de HRM checklist is het stimuleren van de arbeidsmobiliteit. Er is geconcludeerd dat het vrijwillige vertrek van medisch specialisten, die niet passen binnen de vakgroep of niet functioneren, gestimuleerd dient te worden door het ziekenhuis of de maatschap. Bij het vrijwillige vertrek van de medisch specialiste die problemen veroorzaakt, wordt het aanwezige probleem door het vertrek opgelost. Om ervoor te zorgen dat de maatschap of

het ziekenhuis de gewenste arbeidsmobiliteit onder de medisch specialisten stimuleert, zou het beleid rondom de arbeidsmobiliteit moeten voldoen aan de volgende elementen:

1. In de maatschap of het ziekenhuis afspraken maken over de mogelijkheden tot het stimuleren van het vrijwillige vertrek van medisch specialist en deze vastleggen.
2. Het vrijwillige vertrek van een medisch specialist, die problemen veroorzaakt binnen de maatschap, stimuleren.
3. Per situatie beoordelen welke maatregelen getroffen moeten worden om het vrijwillige vertrek van een medisch specialist te stimuleren.

De vierde HRM activiteit die opgenomen is in de HRM checklist is het ondersteunen van het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten. Er is geconcludeerd dat een realistische informatieverstrekking tijdens de werving en selectie onmisbaar is voor het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten. Met een realistische informatieverstrekking kan door de kandidaten beter ingeschat worden of de vakgroep bij hen past op het gebied van de werkwijze, de houding, de omgang en de manier van samenwerking. Om ervoor te zorgen dat een vakgroep een passende medisch specialist aanneemt, zou het beleid rondom de eerste fase van het socialisatieproces moeten voldoen aan de volgende elementen:

1. De wervingsboodschap verstrekt alleen realistische informatie naar de kandidaten over de gewenste werkwijze en houding, de omgang binnen de vakgroep en de manier van samenwerking.
2. Het organiseren van meeloopdagen voor de kandidaten tijdens de werving en selectie procedure.

Er is bovendien geconcludeerd dat het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten die zijn aangenomen ondersteund zouden moeten worden door de vakgroep. Met het communiceren van duidelijke verwachtingen, zijn de nieuwe medisch specialisten geïnformeerd over wat van hen wordt verwacht. Met deze informatie zijn de medisch specialisten beter in staat zich te gedragen zoals door de vakgroep wordt verwacht, waardoor de kans op onderlinge irritaties zal afnemen. Bovendien krijgen de geldende afspraken een meer expliciet karakter door de aandacht. Hierdoor wordt een eenduidige interpretatie aan de afspraken wordt gegeven en zullen alle medisch specialisten uit de vakgroep zich bewuster zijn van de geldende afspraken. Om ervoor te zorgen dat een nieuwe medisch specialist duidelijk wordt geïnformeerd over de vakgroep en de geldende afspraken een expliciet karakter krijgen, zou het beleid rondom de ondersteuning van het socialisatieproces van nieuwe medisch specialisten moeten voldoen aan de volgende elementen:

1. De vakgroep heeft de afspraken met betrekking tot de vakgroep vastgelegd in een huishoudelijk reglement.
2. De vakgroep heeft de richtlijnen en procedures vastgelegd in documenten.
3. Het ziekenhuis organiseert een introductie voor de nieuwe medisch specialist, waarin de medisch specialist wordt geïnformeerd over de regels en beleid (waaronder de gedragscode) van het ziekenhuis.
4. De vakgroep organiseert een introductie voor de nieuwe medisch specialist, waarin de medisch specialist wordt geïnformeerd over de gewenste werkwijze en de houding, over de geldende omgangsnormen binnen de vakgroep, over de manier van samenwerking binnen de vakgroep en de verwachting daarin ten opzichte van de nieuwe medisch specialist en over de geldende afspraken binnen de vakgroep en het bestaan van de richtlijnen en procedures.

De vijfde HRM activiteit die opgenomen is in de HRM checklist is de functionering en beoordeling van medisch specialisten. Er is geconcludeerd dat functionering en beoordeling bijdraagt aan het creëren van een open cultuur binnen maatschappen, zodat problemen en bepaalde onderwerpen bespreekbaar zijn en medisch specialisten elkaar aanspreken in bepaalde situaties. Een open cultuur zorgt ervoor dat kleine problemen eerder besproken worden en niet escaleren. De besluitvorming van een maatschap met een open cultuur verloopt sneller, omdat personen in staat zijn bij goede onderlinge verhoudingen meer toe te geven. De medisch specialisten gaan door de feedback uit de beoordelingen en de aanspreekcultuur uiteindelijk beter functioneren. Om ervoor te zorgen dat problemen en onderwerpen bespreekbaar worden gemaakt en medisch specialisten elkaar onderling aanspreken op bepaalde situaties, zou het beleid rondom de functionering en beoordeling moeten voldoen aan de volgende elementen:

1. Het wederzijds beoordelen van de medisch specialisten volgens de uitgangspunten van de IFMS methodiek van de Orde van Medisch Specialisten.
2. Het beleid rondom de terugkoppeling van de beoordelingen door de vakgroepen zelf laten bepalen.
3. De nieuwe medisch specialisten worden bij aanname verplicht gesteld tot het meewerken aan de functionering en beoordeling.

De zesde HRM activiteit die opgenomen is in de HRM checklist is het werkoverleg tussen de medisch specialisten binnen de vakgroep. Er is geconcludeerd dat het periodiek aandacht besteden aan het functioneren van de vakgroep belangrijk is. Met periodieke aandacht voor het functioneren van de vakgroep worden problemen tijdig besproken en wordt het gevoerde beleid en de geldende afspraken actueel gehouden. Hierdoor neemt de kans op onderlinge problemen binnen de vakgroep af. Om ervoor te zorgen dat het functioneren van de vakgroep periodiek wordt besproken, zou het beleid rondom het werkoverleg moeten voldoen aan de volgende elementen:

1. De vakgroep organiseert periodiek werkoverleg waarin aandacht wordt besteed aan het functioneren van de vakgroep.
2. De vakgroep organiseert jaarlijkse hei-dagen waarin aandacht is voor groot onderhoud van de vakgroep.

Aanbevelingen

Binnen dit hoofdstuk worden aanbevelingen naar verschillende partijen aanbevelingen gedaan.

Aanbevelingen voor Medisch Specialisten, Maatschappen en Ziekenhuizen

De eerste aanbeveling is om de elementen uit de HRM checklist eens te vergelijken met het HRM beleid dat zich richt op de medisch specialisten. Hierdoor ontstaat een eerste beeld van in hoeverre het HRM beleid tot nu toe voldoet aan de eerste versie van de HRM checklist. Bovendien verschaft zo'n eerste vergelijking inzicht in hoeverre de HRM checklist volgens de medisch specialisten ook daadwerkelijk toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialisten. Het HRM beleid dat op het moment van een eerste vergelijking al voldoet aan de HRM checklist, schaadt natuurlijk niet. Alle informatie en feedback die uit deze fase voortkomt, kan van groot belang zijn voor verder onderzoek. Daaruit kunnen vragen voortkomen als: In hoeverre is de HRM checklist op dit moment toepasbaar op het werkdomein van de medisch specialisten? Hebben de medisch specialisten het idee dat de elementen relevant zijn voor de problematiek? Welke aanpassingen zijn noodzakelijk om de eerste HRM checklist beter te laten aansluiten op de praktijk? Er zijn veel vragen die uit deze fase kunnen voortvloeien.

De tweede aanbeveling aan de medisch specialisten en ziekenhuizen is om meer gebruik te maken van de bestaande HRM inzichten voor het oplossen van arbeidsgerelateerde problemen. Veel van de arbeidsgerelateerde problemen die medisch specialisten tegenkomen tijdens het werken, komen ook in andere organisaties voor. Medisch specialisten zijn bijvoorbeeld niet de enige die geconfronteerd worden met problemen in de communicatie en samenwerking. Door te kijken naar de inzichten in de HRM literatuur, zouden de medisch specialisten de problemen vanuit de HRM invalshoek kunnen benaderen voor een oplossing. De HRM checklist voor het verbeteren van de samenwerking en communicatie is in eerste instantie ook gebaseerd op inzichten uit de HRM literatuur. Deze inzichten hoeven ook niet één op één overgenomen te worden, maar kunnen wel als basis gelden in het creëren van een oplossing. Zo zouden ook andere arbeidsgerelateerde problemen, waar medisch specialisten mee geconfronteerd worden, opgelost of verminderd kunnen worden. Maatschappen worden bijvoorbeeld in toenemende mate geconfronteerd met medisch specialisten die in deeltijd willen werken. Voor een oplossing zouden zij in eerste instantie de inzichten vanuit de algemene HRM literatuur kunnen betrekken.

De derde aanbeveling is voornamelijk gericht op de medisch specialisten en maatschappen. Hoewel elk ziekenhuis een P&O afdeling kent, wordt deze nauwelijks geraadpleegd of ingezet door medisch specialisten. De medisch specialisten zouden zich beter moeten realiseren dat de afdeling P&O veel expertise en ervaring heeft. Met deze expertise en ervaring zouden zij medisch specialisten op verschillende gebieden kunnen ondersteunen. Als eerste kan er gedacht worden om advies in te winnen over het te formuleren HRM beleid binnen een vakgroep of maatschap. De afdeling P&O is op de hoogte van de laatste ontwikkelingen, en kan hierdoor snel een passend advies verstrekken. Als tweede kunnen de medisch specialisten zich door de afdeling P&O laten ondersteunen in het geval van operationele taken. Uit de literatuur is gebleken dat de medisch specialisten moeite

hebben met het opzetten van een portfolio voor de functionering en beoordeling. Wat moet er in een portfolio komen te staan? Hoe dient een portfolio opgebouwd te worden? Dit zijn juist vragen waar de afdeling P&O vermoedelijk meer mee op de hoogte is dan de medisch specialisten.

Aanbeveling voor P&O

Een eerste aanbeveling gericht op de P&O afdeling, is om de elementen uit de HRM checklist eens te vergelijken met het HRM beleid dat zich richt op de medisch specialisten. Voor zover de afdeling P&O dat natuurlijk kan, zoals bijvoorbeeld met het werving en selectiebeleid. Hierdoor ontstaat een eerste beeld van in hoeverre het HRM beleid tot nu toe voldoet aan de eerste versie van de HRM checklist. Het HRM beleid dat op het moment van een eerste vergelijking al voldoet aan de HRM checklist, schaadt natuurlijk niet. Zo'n eerste vergelijking kan inzicht verschaffen in hoeverre de HRM checklist volgens de afdeling P&O relevant en toepasbaar zijn op het werkdomein van de medisch specialisten. De afdeling P&O heeft immers een jarenlange ervaring en expertise opgedaan door de contacten met de medische wereld en kent de verhoudingen binnen de organisatie. Alle informatie en feedback die uit deze fase voortkomt, kan van groot belang zijn voor verder onderzoek en het verfijnen van de HRM checklist.

Een tweede aanbeveling gericht op de afdeling P&O is of de afdeling P&O zichzelf niet beter op de kaart zou moeten zetten bij de medisch specialisten. Dit zou extra relevant kunnen zijn door de ontwikkeling dat medisch specialisten zelf centra opzetten binnen ziekenhuizen. In die constructie worden de medisch specialisten zelf werkgevers, waarbij zij binnen de centra personeel gaan aannemen. Op het moment dat deze ontwikkeling doorzet in de toekomst, is het belangrijk dat P&O haar toegevoegde expertise toont, ten behoeve van de continuïteit van die afdeling. Als een ziekenhuis op den duur alleen nog maar uit centra's zou gaan bestaan, worden door de ziekenhuizen steeds minder of helemaal geen medewerkers meer aangenomen. Daarmee eindigen de taken voor P&O. Daarom is het belangrijk dat P&O zich ook voor gaat bereiden op de eventueel faciliterende rol die het kan uitvoeren voor de personeelszaken van de centra. Maar dan is het wellicht verstandig om de afdeling P&O zichtbaar te maken voor de medisch specialisten, zodat de medisch specialisten weten wat de afdeling P&O voor meerwaarde heeft.

Aanbevelingen voor de onderzoekers

Het eerste onderdeel waar meer onderzoek naar verricht kan worden is de laatste stap uit de regulatieve cirkel van van Strien, waarbij het gaat om de interventie en de evaluatie stap. Deze laatste stap ligt, als gevolg van de beperkte tijd, buiten de scope van het onderzoek. In het kader van deze stap zou gekeken kunnen worden wat nodig is voor de implementatie van een eerste versie van de HRM checklist. Er zou onderzoek verricht kunnen worden naar de gebruiksvriendelijkheid van de HRM checklist. Is de HRM checklist gebruiksvriendelijk genoeg voor de medisch specialisten? Of zijn er nog onduidelijkheden? Is de HRM checklist in deze hoedanigheid überhaupt implementeerbaar binnen het werkdomein van de medisch specialisten? Heeft het implementeren van de HRM checklist gevolgen voor de professionele cultuur en de organisatiestructuur van maatschappen?

Als de HRM checklist daadwerkelijk geïmplementeerd is, kan onderzoek verricht worden naar de effecten. Draagt de eerste versie van de HRM checklist daadwerkelijk bij aan de verbetering van de communicatie en samenwerking tussen de medisch specialisten? Ook dient er nagedacht te worden over hoe de effecten gemeten zouden moeten worden. Hoe kan er beoordeeld worden of de

communicatie en samenwerking daadwerkelijk is verbeterd, nadat de HRM checklist is geïmplementeerd?

Het tweede onderdeel waar meer onderzoek naar gedaan kan worden zijn de hoofdcategorie oorzaken, waarbij het gaat om de personeelsplanning, de organisatiecultuur, de professionele cultuur, de organisatiestructuur of de samenwerking. Door naar iedere hoofdcategorie oorzaak een onderzoek te verrichten, ontstaat een verdiepend inzicht. Er zijn misschien wel meer HRM activiteiten die een bijdrage kunnen leveren aan bijvoorbeeld de personeelsplanning van medisch specialisten dan de HRM activiteiten die binnen dit onderzoek zijn betrokken. Er zou ook nog verdiepend onderzoek gedaan kunnen worden naar de oorzaak categorieën. In beide gevallen kan de HRM checklist worden aangescherpt met specifieke elementen. De huidige HRM checklist functioneert als een eerste aanzet, dat nog verfijnt kan worden met extra onderzoek. De verfijning op dit niveau viel buiten de scope van het onderzoek.

Het derde onderdeel waar meer onderzoek naar verricht kan worden is naar de aparte HRM activiteiten. Er zou bijvoorbeeld beter ingezoomd kunnen worden op hoe de werving en selectie van een medisch specialist in zijn geheel beter kan. Dit geldt ook voor de andere HRM activiteiten die opgenomen zijn in de HRM checklist, zoals socialisatie, functionering en beoordeling of het werkoverleg. Binnen dit onderzoek is namelijk alleen ingegaan op die onderdelen van de HRM activiteiten die mogelijk relevant waren om de oorzaken van de problemen in de communicatie en samenwerking te beperken. Het vermoeden bestaat dat meer onderdelen van deze HRM activiteiten toegepast zouden kunnen worden op het werkdomein van de medisch specialist.

Het vierde onderdeel waar meer onderzoek naar verricht zou kunnen worden zijn naar de twee HRM activiteiten die niet toegepast konden worden op het werkdomein van de medisch specialist. Daarbij gaat het om het loopbaanmanagement en teambuilding. Er zou in eerste instantie onderzoek gedaan kunnen worden naar waarom deze HRM activiteiten wel of niet mogelijk zijn. Bovendien zou gekeken kunnen worden naar welke elementen uit de HRM activiteiten meerwaarde kunnen hebben voor het werkdomein van de medisch specialisten. Ook kan er gedacht worden aan een onderzoek naar het faciliteren van loopbaanmanagement door de maatschap of het ziekenhuis. Ten slotte zou onderzocht kunnen worden in welke gevallen teambuilding wel toepasbaar is op het werkdomein van de medisch specialisten.

Het vijfde onderdeel waar onderzoek naar verricht zou kunnen worden is naar andere arbeidsgerelateerde problemen binnen het werkdomein van de medisch specialist. Binnen dit onderzoek is gefocused op de problemen in de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten. Maar gaandeweg het onderzoek is gebleken dat het werkdomein van de medisch specialisten bijvoorbeeld ook geconfronteerd wordt met steeds meer vrouwelijke artsen die parttime willen werken. Hoe wordt dat binnen een maatschap opgelost? Een ander onderwerp dat aan de orde is gekomen tijdens de interviews is de arbeidsvreugde onder de medisch specialisten. Hoe kan de arbeidsvreugde onder de medisch specialisten behouden worden? Een ander voorbeeld is hoe meer flexibiliteit binnen het werkdomein van de medisch specialisten gecreëerd kan worden [Biesma, 2005]. En zo zijn er nog meer arbeidsgerelateerde vraagstukken waar medisch specialisten mee

geconfronteerd worden. De inzichten uit dit soort onderzoeken maakt het mogelijk om de HRM checklist in de breedte te ontwikkelen.

Het zesde onderdeel waar onderzoek naar verricht zou kunnen worden is in hoeverre de HRM activiteiten van invloed zijn op de professionele cultuur van medisch specialisten en de organisatiestructuur van maatschappen en ziekenhuizen. Er zou onderzocht kunnen worden of het überhaupt mogelijk is om HRM activiteiten in te zetten op het werkdomein van de medisch specialisten gezien deze kenmerken. Het inzetten van bepaalde HRM activiteiten zou bijvoorbeeld kunnen botsten met de professionele autonomie. Er zou gekeken kunnen worden of dit echt een probleem is of dat dit probleem met bepaalde aanpassingen aan de HRM activiteiten verholpen zou kunnen worden.

Literatuur

Boeken

Aken, van J.E, Berends, H, Bij, van der H. (2007). *Problem Solving in Organizations, A Methodological Handbook for Business Students*, Cambridge: University Press, 1^e Edition.

Ards, J. (2003). *Introductiebeleid: Vorm geven aan de ontdekkingsreis van nieuwe medewerkers*, Assen: Koninklijke van Gorcum BV, 1^e Edition.

Babbie, E. (2007). *The Practice of Social Research*, USA: Thomson Wadsworth, 11th Edition.

Bach, S. (2005). *Managing human resources: Personnel Management in Transition*, Oxford: Blackwell Publishing, 4e Edition.

Boxall, P., Purcell, J. (2008). *Strategy and human resource management*, New York: Palgrave MacMillan, 2e Edition.

Broek, van den L., Derycke, H., Wijchers, L. (2007). *Handboek werving en selectie voor professionele selecteurs in Nederland en België*, Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2^e Edition.

Bruijn, de J.H.B, Beek, van C.C. (2001). *Basics Management voor Medici*. Houten: Bohn Stafleu von Loghum, 1st Edition.

Creswell, J.W. (2009). *Research Design, Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, California: SAGE Publications, Inc., 3th Edition.

Dyer, W.G., Dyer, J. J. (2007). *Teambuilding, Proven Strategies for Improving Team Performance*. San Francisco: John Wiley & Sons Inc., 4^e Druk.

Gatewood, R., Feild R. (1994). *Human Resource Selection*, New York: Hartcourt Brace College Publishers, 3e Edition.

Genderen, van D.M., Fluit, P.S., Stefels, M.E., Steverink, E.A.T.M., Witte, W.G.M.J., Wolff, D.J.B. (2004). *Arbeidsrecht in de praktijk*, Den Haag;: Sdu Uitgevers bv, 4^e Edition.

Gomez-Mejía, L.R., Balkin, D.B., Cardy, R.L. (2007). *Managing human resources*, New Jersey: Pearson Prentice Hall, 5e Edition.

Hurk, van den H. (2007). *Arbeidsvoorwaarden in 100 vragen*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 1^e Edition.

Kaptein, M. (2004). *De integere manager, Over de top, de dilemma's en de diamant*. Assen: Koninklijke Van Gorcum bv. 3^e Edition.

Koeleman, H. (1997). *Interne communicatie als managementinstrument*, Amsterdam: Kluwer, 5^e Edition.

Kluytmans, F. (2001). *Leerboek Personeelsmanagement*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 4^e Druk.

Kluytmans, F. (2005). *Leerboek Personeelsmanagement*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 5^e Druk.

Lievens, F. (2007). *Human Resource Management: Back to Basics*, Den Haag: Uitgeverij Lannoo bv & Academic Service, 2e Edition.

Loonstra, C.J. (2002). *Hoofdpijnen Nederlands Recht*, Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 6^e Edition.

Maddux, R.B., Wingfield, B. (2003). *Teambuilding*. USA: Von Hoffman Graphics Inc., 4^e Druk.

Moreels, A. (2003). *Welkom! Het onthaal van nieuwe medewerkers*. Mechelen: Kluwer uitgevers.

Pickman, A.J. (1994). *Complete guide to outplacement counseling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 10th Edition.

Remmerswaal, J. (2006). *Begeleiden van groepen, Groepsdynamica in de praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum, 2^e Druk.

Ritsema, H.A, Westra, R. (2001). *Met recht een onderneming, Inleiding in de juridische aspecten*, Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv, 9^e Edition.

Roberts, G. (2004). *Werving en selectie, A competency approach*, Wiltshire: The Cromwell Press, 6^e Edition.

Rothwell, W.J., Stavros, J.M, Sullivan, R.L., Sullivan, A. (2010). *Practicing Organization Development, A Guide for Leading Change*. San Fransisco: John Wiley & Sons Inc., 3^e Druk.

Schoemakers, A.M., Koopmans, A.J. (2003). *Operationeel personeelsmanagement, Een praktische handleiding*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 1^e Edition.

Witman, Y. (2007). *De medicus maatgevend, over leiderschap en habitus*. Assen: Koninklijke Van Gorcum bv, 1^e Edition.

Artikelen

Abernethy, M.A., Stoelwinder, J.U. (1990). The relationship between organization structure and management control in hospitals: An elaboration and test of Mintzberg's professional bureaucracy model, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 3, No. 3, pp. 18-33.

Biesman, D. (2005). Andere maatvoering, *Medisch Contact*, Vol. 60, No. 4, pp. 152-154.

Bowen, D.E., Ledford, G.E., Nathan, B.R. (1991). Hiring for the organization, not the job, *Academy of Management Executive*, Vol. 5, No. 4, pp. 35-51.

Croonen, H., Scholten, A. (2009). Vrede in de maaatschap, *Medisch Contact*, No. 51-52, pp. 2151-2155.

Damhuis, G.H. (2006). Scoren op competenties, MultiSourceFeedback schept veilig en open leerklimaat in de maatschap, *Medisch Contact*, Vol. 61, No. 33/44, pp. 1320-1323.

Damhuis, G.H., Lombarts, M.J.M.H., Holl, R.A., Koomen, A.R., Lips, J.P. (2001). De maatschap managen, *Medisch Contact*, Vol. 50.

Edwards, N., Kornacki, M.J., Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: What are the causes and what can be done, *British Medical Journal*, Vol. 324, pp. 834-838.

Eugene Baker III, H., Feldman, D.C. (1981). Linking organizational socialisatie tactics with corporate human resource management strategies, *Human Resource Management Review*, Vol. 1, No. 3, pp. 193-202.

Feldman, D.C. (1981). The Multiple Socialisatie of organization members, *The Academy of Management Review*, Vol. 6, No. 2, pp. 309-318.

Fossas Olalla, M. (1999). The resource-based theory and human resources, *International Advances in Economic Research*, Vol. 5, No. 1, pp. 84-92.

Hamming, J.F., Waelpoel, E.G., Leede, de B., Bockel, van J.H. (2009). Feedback over chirurgengedrag, *Medisch Contact*, Vol. 64, nr. 46, pp. 1920-1924.

Karssemeijer, M.A., Toonstra, J., Schols, A.H.M. (2007). Beter contact, *Medisch Contact*, Vol, 62, No, 42, pp. 1732-1733.

Lawyer III., E.E. (1994). From Job-Based to Competency-Based Organizations, *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 15, No. 1, pp. 3-15.

Levens, W.J., Exter, van P., Janssens, R., Roose, M. (2006). Managementparticipatie door medici, *Medisch Journaal*, Vol. 35, No. 2, pp. 59-68.

Lombarts, K., Overeem, K., Kremer, B. (2006). De betere dokter, *Medisch Contact*, Vol. 61., nr. 16, pp. 656-659.

Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design, *Management Science*, Vol. 26, No. 3, pp. 322-341.

Oosterom, L.L., Hoof, van S.C.J., Jansen, C., Fabius, M.A.W., Pasma, J., Strijbos, J.H. (2009). Zelfevaluatie met z'n allen, *Medisch Contact*, Vol. 64, No. 50, pp. 2081-2083.

Petts, N. (1997). Building growth on core competences – A practical approach, *Long Range Planning*, Vol. 30. No. 4, pp. 551-561.

Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, *Medisch Contact*, Vol. 61, No. 20.

Rodenburg, C. J., Oldenburg-Ligtenberg, P.C., Wittebol, S., Wiel, van de A. (2008). Het jaargesprek, *Medisch Contact*, Vol. 63, No. 4, pp. 144-146.

Rynes, S.L., Barber, A.E. (1990). Applicant attraction strategies: An organizational perspective, *Academy of Management Review*, Vol. 15, No. 2, pp. 286-310.

Schmit Jongbloed, L., Sanders, F., Berden, B. (2007). Ondermaats functioneren: Samenwerking, sfeer en communicatie verdienen meer aandacht, *Medisch Contact*, Vol. 62, No. 23.

Schuler, R.S., MacMillan, I.C. (1984). Gaining Competitive Advantage through Human Resource Management Practices, *Human Resource Management*, Vol. 23 No. 3, Pp. 241-255,

Visser, J. (2005). Iedereen kan beter functioneren, *Medisch Contact*, Vol. 60, No. 35, p. 1380-1382.

Rapporten

Gerritsen, J. (2003). *Mediation een bruikbaar alternatief; Een onderzoek naar de verschillende mogelijkheden van conflictoplossing binnen ziekenhuisinstellingen, met mediation in het bijzonder*. Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Lemstra Externe onderzoeksc commissie MST (2009). *En waar was de patiënt... Rapport over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving*.

KNMG, (2004). Algemene competenties Medisch Specialisten.

Orde van Medisch Specialisten (2008). *Individueel Functioneren van Medisch Specialisten*, Persoonlijk Beter.

Krantenartikelen

Bruinsma, J. (3 juni 2006 en 15 januari 2009). De etterende gevallen in het ziekenhuis, *de Volkskrant*

Trommelen, J. (28 mei 2005-21 januari 2009). Snijden zwijgen, *de Volkskrant*

Websites

[1] Website bezocht op 22 april 2010: <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/opleiding/msrc.htm>.

[2] Website bezocht op 22 april 2010:
<http://orde.artsennet.nl/kwaliteit/Kwaliteitsinstrumenten/Opleiding/AIOS.ht>.

[3] Website bezocht op 22 april 2010: <http://orde.artsennet.nl/discussie/Artikel/Registratie-en-herregistratie-1.htm>.

Bijlage I – Overzicht oorzaken en gevolgen van een slechte onderlinge communicatie en samenwerking

Om een indruk te krijgen in hoeverre problemen in de communicatie en samenwerking van invloed zijn op de kwaliteit van de patientenzorg, is een overzicht samengesteld van incidenten die in de afgelopen jaren de publiciteit hebben gehaald. In deze tabel zijn alleen de incidenten opgenomen waarvan duidelijk is dat ze hebben geleid tot problemen in de communicatie en samenwerking. Indien het mogelijk was, zijn de bijbehorende oorzaken en de effecten op de zorgverlening achterhaald. De resultaten uit de tabel zijn ter controle op juistheid en volledigheid voorgelegd aan de Orde van Medisch Specialisten. Van de Orde van Medisch Specialisten mag immers aangenomen worden dat zij hierover met hun expertise kunnen oordelen.

OVERZICHT CASES						
Jaar	Specialismen/ Afdelingen	Ziekenhuis	Conflict/Slechte verhoudingen	Oorzaak Conflict/ Slechte verhoudingen	Gevolg Conflict/ Slechte verhoudingen	Effect op zorgverlening
1992	Gynaecologen	Elkerliek ziekenhuis Helmond	"In 1994 werden alle vier de gynaecologen het Elkerliek ziekenhuis in Helmond uitgezet na de dood van een tweeling. Een verziekte werksfeer constateerde de Inspectie voor de gezondheidszorg destijds."	"Vijf vrouwenartsen in het ziekenhuis hadden ruzie over de verdeling van de winst van hun maatschap."	"Zij communiceerden niet meer met elkaar en lieten veel werk verrichten door arts-assistenten." "De arts weigerde tot twee maal toe naar het ziekenhuis te komen toen een assistent hem opbelde om de zeer problematische situatie van de zwangere vrouw te bespreken. Hij heeft tijdens verhoor toegegeven dat hij wel zou hebben ingegrepen als de vrouw geen patiënt was geweest van de collega met wie hij ruzie had."	"Volgens de inspectie voor de volksgezondheid zijn als gevolg van de chaos en wanorde op de afdeling vier baby's overleden."

Bron: Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 61, No. 20.				Bron: (Krantenartikel) Auteur onbekend (21 december 1995 en 15 januari 2009). Arts ondanks ongeboren tweeling vrijuit, <i>de Volkskrant</i> .		
1997	Gynaecologen	Eemland ziekenhuis Amersfoort	"Ruziënde gynaecologen in Eemland ziekenhuis in Amersfoort."	-	-	"Daar zouden door onderlinge ruzies mogelijk zelfs tien sterfgevallen (3 vrouwen en 7 baby's) zijn veroorzaakt."
Bron: Gerrits, R. (19 februari 2005 en 15 januari 2009). Kwaliteitstest voor medisch specialisten, <i>de Volkskrant</i> . Bron: (Krantenartikel) Bruinsma, J. (3 juni 2006 en 15 januari 2009). De etterende gevallen in het ziekenhuis, <i>de Volkskrant</i> .						
2001	Kindercardioloog	Wilhelmina ziekenhuis Utrecht	"Bij de in 2001 overleden baby Charlotte Floor in het Wilhelmina Kinderziekenhuis was er onder meer sprake van een ruzie tussen een hoogleraar en de later veroordeelde kindercardioloog Paul H."	"Twee dagen eerder ruziet het tweetal over H's promotieonderzoek naar zogenoemde arteriële switch operaties. Hoogleraar Sreeram vindt dat hij als hoogleraar cardiologie promotor moet worden, maar H. kiest voor prof. Francois Hitchcock. Een ego-kwestie vormt de opmaat voor de fatale gebeurtenissen in het kinderhartcentrum. De werksfeer op de afdeling werd al jaren verpest door botsende karakters en onvolwassen gedag van hooggeleerde heren."	"Hoogleraar Sreeram reageert gepikeerd en zegt dat Paul H. niet meer op zijn hulp hoeft te rekenen, ook niet inzake patiëntenzorg". "De dood van het meisje is mede veroorzaakt door de verziekte sfeer, slechte communicatie en het ontbreken van goede werkafspraken op de afdeling."	"Een kindercardioloog is veroordeeld tot anderhalf jaar cel wegens dood door schuld."
Bron: Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 61, No. 20.				Bron: (Krantenartikel) Bommel, van N., Visser, de E., (30 november 2002 en 27 januari 2006). Zwijgend keken de artsen naar de fatale ingreep, <i>de Volkskrant</i> . Bron: Auteur onbekend (2005). Kindercardiologie UMC Utrecht betert leven, <i>Elsevier Gezondheidszorg</i> .		

2002	Opnamestop	IJsselmeerziekenhuis Lelystad en Emmeloord	<p>"De Inspectie voor de Gezondheidszorg gelast in 2002 een opnamestop voor het IJsselmeerziekenhuis in Emmeloord en Lelystad. Na een mislukte fusie twaalf jaar eerder is de patientenzorg door de slechte verhoudingen niet meer te waarborgen."</p> <p>"Dokters uit beide ziekenhuizen kunnen elkaars bloed wel drinken." "Er waren knallende ruzies met de twee chirurgen in Emmeloord en met anesthesiologen."</p>	<p>"Botsende culturen met ieder zijn eigen achtergrond, opleiding, praktijkvoering. Ook de artsen hadden weinig gemeen. Die in Lelystad waren ooit begonnen in loondienst, in Emmeloord werkten ze als vrije ondernemers in een maatschap." "Het onderlinge wantrouwen werd in de hand gewerkt door een verschil in rechtspositie: loondienst in Lelystad, vrije vestiging voor Emmeloord." "Kern van het conflict is de verdeling van de medische specialismen (Alle dure afdelingen als kindergeneeskunde, intensive care en spoedeisende hulp moesten naar Lelystad. We worden een soort veredelde polikliniek,' zei een Emmeloordse radioloog)."</p>	<p>"Professionals treden solistisch op. Uit het inspectierapport blijkt nu dat de chirurgen nog altijd niet goed samenwerken."</p>	<p>"Uit door de maatschap geleverde cijfers bleek een schrikbarend hoog aantal complicaties bij dikke darm operaties." "Een hoge sterfte op de intensive care en een overleden kind dat laat werd doorverwezen."</p>
<p>Bron: (Krantenartikel) Mat, J. (21 augustus 2006). Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën: Specialisten werken op basis van onderling vertrouwen maar die basis blijkt steeds vaker wankel, <i>NRC Handelsblad</i>. Bron: (Krantenartikel) Rosenberg, E., Luyendijk, W. (4 oktober 2008 en 8 oktober 2008). Heelkunde was al jaren chaotisch, <i>NRC Handelsblad</i>. Bron: (Krantenartikel) Bruinsma, J. (17 februari 2003 en 20 januari 2009). Poldertwist, <i>de Volkskrant</i>.</p>			<p>Bron: (Krantenartikel) Rosenber, E., Luyendijk, W. (4 oktober 2008 en 8 oktober 2008). Heelkunde was jaren chaotische, <i>NRC Handelsblad</i>. Bron: (Krantenartikel) Bruinsma, J. (17 februari 2003 en 20 januari 2009). Poldertwist, <i>de Volkskrant</i>. Bron: Hulshof, M., (8 maart 2003). Snijden waar het pijn doet, <i>Gezondheidszorg Vrij Nederland</i>.</p>			

2003	Neurologie	Medisch Spectrum Twente	"De samenwerking tussen Jansen en de overige leden van de vakgroep Neurologie, zijn naaste collega's, is van meet af aan moeizaam geweest en werd gekenmerkt door vele, soms hoogoplopende conflicten."	"Jansen distantieerde zich van in vakgroepverband gemaakte afspraken, was niet aanspreekbaar op zijn handelen en voelde zich verheven boven zijn collega's. De RvB (h)erkende de signalen die er wel degelijk zijn geweest niet, zelfs niet het onmiskenbare signaal van de collega-neuroloog in 1998."	"De samenwerking tussen Jansen en de overige leden van de vakgroep Neurologie, zijn naaste collega's, is van meet af aan moeizaam geweest."	"De betreffende arts zou vele misdiagnoses hebben gesteld en patiënten ten onrechte riskante medicijnen hebben voorgeschreven."
Bron: Externe onderzoekscommissie MST, En waar was de patient... Rapport over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving, 1 September 2009						
2004	Radiologie	-	"Maatschap radiologen van ziekenhuis weigert te praten met collega's en bestuur."	"De drie konden niet overweg met de maatschappen van de ziekenhuizen waarmee 'hun' ziekenhuis was gefuseerd."	-	-
Bron: Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 61, No. 20. Bron: (Krantenartikel) Bruinsma, J. (3 juni 2006 en 15 januari 2009). De etterende gevallen in het ziekenhuis, <i>de Volkskrant</i> .						

2005	Intensive Care	St. Jans Gasthuis Weert	"De inspectie sluit enkele weken de intensive care van het St. Jans Gasthuis in Weert wegens ruzie tussen anesthesisten en intensivisten."	"De longartsen en anesthesisten van het ziekenhuis ruziën over de medische eindverantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënten op de Intensive Care (IC)." "De maatschap anesthesie beschikt bovendien over te weinig artsen om de patiënten op de afdeling intensieve zorg naar behoren te kunnen behandelen".	"De verhoudingen tussen de longartsen en anesthesisten waren zodanig verstoord, dat er geen sprake was van een goede communicatie tussen deze disciplines ten aanzien van de behandeling van patiënten."	"De longartsen en anesthesisten communiceren niet genoeg met elkaar om de patiënten goede zorg te kunnen bieden." "Gemiddeld liggen patiënten bij die afdelingen twee tot drie dagen aan de apparatuur. In het Sint Jans Gasthuis krijgen patiënten op de Intensive Care gemiddeld tien dagen kunstmatige beademing."
Bron: (Krantenartikel) Mat, J. (21 augustus 2006). Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën: Specialisten werken op basis van onderling vertrouwen maar die basis blijkt steeds vaker wankel, <i>NRC Handelsblad</i> .			Bron: (Krantenartikel) Auteur onbekend, (februari 2005). Intensive Care St. Jans Gasthuis voorlopig gesloten, <i>Zorgkrant</i> . Bron: Auteur onbekend (2005). Inspectie sluit IC ziekenhuis Weert, <i>Elsevier Gezondheidszorg</i> . Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg (26 maart 2007). Zijn onze ziekenhuizen nog veilig? (Toespraak).			
2005	Plastische chirurgie	Slingelandziekenhuis Doetinchem	"Van Onselen verliet dat hospitaal in 2005 na de nodige trammelant binnen zijn maatschap."	"In dit geval werd die overeenkomst verbroken, nadat medechirurgen zich hadden beklaagd over de werkwijze van de man. Zo zou hij onder meer een ok-assistente chirurgische handelingen hebben laten verrichten waartoe zij niet was bevoegd."	-	"In 2004 overleed een vrouw in het Slingeland ziekenhuis in Doetinchem nadat zij een reconstructieve operatie aan de buikwand had ondergaan."
Bron: (Krantenartikel) Cort, de W., (16 april 2008 en 25 december 2008). Chirurg heeft geen gevoel als hij iemand tilt, <i>de Gelderlander</i> .			Bron: (Krantenartikel) Auteur onbekend, (28 april 2007). Onrust onder ex-patiënten omstreden chirurg, <i>de Pers</i> . Bron: Dijkman, A., (25 april 2007). Liposuctiedode was niet eerste sterfgeval, <i>Elsevier</i> .			

2006	Interne geneeskunde en anesthesie	Diakonessenhuis Utrecht	"Het Diakonessenhuis Utrecht vervangt alle zeven intensivisten door tijdelijke krachten. Ze maakten deel uit van de maatschappen interne geneeskunde en anesthesie." "Het woord ruzie wil Steenbergen (voorzitter RvB) niet in de mond nemen, maar goed was de sfeer allerminst."	-	"Door onderlinge onenigheid was er op de afdeling niet altijd een intensivist beschikbaar." "Het Diakonessenhuis Utrecht vervangt alle zeven intensivisten door tijdelijke krachten wegens communicatie- en samenwerkingsproblemen."	"Volgens een woordvoerder hebben de twisten in het ic-team niet geleid tot gevaar voor patiënten."
Bron: (Krantenartikel) Mat, J. (21 augustus 2006). Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën: Specialisten werken op basis van onderling vertrouwen maar die basis blijkt steeds vaker wankel, <i>NRC Handelsblad</i> . Bron: Auteur onbekend (2006). Diakonessenhuis besluit over IC, <i>Medisch Contact</i> , No. 15.			Bron: (Krantenartikel) Auteur onbekend, (4 mei 2006). Ruziemakende intensivisten overgeplaatst, <i>de Volkskrant</i> . Bron: (Krantenartikel) Mat, J. (21 augustus 2006). Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën: Specialisten werken op basis van onderling vertrouwen maar die basis blijkt steeds vaker wankel, <i>NRC Handelsblad</i> .			
2006	Heelkunde	Maasziekenhuis Boxmeer	"Het Maasziekenhuis in Boxmeer ontslaat drie van de vijf chirurgen wegens conflicten in de maatschap."	"De problemen binnen de maatschap chirurgie ('zeer verschillende karakters') dateren al uit het jaar 2000."	"In april 2006 bleek dat de maatschap chirurgie in Boxmeer grote problemen in de samenwerking kende, die leidden tot onveilige situaties." "De problemen zijn in ieder geval deels te herleiden tot miscommunicatie tussen de chirurgen."	"Onderlinge onenigheid tussen chirurgen heeft in het Maasziekenhuis Boxmeer geleid tot een hoger dan normaal aantal complicaties en heroperaties."
Bron: (Krantenartikel) Mat, J. (21 augustus 2006). Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën: Specialisten werken op basis van onderling vertrouwen maar die basis blijkt steeds vaker wankel, <i>NRC Handelsblad</i> .			Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg (26 maart 2007). Zijn onze ziekenhuizen nog veilig? (Toespraak). Bron: (Krantenartikel) Bruinsma, J. (3 juni 2006 en 15 januari 2009). De etterende gevallen in het ziekenhuis, <i>de Volkskrant</i> . Bron: Benneker, B. (31 maart 2006). Ruziende chirurgen gevaar voor patienten, <i>Elsevier</i> .			

2006	Cardiochirurgie	UMC St. Radboud Nijmegen	"Uit de analyse van het zorgproces komt een complex van factoren naar voren, dat de kwaliteit van de verleende zorg ongunstig heeft beïnvloed en de hoge mortaliteit en morbiditeit heeft veroorzaakt. De EOC onderscheidt daarbij o.a. interne conflicten."	"Medewerkers konden niet goed met elkaar overweg en arbeidsvoorwaarden geven aanleiding tot ontevredenheid."	"Uit de interviews uitgevoerd door de EOC blijkt dat de onderlinge samenwerking en communicatie tussen de diverse groepen die bij de zorg voor de cardiochirurgische patient betrokken zijn, onvoldoende is."	"In het najaar van 2004 was de sterfte onder patienten die in het UMC St Radboud een cardiochirurgische operatie ondergingen abnormaal hoog. Daarnaast gingen de operaties in de periode 2003-2005 gepaard met een hoge tot zeer hoge incidentie van heringrepen wegens bloeding en harttamponade. Ook was er mer postoperatief orgaanfalen (Verhoogde mortaliteit en morbiditeit)." "Op 24 april dit jaar gaf de inspectie het bevel om hartoperaties bij volwassenen door de hartchirurgen met onmiddellijke ingang stop te zetten."
Bron: Externe onderzoekscommissie, Een tekortschietend zorgproces: Een onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de cardiologische zorgketen voor volwassenen in het UMC St Radboud te Nijmegen, April 2006. Bron: (Persbericht) Inspectie voor de Gezondheidszorg (28 september 2006). Inspectie: Hartchirurgie Radboud ziekenhuis mag weer starten.						

2006	Cardiologie	Gelre ziekenhuis Zutphen	"Het komt vaker voor dat artsen om deze reden ruzie krijgen."	"Het bericht over de Zutphense cardiologen die een zieke collega uit de maatschap wilden zetten, was schrijnend maar ook herkenbaar."	-	"In juli 2004 constateren artsen de aandoening CIDP bij Westendorp. Deze ziekte leidt tot krachtverlies in handen en voeten. Volgens de raadvrouw van Westendorp, M.E.F. Bots, is de cardioloog hier heel open over geweest naar zijn collega's toe. De cardioloog heeft de veiligheid van de patiënt altijd voorop gesteld."
Bron: Wijck, van F. (2007). Afscheid van de zieke maat, <i>Medisch Contact</i> , No. 5, pp. 198-200. Bron: (Krantenartikel) Serris, R. (22 december 2006 en 11 juni 2007). Cardiologen geraken in onmin, <i>de Stentor</i> .						
2006	Heelkunde en Anesthesie	Diaconessenhuis Meppel	"Inspectie stelt Diaconessenhuis Meppel onder verscherpt toezicht wegens ruzies onder chirurgen en anesthesiologen."	"In de afgelopen jaren is er een tweedeling ontstaan tussen een oude groep chirurgen en hun nieuwe collega's. Er was nauwelijks sprake van enige organisatie binnen de vakgroep en patiënten werden aangezet om klachten over collega's in te dienen. Over de anesthesisten zegt de inspectie dat er vanwege botsende karakters sprake is van een slechte communicatie. De door de Raad van Bestuur ingeschakelde professor Van Vroonhoven constateerde een totaal	"Aanleiding zijn de langdurige problemen die het ziekenhuis heeft in de samenwerking en communicatie bij met name de afdelingen chirurgie en anesthesiologie."	"Ook daarbij dat de jarenlange problemen binnen de afdelingen chirurgie en anesthesiologie tot risicovolle situaties voor patiënten geleid."

				gebrek aan vertrouwen bij de chirurgen, onderlinge achterdocht en gebrek aan zelfinzicht."		
Bron: (Krantenartikel) Mat, J. (21 augustus 2006). Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën: Specialisten werken op basis van onderling vertrouwen maar die basis blijkt steeds vaker wankel, <i>NRC Handelsblad</i> .				Bron: (Persbericht) Inspectie voor de Gezondheidszorg (6 juli 2006). Diaconesshuis in Meppel onder verscherpt toezicht. Bron: (Krantenartikel) Auteur onbekend (8 juli 2006). Tijd in Diaconessenhuis heeft stilgestaan, <i>de Stentor</i> .		
2006	Anesthesie	Mesos Medisch Centrum Utrecht	"Een anesthesiologe van het Mesos Medisch Centrum in Utrecht werd door de directie op non-actief gesteld vanwege hardnekkige problemen met haar vijf collega's."	"Volgens de bestuursvoorzitter was het individueel functioneren van de specialisten goed, maar één anesthesioloog had regelmatig conflicten met de andere vijf collega's op het gebied van communicatie."	-	"Uit een brandweervisitatie, spoedonderzoek door collega's van elders, werd geconcludeerd dat de patiënten gevaar liepen."
Bron: (Krantenartikel) Bruinsman, J. (13 juni 2006 en 15 januari 2009). Specialist ruziet, patient lijdt, <i>de Volkskrant</i> .				Bron: Brinkman, A. (12 mei 2006). Anesthesioloog Mesos non-actief gesteld, <i>Mednet</i> . Bron: (Krantenartikel) Bruinsman, J. (13 juni 2006 en 15 januari 2009). Specialist ruziet, patient lijdt, <i>de Volkskrant</i> .		

2008	Oogheelkunde	Bronovo ziekenhuis Den Haag	"In het Bronovo-ziekenhuis in Den Haag is heibel uitgebroken tussen twee vrouwelijke oogartsen. De ruzie is dermate hoog opgelopen dat een van de twee dames de toegang tot de afdeling oogheelkunde is ontzegd."	"Waar de oogartsen exact onenigheid over hebben, werd niet helemaal duidelijk. Uit de rechtszitting bleek in ieder geval dat ze een conflict hebben over de koers van het beleid die op de afdeling gevaren moet worden."	-	"Ze zit al bijna twee maanden thuis, waardoor een stijgend aantal oogpatiënten niet behandeld kan worden en de wachttijden in het ziekenhuis oplopen."
Bron: (Krantenartikel) Lengton, I. (20 november 2008). Oogartsen kibbelen elkaar ziekenhuis uit, <i>de Telegraaf</i> .						
2008	Radiotherapie	St. Elisabeth ziekenhuis Tilburg	"Dat is het gevolg van een conflict tussen het Bernard Verbeeten Instituut (BVI) in Tilburg en het EZ. "Het BVI heeft alle medewerking met ons opgezegd en ook de laboranten teruggetrokken, aldus Bart Berden, lid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis."	"Het EZ heeft specialisten van ons geweigerd, waardoor wij geen goede kwaliteit van zorg konden leveren", zegt voorzitter Gerard Tijmes van de Raad van Bestuur."	"Het conflict liep zo hoog op, dat beide partijen een bemiddelaar hebben ingezet om een doorbraak te forceren." (Indirect duidt dit op communicatie en samenwerkingsproblemen).	"Waar specialisten niet door één deur kunnen, komt goede zorg aan de patiënt in gevaar, aldus Berden."
Bron: (Krantenartikel) Rube, H. (15 juli). Ruzie over stralingsapparaat, <i>Brabants Dagblad</i> .						
2009	Maagchirurgie	Scheper ziekenhuis Emmen	-	"Volgens hem (voorzitter RvB) werkte de chirurg als het ware op een eiland." "Reijnen luisterde nooit naar zijn directe collega's. Zijn beleid was wisselend en onvoorspelbaar en hij hield zich niet aan behandelprotocollen. Zijn humeur varieerde van joviaal tot nurks en kribbig."	"De commissie verwijt hem slechte communicatie met zowel patiënten als collega's en slechte verslaglegging."	"Het aantal complicaties dat is opgetreden bij de maagverkleiningsoperaties van Reijnen is volgens de commissie onevenredig hoog. Bij vijf van de zeven sterfgevallen was er sprake van naadlekkages. Er zijn twee patiënten overleden door technische fouten."
Bron: Willems, M. (6 oktober 2009). Maagchirurg ontslagen na overlijden patiënten, <i>Elsevier</i> .				Bron: Skipr Redactie (6 oktober 2009). Scheper Ziekenhuis ontslaat chirurg Reijnen, <i>Skipr</i> . Bron:		

				Willems, M. (6 oktober 2009). Maagchirurg ontslagen na overlijden patienten, <i>Elsevier</i> . Bron; Auteur onbekend, (6 oktober 2009). Inspectie wil dat chirurg niet meer opereert, <i>www.nu.nl</i> .		
2009	Verloskunde	Westfriesgasthuis Hoorn	"Dat viel fout bij de specialist, waarna de twee een woordenwisseling kregen."	"Een eerder afgesproken behandeling stond niet helder in het dossier waarna de behandelend specialist een verkeerde behandelmethode koos. Zij zag dat het niet goed ging en adviseerde een andere behandeling. De specialist ging naar huis en de boze verloskundige verzuimde hem terug te roepen toen de bevalling een dramatische wending kreeg."	"Zo was de samenwerking van het medisch team onvoldoende."	"In het Westfriesgasthuis in Hoorn zijn dit jaar twee baby's kort na de geboorte om het leven gekomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in augustus maatregelen genomen, omdat op de afdeling verloskunde een onveilige situatie was ontstaan."
Bron: Auteur onbekend (10 september 2009). Baby dood door fouten verloskunde, <i>het Parool</i> . Bron: Auteur onbekend (11 september 2009). Nog een baby overleden in Westfriesgasthuis, <i>Trouw</i> .						

Bijlage II – Overzicht van zoekresultaten uit de academische literatuur

In de academische literatuur is gekeken naar de hoeveelheid onderzoek die is verricht naar HRM in relatie tot medisch specialisten. Voor iedere zoekactie zijn de zoektermen geregistreerd met het aantal zoekresultaten. De tabel laat zien dat met steeds specifiekere wordende zoektermen de (relevante) zoekresultaten afnemen. Op basis van de zoekresultaten kan geconcludeerd worden dat nauwelijks tot geen onderzoek is verricht naar HRM in relatie tot medisch specialisten.

Zoekmachine Google Scholar

In de onderstaande tabel staan de zoekresultaten uit de zoekmachine Google Scholar weergegeven. De linkerkolom bevat de zoektermen die zijn ingevoerd in de zoekmachine en de rechterkolom geeft het aantal bijbehorende aantal zoekresultaten weer.

Zoektermen	Aantal zoekresultaten
HRM	135000
HRM, health care	25600
HRM, health care, professionals	20100
HRM, health care, professionals, medical specialists	9020
HRM, health care, professionals, medical specialists, hospital	5990
HRM, health care, professionals, hospitals	16000 Artikelen: - What differences does good HRM make? - Management matters, etc.
HRM, health care, professionals, hospitals, medical errors	10600 Artikelen: - Reducing patient mortality, The role of HRM. - Converging patterns in hospital organizations. - Unhappy doctors, etc.
HRM, health professionals	22600
HRM, health professionals, hospitals	16000
HRM, health professionals, hospitals, partnerships	9110 Artikelen: - Improving Health through HRM.
Reducing medical error	1370000
Reducing medical error, HRM	17500 - Reducing medical error in the military health system, how can training help?

	- Reducing patient mortality, The role of HRM.
Reducing medical error, HRM for health professionals	14900 - Why communication in the operating room fails. - How to bridge the gap in human resources for health.
Human resource management	2850000
Human resource management, hospitals	450000
Human resource management, hospitals, surgeons	324000 Artikelen: - Bridging the communication gap in the operating room with medical team training.
Conflicten tussen artsen in maatschappen	1370
Conflicten binnen maatschappen	3240 Artikel: - Het recept voor ruzie (medisch contact)
Conflicten binnen maatschappen, medisch specialisten	509 Artikel: - Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, dossieronderzoek 2004
Conflicten binnen maatschappen, medisch specialisten, medische fouten	425
Conflicten binnen maatschappen, medisch specialisten, medische fouten, oorzaken onenigheid	38 (No useful results)
Conflicten medisch specialisten	2210
Conflicten medisch specialisten, oorzaken onenigheid	227
Conflicten medisch specialisten, oorzaken onenigheid, toename mortaliteit	25 (No useful results)
Conflicten medisch specialisten,	2210
Conflicten medisch specialisten, problemen samenwerking en communicatie	1080
Conflicten medisch specialisten, problemen samenwerking en communicatie, oorzaken onenigheid, toename mortaliteit	17 (No useful results)
Personeelsmanagement	1490
Personeelsmanagement, medisch specialisten	138

	Artikelen: - Samenwerken, zorgenkind van de zorg
HR management	
HR management, medical doctor	
HR management, medical doctor, efficiency	30200
Selection and recruitment	
Selection and recruitment, medical specialist	
Selection and recruitment, medical specialist, partnerships	20500
Rekrutering	1870
Rekrutering, medisch specialist	220
Rekrutering, medisch specialist, maatschap	55 (No useful results)
Selecteren	12000
Selecteren, medisch specialist	2930
Selecteren, medisch specialist, maatschap	583 Artikel: - Recept voor ruzie
Selection and recruitment	562000
Selection and recruitment, medical specialist	39000
Selection and recruitment, medical specialist, partnerships	20400
PSFs (professional service firms)	1150000
PSFs (professional service firms), partnerships,	12500
PSFs (professional service firms), partnerships, medical specialist	2580
Reasons unhappy doctors	162000 Artikel: - Unhappy doctors: What are the causes and what can be done?
Reasons unhappy doctors, conflicts	109000
Reasons unhappy doctors, conflicts, partnerships	44000
Reasons unhappy doctors, conflicts, partnerships, medical specialists, HRM	280
Reasons unhappy doctors, conflicts, partnerships, medical specialists, HRM, medical error	150 (No useful results)

Zoekmachine Scopus

In de onderstaande tabel staan de zoekresultaten uit de zoekmachine Scopus weergegeven. De linkerkolom bevat de zoektermen die zijn ingevoerd in de zoekmachine en de rechterkolom geeft het aantal bijbehorende aantal zoekresultaten weer.

<i>Zoektermen</i>	<i>Aantal zoekresultaten</i>
HRM	1748
HRM, health care	90
HRM, health care, hospitals	41
HRM, health care, hospitals, medical specialists	No results found.
Medical specialists,	54584
Medical specialists, HRM	3 (no useful articles)
Medical specialists, selection and recruitment	188
Medical specialists, selection and recruitment, conflicts	2 (no useful articles)

Zoekmachine Web of Science

In de onderstaande tabel staan de zoekresultaten uit de zoekmachine Web of Science weergegeven. De linkerkolom bevat de zoektermen die zijn ingevoerd in de zoekmachine en de rechterkolom geeft het aantal bijbehorende aantal zoekresultaten weer.

<i>Zoektermen</i>	<i>Aantal zoekresultaten</i>
HRM	1367
HRM, health care	22
HRM, health care, medical specialist	No results found.

Bijlage III – Overzicht van zoekresultaten uit de professionele literatuur

In de academische literatuur is nauwelijks tot geen relevante informatieve gevonden. Daarom bleek het noodzakelijk om informatie te zoeken binnen de professionele literatuur. In de tabel wordt weergegeven welke zoektermen zijn gehanteerd voor de zoekacties en wat de bijbehorende resultaten zijn.

Zoekmachine Medisch Contact

In de onderstaande tabel staan de zoekresultaten uit de zoekmachine van Medisch Contact weergegeven. De linkerkolom bevat de zoektermen die zijn ingevoerd in de zoekmachine en de rechterkolom geeft het aantal bijbehorende aantal zoekresultaten weer.

Zoektermen	Aantal zoekresultaten
Ruzie	333 - Het recept voor ruzie - Ondermaats functioneren, bal bla bal
Slechte samenwerking	5000 - Onbedoelde schade, balb rapport
Slechte samenwerking door ruzie	152 - Vrede in maatschap
Medisch specialist	16800
Medisch specialist, beoordelen	5940
Medisch specialist, beoordelen collega's	2440 - De betere dokter
Communicatie en samenwerking	1720
Communicatie en samenwerking, verstoorde	107 - En waar was de patient...? - Verstoorde samenwerking, balablkbkla
Onenigheid medisch specialisten	150
Onenigheid medisch specialisten, oorzaak	137
Onenigheid medisch specialisten, oorzaak, maatschap	85 - Recept voor ruzie
Afscheid zieke maat	720 - Afscheid van de zieke maat, balbal

Zoekmachine Google

In de onderstaande tabel staan de zoekresultaten uit de zoekmachine Google weergegeven. De linkerkolom bevat de zoektermen die zijn ingevoerd in de zoekmachine en de rechterkolom geeft het aantal bijbehorende aantal zoekresultaten weer.

Zoektermen	Aantal zoekresultaten
Ruzie maatschap	16.900
Ruzie maatschap, medisch specialisten	915 - <i>Vooraf de patient lijdt als artsen ruzien: Specialisten werken op basis van onderling vertrouwen, maar die basis blijkt steeds vaker wankel</i> , NRC Handelsblad [21 Augustus 2006]. - Vrede in de maatschap - Snijdend zwijgen, de Volkskrant [28 Mei 2005-21 Januari 2009].
Ruzie medisch specialisten	6500 - Help de doktoren maken ruzie, blalblab
Ruzie medisch specialisten, slecht personeelsbeleid	1530 - Zwijgend keken de artsen naar de fatale ingreep <i>Van onze verslaggevers Noël van Bommel en Ellen de Visser op</i> 30 november '02, 02:29, bijgewerkt 27 januari 2006 16:52
Conflicten binnen ziekenhuizen	171.000 - Zeer veel conflicten binnen ziekenhuizen, ballab - Artsen falen door gebrek aan wij-gevoel
Conflicten medisch specialisten	15.800
Conflicten medisch specialisten, gebrek aan zelfreflectie	811 - Vrede in de maatschap, blalab
Slechte samenwerking en communicatie	225.000
Slechte samenwerking en communicatie, oorzaken	216.000
Slechte samenwerking en communicatie, oorzaken, medisch specialisten	108.000 - Specialist ruziet, patient lijdt, balbal - Vooral de patient lijdt, balbalal
Uitzetten zieke maat uit cardiologie maatschap Zutphen	- 417 No useful results.
Inspectie voor Gezondheidszorg Radboud Ziekenhuis	9650 - Inspectie bezoekt Radboudziekenhuis Nijmegen, blalbal
Ruzie intensivisten Diakonessenhuis	53 - Diakonessenhuis besluit over IC, balbla - Ruziemakende intensivisten overgeplaatst, blaabl

Rapport externe onderzoekscommissie neuroloog MST	1.250 - En waar was de patient...?
Rapport externe onderzoekscommissie Radboud Hartchirurgie	353 - Een tekortschietend zorgproces

Zoekmachine Inspectie voor de Gezondheidszorg

In de onderstaande tabel staan de zoekresultaten uit de zoekmachine van de Inspectie van de Gezondheidszorg weergegeven. De linkerkolom bevat de zoektermen die zijn ingevoerd in de zoekmachine en de rechterkolom geeft het aantal bijbehorende aantal zoekresultaten weer.

<i>Zoektermen</i>	<i>Aantal zoekresultaten</i>
Rapport Radboud hartchirurgie	4 - No useful results.
Rapport neuroloog MST	5 - No useful results.

Bijlage IV – Lijst met categorieën voor de content analyse

Met de content analyse wordt schriftelijke informatie gestandaardiseerd door delen van de tekst te labelen met een categorie. In de onderstaande tabel staan de categorieën die zijn gehanteerd voor de content analyse uit hoofdstuk 2 de probleemanalyse.

1. Machocultuur	21. Individualisme
2. Conflicten	22. Professionele autonomie
3. Slechte verhoudingen	23. HRM: Investeren in HRM
4. Maatschap onafhankelijke entiteit zonder hiërarchische verhoudingen	24. Slechte samenwerking
5. Gesloten bedrijfscultuur	25. Conspiracy of silence
6. Complexere wereld MS	26. Ontbreken zelfreflectie MS
7. Toename transparantie	27. HRM: Opleiding
8. Maatschappen zijn grote	28. HRM: Beperkte mobiliteit MS
9. Impliciete afspraken	29. HRM: Beperken ontwikkeling MS
10. HRM: Ontbreken bijhouden functioneren	30. HRM: Slecht personeelsbeleid
11. Fusies/Reorganisaties	31. HRM: Functiekenmerken MS
12. Gedwongen samenwerking	32. Gebrekkige leiding
13. Minder loyaliteit en solidariteit	33. Cultuurverschillen
14. HRM: Werving en selectie	34. Extra kosten
15. Professionelere opzet maatschappen	35. Disfunctioneren
16. HRM: Anticiperen op toekomst	36. Reputatieschade
17. Cultuuromslag MS	37. Oorzaken ontevredenheid onder MS
18. Slechte communicatie	38. Ontbreken onderling vertrouwen
19. Overlijden patienten	39. Botsende karakters
20. HRM: Ontslag MS	40. Complicaties

Bijlage V – Content analyse

Binnen dit onderzoek is gekozen om de probleemanalyse te verrichten aan de hand van een content analyse. De content analyse is verricht over een aantal zorgvuldig geselecteerde artikelen, waarvan de bron telkens boven het artikel wordt benoemd. In deze bijlage staat de daadwerkelijk verrichte content analyse weergegeven.

Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, *Medisch Contact*, Vol. 61, No. 20.

Over tastbare zaken als bevoegdheden, de taakverdeling, planning, het werken volgens protocollen en geld maken specialisten goede afspraken. Maar in de machocultuur van specialisten is meestal geen aandacht voor de ‘softe’ kanten van het vak. Over de manier waarop je met elkaar omgaat, wordt niet gesproken. Het gevolg is dat conflicten makkelijk escaleren.

Uit een onderzoek van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Mediation, een bruikbaar alternatief, iBMG Erasmus Medisch Centrum, november 2003) blijkt dat meer dan de helft van de ziekenhuizen te maken heeft met specialisten die onderling ruziën. Medisch specialisten zijn het vaakst betrokken bij conflicten tussen ziekenhuismedewerkers. Hiervoor kregen 102 instellingen een vragenlijst toegestuurd. Een derde van de ziekenhuizen nam deel aan de enquête. Bij meer dan de helft van de instellingen was sprake van een conflict tussen specialisten binnen een maatschap. Maar deze conflicten kunnen leiden tot het in gevaar komen van de patiëntenzorg. In het verleden zijn de volgende gevallen voorgekomen:

- 1994: Vier gyneacologen worden uit Elkerliek ziekenhuis Helmond gezet wegens dood tweeling. Een verziekte werksfeer constateerde de Inspectie voor de gezondheidszorg destijds.
- 2001: Veroordeelde kindercardioloog uit Wilhelmina kinderkliniek als gevolg van overlijden baby. Reden: Ruzie tussen kindercardioloog Paul H. en hoogleraar.
- 2005: Tijdelijk sluiten van IC in St. Jans Gasthuis in Weert. Reden: Onenigheid tussen longartsen en anesthesiologen.

Specialisten werken in een bijzondere omgeving. In het ziekenhuis zijn ze een onafhankelijke entiteit zonder leiding. De directie van het ziekenhuis niet veel grip heeft op een maatschap. De maatschap is plat, er zijn zes of zeven kapiteins.

De wereld van medisch specialisten is complexer geworden. De patiënten kritischer zijn en willen transparantie. Dat zijn specialisten niet gewend. Maatschappen zijn tegenwoordig veel groter dan vroeger, waardoor impliciete afspraken niet meer werken zoals in kleine maatschappen.

In maatschapscontracten wordt nooit opgenomen dat men het inhoudelijk functioneren met elkaar bespreekt.

Artsen zijn niet zomaar uit een ziekenhuis te weren, wel kan men als directie ingrijpen. In 2004 is er een ziekenhuis geweest waarin uiteindelijk de toelatingsovereenkomsten van een complete maatschap met drie radiologen verbroken. De drie konden niet overweg met de maatschappen van de ziekenhuizen waarmee ‘hun’ ziekenhuis was gefuseerd.

Hoogleraar Gezondheidspsychologie van het UMCG ziet de fusiegolf van de eind jaren negentig als een van de factoren die bepalen dat er nu veel conflicten onder specialisten zijn. Wat in de kranten staat is nog maar het topje van de ijsberg. Veel specialisten gaan gebukt onder een subjectieve

beleving van steeds minder speelruimte. Ze zijn ooit in het vak gegaan vanwege de medische wetenschap, maar met de bureaucratisering van het werk is voor een deel de lol eraf. Door fusies zitten maten bij elkaar die niet voor elkaar gekozen hebben. Er is daardoor ook minder loyaliteit en solidariteit binnen de maatschap.

Advocaat en hoogleraar gezondheidsrecht stelt de vraag waarom mensen die aan een langdurige relatie beginnen, nooit beginnen met een proefperiode. De selectie van nieuwe maten slaat soms nergens op. 'Dan wordt iemand maat, omdat hij een van de andere specialisten kent via de hockeyclub'.

Wijck, van F. (2007). Afscheid van de zieke maat, *Medisch Contact*, Vol. 62. No. 5.

Het bericht over de Zutphense cardiologen die een zieke collega uit de maatschap wilden zetten, was schrijnend maar ook herkenbaar. Het komt vaak voor dat artsen om deze reden ruzie krijgen. Dat is te voorkomen door meer te communiceren.

Bij de re-integratie van een medisch specialist of huisarts is de relatie met de andere maten vaak een belangrijke factor. Die is dan maatgevend voor de vraag of het re-integratieproces al dan niet succesvol kan verlopen. Over het algemeen geldt dat er bij harde somatiek meer bereidheid is om soepel om te gaan met gefaseerde terugkeer dan bij psychisch lijden. Iets wat onder medisch specialisten sterker leeft dan onder huisartsen. In veel gevallen is een waarnemer geregeld en als die goed bevalt, waarom zou je dan iemand terug willen die in eerste instantie maar gedeeltelijk inzetbaar is. Als meer dan een jaar afwezigheid een reden is voor ontbinding in het maatschapscontract, kan het hard gespeeld worden.

Maatschappen moeten groter, zakelijker en efficiënter . Dat geldt zeker voor medisch specialisten. Dus moet ook de opzet van maatschap professioneler worden. Maten moeten nadenken over oplossingen voor problemen die zich in de toekomst kunnen voordoen, zoals uitval door ziekte of de wens om parttime te gaan werken. Daarop moeten ze nog beleid ontwikkelen en dat gebeurt nog onvoldoende.

Is de maatschap eenmaal gevormd, dan is het belangrijk dat het persoonlijk functioneren op de agenda van het periodiek overleg wordt gezet. Want dat is de basis: Blijf communiceren.

(Krantenartikel) Bruinsma, J. (13 juni 2006-15 januari 2009). Specialist ruziet, patient lijdt, *de Volkskrant*.

Jaarlijks vertrekt een onbekend aantal medisch specialisten met een gouden handdruk omdat ze niet goed functioneren. Hoe vaak dit gebeurt is niet bekend. Evenmin hoeveel geld jaarlijks aan af- en uitkoopsommen wordt betaald. Harde cijfers over disfunctionerende artsen bestaan niet. Op grond van een onderzoek in Noord-Holland uit 1993 wordt sinds jaar en dag gesproken over 5%.

Niet alleen artsen die fouten maken, hun vak niet bijhouden of verslaafd zijn vormen een gevaar voor patiënten. Veel vaker leidt slechte communicatie met collega's tot een slechte organisatie. Het opzeggen van de toelatingsovereenkomst is het ultieme middel. Slechte verhoudingen vormen ook

een risico voor patiënten. Vaak wordt het ziekenhuisbestuur aangesproken als er iets misgaat met een patiënt, terwijl de oorzaak vaak ligt in de slechte verhoudingen binnen de maatschap. Het is niet eenvoudig om een contract te verbreken met een medisch specialist. De meeste specialisten zijn niet in dienst van een ziekenhuis, maar hebben zich als vrije ondernemers in een maatschap georganiseerd (eigen winkeltje). Waarbij de maten beslissen wie toetreedt. Verstoorde verhoudingen in een maatschap vormen de belangrijkste oorzaak van onwerkbaar en daardoor riskante situaties. Het is gek dat een arts op zijn 35^e bij een maatschap wordt aangenomen en daar vervolgens 30 jaar aan vastzit. Hoe gaat die selectie?

Werving en selectie van nieuwe maten gebeurt op een weinig zakelijke manier. Men kent iemand van de hockeyclub en de sollicitatiebrief ziet er goed uit. Of iemand goed kan samenwerken wordt niet gevraagd. Men gaat een paar keer uit eten en dan worden handtekeningen gezet.

Specialisten zijn solisten, koning in hun eigen spreekkamer en dat blijven ze ook in hun maatschap. Door fusies worden maatschappen steeds groter. Dat vraagt om samenwerking en om meer dan mondelinge afspraken. Doktoren moeten onderhandelen met de directie, commercieel gaan denken vanwege de marktwerking. Dat gaat niet vanzelf.

Volgens een internist gaat het altijd mis bij communicatie en samenwerking. Binnen de Orde van Medisch Specialisten werkt hij aan de invoering van strengere kwaliteitsregels voor specialisten. Dreigend of vermeend disfunctioneren moet sneller gesignaleerd worden. Na twee jaar moet de situatie worden herbeoordeeld op verbetering. Functioneringsgesprekken moeten normaal worden, net als in de rest van het bedrijfsleven.

(Krantenartikel) Mat, J. (21 augustus 2006). Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën: Specialisten werken op basis van onderling vertrouwen maar die basis blijkt steeds vaker wankel, NRC Handelsblad.

Medisch specialisten werken in een maatschap, een organisatie zonder hiërarchie. Een goede maatschap is een vriendenclub zeggen medisch specialisten. Maar als het misgaat tussen specialisten kan dat dodelijke gevolgen hebben. Dit jaar kwamen vier ernstige conflicten aan het licht.

Specialisten besloten voor elkaar te gaan waarnemen, zodat ze niet meer allemaal altijd dienst hadden. Ze sloten een contract en deelden de verantwoordelijkheid voor de patiënten en voor de opleiding van studenten. Er bestond een soort van wij-gevoel.

Hoe is het mogelijk dat de samenwerking tussen topartsen zo spaak kan lopen. En waarom duurt het zo lang voordat iemand ingrijpt.

In Deventer is een maatschap die wel goed loopt. Volgens de maten blijven de verhoudingen goed door eerlijkheid en dingen niet oppotten. Als er s'nachts iets is gebeurd dat niet bevalt, moet dat s'ochtends direct gemeld worden. Voor nieuwe maten is het eerste vereiste dat ze in het team passen. Het niveau moet ook goed zijn, maar dat kan nog bijgewerkt worden volgens de maten. Het

specialistenwereldje is een klein wereldje en men weet meteen waar ruzie is en waar ze niet moeten zijn om te solliciteren.

Hoewel het goed kan gaan, vinden velen de maatschap in zijn huidige vorm niet meer van deze tijd. De gangbare maatschapscontracten zijn niet toegesneden op deeltijdwerk, terwijl de behoefte daaraan groeit, er zijn steeds meer vrouwelijke specialisten. En dan de sollicitatieprocedure... De proeftijd in sollicitatieprocedure is vaak maar een half jaar. In grote maatschappen te kort om iedereen met de nieuweling te laten werken. Het is bovendien moeilijk om iemand daarna nog de deur te wijzen. Het is bijna onmogelijk om een specialist te ontslaan, tenzij hij grote medische fouten maakt. Bij een onderzoek in 1999 gaf 97% van de algemene ziekenhuizen 56% van de categorale aan te kampen met disfunctionerende specialisten. Om die te kunnen ontslaan moet er een dossiervorming worden aangemaakt met klachten van patiënten en collega's. Dat kost tijd, zeker als een arts nog wel door zijn maatschap wordt gesteund.

Niemand houdt bij hoe een specialist functioneert. Voor een vijfjaarlijkse herregistratie hoeft de specialist alleen te laten zien dat hij 16 uur per week patiëntenzorg heeft gedaan, en 40 uur per jaar aan bij- en nascholing en bovendien heeft meegedaan aan de visitatie door zijn wetenschappelijke vereniging.

Het Deventer ziekenhuis is bezig een systeem in te voeren waarbij specialisten elkaar beoordelen.

Voorbeelden van conflicten:

- 1992 Babytweeling overlijdt in het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond door ruzie in de maatschap gynaecologie.
- 2001 Baby overlijdt door fouten tijdens operatie en ruzie op de afdeling kindercardiologie in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht.
- 2002 Inspectie voor de Gezondheidszorg gelast opnamestop voor het IJsselmeerziekenhuis in Emmeloord en Lelystad. Na een mislukte fusie twaalf jaar eerder is de patiëntenzorg door de slechte verhoudingen niet meer te waarborgen.
- 2005 Inspectie sluit enkele weken de intensive care van het St. Jans Gasthuis in Weert wegens ruzie tussen anesthesisten en intensivisten (specialisten van de intensive care).
- 2006 Het Diakonessenhuis Utrecht vervangt alle zeven intensivisten door tijdelijke krachten wegens communicatie- en samenwerkingsproblemen. De zeven maakten deel uit van de maatschappen interne geneeskunde en anesthesie.
- 2006 Het Maasziekenhuis in Boxmeer ontslaat drie van de vijf chirurgen wegens conflicten in de maatschap. De inspectie begint een onderzoek.
- 2006 De inspectie verbiedt hartoperaties in het UMC St. Radboud in Nijmegen wegens een bovengemiddeld aantal sterfgevallen en complicaties. Oorzaken: slechte samenwerking tussen specialisten en ruzie in de vakgroep hartchirurgie.
- 2006 Inspectie stelt Diaconessenhuis Meppel onder verscherpt toezicht wegens ruzies onder chirurgen en anesthesiologen.

(Krantenartikel) Trommelen, J. (28 mei 2005-21 januari 2009). Snijden zwijgen, de Volkskrant.

Hoe komt het dat ordinaire ruzies tussen intelligente mensen zo uit de hand kunnen lopen?

Ontwikkelingen die in de rest van de samenleving normaal zijn, moeten in de medische wereld nog worden bevochten. Functioneringsgesprekken, praten over je fouten, collega's aanspreken op hun gedrag, onder medisch specialisten moet het allemaal nog beginnen. (Engelsen noemen het conspiracy of silence).

Een belangrijke oorzaak (die conspiracy of silence in de hand werkt) is de organisatiestructuur van medisch specialisten. Maatschappen zijn opgericht om elkaar de hand boven het hoofd te houden en om de taken en het geld te verdelen. De laatste tijd komt daar verandering in, maar elkaar de maat nemen is nog steeds ongebruikelijk. Er wordt afgewacht tot het echt incident naar buiten komt. Door het stilzwijgen worden de incidenten niet gemeld. Een andere oorzaak is de privacy, waar arts en patiënt aan hechten. Artsen krijgen een van de samenleving een dubbele taak opdracht. Enerzijds moeten zij hun mond houden over wat je een patiënt doet, maar anderzijds mogen ze niet zo stoer doen over de medische geheimen en wordt transparant. Artsen kunnen zich om verkeerde redenen achter deze eisen verschuilen.

Oud-inspecteur Peter Lens van de IGZ schreef in het boek Over de schreef dat 4 to 8 % van de medische specialisten slecht functioneert. Volgens onderzoek van iBMG is het veel erger: In bijna 40% van de ziekenhuizen zouden conflicten spelen tussen medische specialisten en de raad van bestuur. De specialistische geneeskunde is altijd een zaak van eenlingen geweest. Verantwoording afleggen aan de maatschap is relatief nieuw. De medisch specialist herkent zich niet in het beeld van de in zichzelf gekeerde, slecht communicerende professional.

(Krantenartikel) Cort, de W. (6 mei 2006-8 juni 2007). Help, de doktoren maken ruzie, de Volkskrant.

Maatschappen van medici zijn eilanden in ziekenhuizen waar buitenstaanders weinig grip op hebben. Conflicten tussen artsen wordt deels veroorzaakt door het individualisme van artsen. Het zijn hoogopgeleide mensen die erin zijn getraind zelfstandig te werken en besluiten te nemen. Medisch specialisten zijn niet gewend aan een toets van collega's. Dan voelen ze zich op hun vingers gekeken. Daarom bemoeien ze zich ook niet gauw met een andere specialist. Als collega's spreken specialisten elkaar zelden aan op hun functioneren. Onder het mom van professionele autonomie wordt de bemoeienis met elkaar tot een minimum beperkt. De maatschap probeert zelf zijn problemen op te lossen en verweert zich tegen de directie. Maatschappen zijn eilanden in de grote ziekenhuizen. Dat kan goed gaan tot er conflicten ontstaan. Door de gesloten bedrijfscultuur sudderen ruzies soms jaren door. Want de ziekenhuisdirectie staat op meestal op grote afstand. Artsen gaan niet snel uit zichzelf weg en dat bevordert dat ruzies jarenlang voortduren.

Als een arts zich eenmaal in de maatschap heeft ingekocht, zit hij er meestal aan vast. Hij betaalt een fors bedrag voor de goodwill van zijn voorganger en sluit daar een lening voor af. Gaat hij naar een ander ziekenhuis, dan moet hij zich weer opnieuw inkopen. De mobiliteit is daardoor niet zo groot.

Medisch specialisten zijn heel sterk op elkaar aangewezen. Als de samenwerking tussen advocaten niet loopt is dat vervelend, maar in de medische wereld is het een groter probleem. De

artsenorganisatie KNMG hanteert als uitgangspunt dat artsen zich open en toetsbaar moeten opstellen.

(Krantenartikel) Lucas, N. (25 april 2006). Arts moet ook naar zichzelf kijken, Trouw.

Maatschappen en ziekenhuizen moeten veel meer investeren in personeelsbeleid volgens directeur van een landelijke organisatie voor outplacement en loopbaanbegeleiding. Soms praten artsen nauwelijks nog met elkaar. Dat betekent dat ze ook niet bij elkaar binnen stappen en vragen: Wat denk jij van deze patiënt? Hierdoor wordt geen gebruik gemaakt van elkaars expertise. Ziekenhuisdirecties hebben vaak wel weet van de problemen, maar laten de zaak doorsudderen in de hoop dat het vanzelf over gaat. Artsen maken deel uit van een beroepsgroep die niet zo makkelijk naar zichzelf kijkt en aan reflectie doet. Dat geldt zeker voor de wat ouderen. Soms pakt uiteindelijk een arts van zo'n ruziënde maatschap zijn biezen om elders te gaan werken. Maar dat gebeurt heel weinig, want een baan in het ziekenhuis is een baan voor het leven. Jobhoppen is in specialistenkringen een volstrekt onbekend verschijnsel.

Slecht personeelsbeleid bij ziekenhuizen en maatschappen is debet aan conflicten volgens de directeur. Artsen moeten zeer intensief samenwerken, met elkaar en met ander personeel. Hun communicatieve vaardigheden moeten goed ontwikkeld zijn. Bij het aannemen van beleid wordt hier nauwelijks op gelet, er wordt vooral gekeken naar de puur vakmatige kwaliteiten. Daarom bepleit de directeur met klem een beter en professioneler personeelsbeleid: Artsen moeten ook de hand in eigen boezem steken door zelf periodiek een persoonlijk en professioneel onderzoek te ondergaan.

(Krantenartikel) Bles, van der W. (28 oktober 2008). Artsen falen door gebrek aan wij-gevoel, Trouw.

Er zijn verschillende voorbeelden te noemen waarbij medisch specialisten tekort schieten in hun werkzaamheden. Een oorzaak van het falen in UMC Radboud was de slechte samenwerking tussen de diverse specialisten die bij de operaties betrokken waren en de gebrekkige leiding.

Volgens een schatting van de KNMG functioneert 5% van de medisch specialisten op deze manier niet goed. Dat wijkt vermoedelijk niet af van het gemiddelde percentage elders.

Fouten, missers, structureel wanpresteren: Onder dokters geldt de onuitgesproken afspraak om er niet over te praten, conspiracy of silence. Die reputatie hadden de artsen in het verleden en die hebben ze deels nog, maar er is een cultuuromslag gaande.

Artsen horen zich open en toetsbaar op te stellen. Steeds meer ziekenhuizen ontwikkelen kwaliteitsreglementen met daarin procedures over hoe te handelen wanneer een collega niet functioneert. Sinds enige jaren stimuleert de KNMG dat met individuele specialisten elk jaar een functioneringsgesprek wordt gevoerd.

In veruit de meeste gevallen wordt niet-functioneren veroorzaakt door gebrekkige samenwerking tussen collega's binnen een specialisme of tussen specialisten. Fusies zijn in dit verband berucht. Specialisten beoordelen elkaar met een gekleurde bril. Met hem of haar zou ik nooit willen samenwerken. Dan moeten ze opeens fuseren en samenwerken. Cultuurverschillen kunnen na een fusie funest zijn en uiteindelijk zeer schadelijk zijn voor de patiënt.

Specialisten zijn in loondienst of werken als vrije beroepsoefenaren in een maatschap. In een grotere maatschap heb je ook iemand nodig die wil managen. Zorg dan dat er iemand zit die het kan en er aardigheid in heeft.

Gebrek aan leiding kan de oorzaak zijn van het slecht functioneren van de maatschap. De meeste grote maatschappen zijn ontstaan door fusies van kleinere. Specialisten vergeten vaak dat je niet meer kunt werken zoals vroeger. In kleine maatschappen heeft elk lid vetorecht. Wordt dat niet veranderd, dan stagneert elke besluitvorming, bijvoorbeeld over toelating van nieuwe leden.

Iedere ziekenhuismedewerker kan aankloppen bij het bestuur van de medische staf en de raad van bestuur van het ziekenhuis, als iemand aanwijzingen heeft dat een arts niet goed functioneert. Vooral kleinere maatschappen zijn daarin berucht. Als er in een maatschap van drie, één z'n werk niet meer mag doen, moeten de andere twee meer diensten draaien.

(Krantenartikel) Auteur onbekend (10 mei 2004). Zeer veel conflicten binnen ziekenhuizen, de Volkskrant.

In ongeveer de helft van de Nederlandse ziekenhuizen hebben medisch specialisten conflicten met elkaar. Universitair docent gezondheidsrecht Arends is verbaasd over het grote aantal ruzies. Ze zijn volgens hem voor een groot deel te verklaren uit de autonomie die bijvoorbeeld specialisten en ziekenhuisdirecteuren van oudsher hebben. Ziekenhuizen worden bovendien geconfronteerd met reorganisaties, waarbij bestaande machtsposities en taakverdelingen grondig overhoop worden gehaald. Arends denkt dat de Conflicten tientallen miljoenen euro's per kosten voor ziekteverzuim, juridische kosten en schadevergoedingen.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) neemt de cijfers serieus, maar zegt niet te kunnen schatten, hoe zwaar ze gewogen moeten worden. Bovendien zegt het aantal ziekenhuizen waar ruzie is, niets over het aantal specialisten, patiënten of bestuursleden dat met elkaar overhoop ligt.

Staatstoezicht op de gezondheidszorg: Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002). Jaar Rapport 2001, pp. 55-58.

Om disfunctioneren te voorkomen, is tijdige signalering belangrijk, maar de Inspectie constateert ook dat in de zorg nog in belangrijke mate een conspiracy of silence aanwezig is. Een ander belangrijk aspect is een zorgvuldig werving- en selectiebeleid. Ook dit komt onder druk te staan door de personeelstekorten in de zorg. Vaak is men zo blij dat een vacature kan worden ingevuld, dat de neiging bestaat om mensen aan te nemen zonder een zorgvuldige screening. Ook de Inspectie zit hier met een dilemma: moet zij belastende kennis die zij ambtshalve over een beroepsbeoefenaar heeft verkregen, doorgeven aan de nieuwe werkgever?

Functioneringsgesprekken, intervisie, het bespreekbaar maken van klachten, werkoverleg, maatschapoverleg en vele andere zaken die met het kwaliteitsbeleid te maken hebben, dragen eraan bij dat het disfunctioneren van een beroepsbeoefenaar tijdig wordt gesignaleerd. Het komt niet vaak voor dat een hele maatschap disfunctioneert. Dat dit echter grote consequenties kan hebben voor de patiëntenzorg, werd enige jaren geleden overduidelijk in het Elkerliek ziekenhuis in Helmond.

Schmit Jongbloed, L., Sanders, F., Berden, B. (2007). Ondermaats functioneren: Samenwerking, sfeer en communicatie verdienen meer aandacht, *Medisch Contact*, Vol. 62, No. 23.

Het disfunctioneren van een medisch specialist of een maatschap is een bedreiging voor de kwaliteit van zorg en de patientveiligheid. Dagelijkse afstemming, regelmatig vergaderen, intercollegiale toetsing en een jaarlijkse maatschap APK zijn goede preventiemiddelen. Ook werving en selectie behoeven meer aandacht.

De aandacht voor het functioneren van medische maatschappen en maatschapsleden neemt toe. Duidelijk is dat disfunctioneren van een maat of maatschap de kwaliteit en de veiligheid van de zorg bedreigt. Het disfunctioneren van maatschappen is te voorkomen door zorgvuldige werving en selectie van nieuwe maten en begeleiding tijdens de inwerkperiode. Periodiek investeren in onderlinge communicatie en samenwerking is noodzakelijk. Dat geldt niet alleen voor maatschappen, maar ook voor vakgroepen of andere samenwerkingsverbanden van hoog opgeleide professionals.

Niet functionerende maten kan voor een hele instelling leiden tot reputatieschade. Nu de budgetgaranties worden afgebouwd, is vraaguitval een belangrijk bedrijfsrisico geworden. Er is een verschuiving gaande van de specialist die zegt trust me naar de patiënt die vraagt show me. Medische staven en stafmaatschappen krijgen meer aandacht voor het onderwerp appraisal and assessment (gesteund door de Orde van Medische Specialisten).

Bij het vervangen van een lid van een maatschap en bij uitbreiding wordt gestreefd naar continuering van de bedrijfsvoering: hooguit worden nieuwe vakinhoudelijke vaardigheden binnengehaald. Vaak wordt onvoldoende gebruik gemaakt van alle andere mogelijkheden die de komst van een nieuwe maat te bieden heeft (ook bijv. karaktereigenschappen en beleidsmatige en organisatorische vaardigheden). Adequaat reageren op veranderingen in de gezondheidszorg kan alleen als een maatschap functioneert als een geoliede machine. Het moment van wisseling van een maat is ideaal om het beleid te (her)overwegen. Daarbij moet gekeken worden naar de toekomstplannen van zowel de maatschap, de maten, het ziekenhuis als overige partijen, zoals verzekeraars of concurrenten. Met diverse methoden zijn de sterke en zwakke kanten van een ziekenhuis en maatschap in beeld te brengen. Daarbij komen de taken en functies van de beoogde nieuwe collega in dat pakket helder in beeld en kan de maatschap in lijn daarmee het profiel opstellen. Het gaat daarbij niet alleen om kennis en kunde, maar ook om karaktereigenschappen en zo nodig beleidsmatige en organisatorische vaardigheden.

De wereld van specifieke specialismen is relatief klein, waardoor beperkte ruchtbaarheid gegeven wordt aan een vacature. Interessante kandidaten komen daardoor misschien niet in beeld. Brede werving vergroot de kans op meer sollicitanten en meer keuze mogelijkheden. Werving, selectie en benoeming zijn niet de exclusieve bevoegdheid van de maatschap. Het vinden van de juiste maat is ook in het belang van andere professionals waarmee de maatschap werkt. In benoemingscommissies horen daarom vertegenwoordigers te zitten van de medische staf, aanpalende maatschappen en het ziekenhuis. Een heldere procedure, duidelijke coördinatie en afspraken over wie vetorecht hebben is daarbij noodzakelijk.

De overgang van de opleidingssituatie naar praktijk als gevestigd specialist is groot. Steeds meer ziekenhuizen organiseren daarom een introductie cursus voor nieuwe specialisten. Onderwerpen die onder andere aan bod komen zijn finance and control, de klachtenprocedure en communicatie en samenwerken met collega's in een maatschap.

Goede werving en selectie zijn voorwaarden om te komen tot een gebalanceerd team. Het is echter geen garantie voor dertig jaar onbezorgd en goed functioneren. Het vasthouden van goede samenwerking vereist regelmatig onderhoud. De basis van goede samenwerking ligt in de onderlinge communicatie en sfeer, welke in de praktijk op drie niveaus te realiseren is:

1 – Dagelijkse afstemming van de patiëntenzorg.

2 – Deelname aan wekelijkse maatschapsvergaderingen voor organisatorische zaken.

3 – Jaarlijks plaatsvinden van een 'maatschap-APK' voor groot onderhoud van ingewikkelde onderwerpen. Doel hiervan is het evalueren van de onderlinge samenwerking en ieders bijdrage daaraan, het bepalen van missie en visie en, het opstellen van bijv. leeftijdsbeleid.

Een uitstekende aanpak, als onderdeel van de 'maatschap-APK', is het periodiek (jaarlijks of tweejaarlijks) opstellen van een maatschapsbeleidsplan, waarin alle voornemens en persoonlijke ambities voor de komende jaren staan benoemd en per onderwerp een trekker wordt benoemd. Vervolgens dienen alle maatschapsleden zich te conformeren aan het afgesproken beleid en de bijbehorende veranderingen. Te vaak wordt beleid niet uitgevoerd en verschuilen één of meerdere maten zich achter het standpunt 'daar was ik het tóen al niet mee eens'. Dat leidt bij anderen tot onverschilligheid of frustratie. Vooral beoogde gedragsveranderingen vereisen blijvend aandacht. Maten moeten elkaar erop aanspreken als afspraken niet worden nakomen.

Werving en Selectie

Het Meander Medisch Centrum (Amersfoort) hanteert sinds twee jaar een nieuwe procedure voor de werving en selectie van nieuwe maten. Bij een vacature wordt een selectiecommissie gevormd met een bestuurslid van de Vereniging Medisch Specialisten, een lid van de raad van bestuur (tevens voorzitter) en een lid vanuit de regionale huisartsenvereniging. Daarnaast zijn er variabele leden, onder wie een lid van de betrokken vakgroep en een medisch specialist van een aanpalend specialisme. De voorzitter van de selectiecommissie en de vakgroep stellen samen een profielschets op. In samenspraak wordt besloten welke kandidaten worden uitgenodigd. In een gesprek toetsen zij of de kandidaat voldoet. De 'benoembare' kandidaten hebben vervolgens een gesprek met de sollicitatiecommissie. Hierin komen onder meer het profiel, de vakbekwaamheid, de wederzijdse toekomstverwachtingen en de bereidheid tot het vervullen van bestuursfuncties/managementparticipatie aan bod. Vervolgens vergelijken selectiecommissie en vakgroep hun bevindingen. Een kandidaat die wordt afgewezen, komt niet langer voor benoeming in aanmerking. Van de anderen worden zo nodig referenties opgevraagd. Bij meerdere benoembare kandidaten beslist de vakgroep. De aangetrokken specialist krijgt een voorlopig toelatingscontract voor zes maanden. Na vier maanden verzorgt de oorspronkelijke selectiecommissie een evaluatie, waarbij vooral wordt gekeken naar de vakinhoudelijke, organisatorische en communicatieve ervaringen (met zowel patiënten als collega's). Daarna wordt besloten of de specialist wel of niet definitief wordt toegelaten. Zowel de staf van Meander MC als de betrokken kandidaten zijn positief over deze procedure.

SAMENVATTING

1. De druk op goed functioneren van maatschappen en maatschapsleden neemt toe.
2. Het moment van wisseling van een maat is ideaal voor (her)overweging van het beleid en de bijbehorende teamsamenstelling.
3. Het grote belang van het vinden van de juiste maat vereist een heldere en zorgvuldige procedure, waar ook anderen dan de maten aan moeten deelnemen.
4. De basis van goede samenwerking ligt in onderlinge communicatie en sfeer. Het goed houden daarvan vereist regelmatig onderhoud. Intercollegiale consultatie kan daarbij helpen.
5. De Orde onderzoekt samen met diverse ziekenhuizen welk systeem daarvoor het meest geëigend is (IFMS-project).
6. Maten moeten structureel voldoende aandacht besteden aan het opbouwen en borgen van goede samenwerking. Een jaarlijkse 'maatschap-APK' is daarvoor een goede start.

Edwards, N., Kornacki, M.J., Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: What are the causes and what can be done, *Britisch Medical Journal*, Vol. 324, pp. 834-838.

The cause is a breakdown in the implicit compact between doctors and society: the individual orientation that doctors were trained for does not fit with the demands of current healthcare systems.

Potential causes of unhappiness

Pay and workload are obvious causes for unhappiness among doctors. However, evidence from systems with much higher pay and longer consultation times suggests that these are not enough by themselves to ensure high morale. Several of the causes are probably the result of changes in the expectations of patients, governments, and employers; and there may also be causes within medicine itself.

The developed world has seen significant reductions in medical autonomy and increases in accountability as a result of the growing evidence base and a long running attempt to bring medicine under managerial and cost control by governments, payers, and employers. This has resulted in the growing use of guidelines, protocols, audit, regulation, and inspection that many doctors perceive as eroding their control over their professional lives. Though there are benefits from these changes, *having control over work and autonomy is important for job satisfaction* of clinicians can have implications for overall health of employees. A related change in the relationship with employers has been the increased emphasis on numerical targets, efficiency, and volumes of work that dates from the late 1970s. The changes in relationships with patients and society are particularly important. There has been a decline in deference (eerbied/respect) for all professions and a perceived loss of trust, coinciding with a feeling that the media has become much more hostile. In fact doctors are a highly trusted profession, and the proportion of negative news stories is fairly constant—although the total number of stories has increased. At the same time, patients are increasingly active consumers and they demand and have been encouraged to expect enhanced services, including extended hours and rapid access. The easy availability of health information coupled with a sense of entitlement is shifting the power in the doctor-patient relationship and causing unease. This is

compounded by sometimes unrealistic expectations about the power of medicine to solve the ills of modern life.

Medical causes

Several causes relate to medicine itself. The job is difficult and emotionally demanding, and doctors are more likely to be self critical and have other personality traits (eigenschappen) associated with work related stress. The poor record of the profession in giving mutual support or giving and receiving feedback aggravates (verergert) this. Working in teams is also associated with being better able to cope with stress, skills in team working are not universal in the profession. The selection, training, and socialisation of doctors has tended to compound (combinatie) the problems of high workload, stress, and reaction to changes in the job. Medicine is based on a model in which doctors are trained to deal with individuals instead of organizations, so doctors are not prepared to function successfully as members of large, complex organizations. Little training is given to equip (uitrusten) doctors for this, and the difficulty that many consequently experience leads to stress and frustration.

Failing to deliver what was promised

An important theme in all of these changes is the dissonance between what doctors might have reasonably expected the job to be and how it now is. The psychological contract or compact is a useful concept to explain this problem. This is the implicit deal between doctors, patients, employers and society that defines what the parties to the relationship give and what they get in return. The type of compact at postwar period is characterized in outline in box 1. The mismatch between this promise and the imperatives facing organizations to find new approaches to delivering safe, high quality care and service is summarized in box 2.

Box 1: The old compact	
What doctors give <ul style="list-style-type: none"> • Sacrifice early earnings and study hard • See patients • Provide "good" care as the doctor defines it 	What they get in return <ul style="list-style-type: none"> • Reasonable remuneration • Reasonable work/life balance later • Autonomy • Job security • Deference and respect

Box 2: The old promise and new imperatives	
Doctors promised <ul style="list-style-type: none"> • Reasonable work/life balance • Autonomy • Job security • Deference and respect 	New imperatives <ul style="list-style-type: none"> • Greater accountability (eg guidelines) • Patient centred care • Be more available to patients, provide personalised service • Work collectively with other doctors and staff to improve quality • Evaluation by non-technical criteria and patients' perceptions • A growing blame culture

Rewriting the compact

Elements of the old promise to doctors are clearly unsustainable given the need to modernise the healthcare systems and improve care. A new and more sustainable compact is required. A new compact might ask doctors to work within guidelines, be accountable for key objectives and improving quality, actively support and contribute to achieving the goals of the organization, work within resource constraints, and engage in team and collaborative working. Many doctors are doing this already. Doctors should have the opportunity to shape the goals of the organisation, participate in resource allocation, and have the resources to do the job expected. They will need training and

technical support to do this, including time to engage in improvement activities, high quality data, and a supportive culture that uses information for learning rather than judgment.

A new compact would require organisations to take a highly participative approach with high quality appraisal, personal development, and other modern human resource management techniques. There is emerging evidence that the environment that this creates has beneficial results for patients.¹

The relationship with government also needs to change. The original settlement in which doctors were given the right to regulate themselves and a high level of autonomy has already been undermined. In a new deal doctors might agree to follow nationally agreed standards and guidelines, work to improve quality, and account for their work. In return doctors should expect to be instrumental in developing the standards. The targets they are asked to account for should be realistic and there needs to be a manageable number.

Mutual respect and restraint

Mutual respect is an important part of any new deal. It means recognizing the legitimacy of the profession to regulate its affairs and the legitimacy of government to have a view on the key goals of the system and in setting standards. One area where government often fails to meet the expectations of the profession is in not using evidence to design policy. There is an unavoidable conflict between the reductionist approach of medicine and the messy, political, and complex world of policy. Governments could do more to use what evidence there is and evaluating what is done, but the profession needs to accept that different standards of evidence apply in policy making.

Supporting the development of a new compact

The new compact between doctors requires recognition of the contribution of other professionals to the healthcare system, being accountable to and supporting colleagues, offering and accepting constructive feedback, and active engagement in mentoring and guiding others. In return doctors need to receive greater personal support from colleagues and the work environment, help and support to improve their services, and opportunities to continue to develop personally and to have a portfolio of interests (clinical skills, research, education, personal interests, projects, etc.).

Two current tacit assumptions about medical careers need to change to support this change in the compact. Firstly, to encourage creativity, personal renewal, and learning, greater geographical and career mobility should be encouraged. Doctors should be able to restart career paths, retrain, and diversify without attracting criticism.

Less controversially, the idea of greater diversity, portfolio careers, or different career stages (similar to that proposed for the consultant's contract) should be promoted. These changes will need to be supported by improved career advice and development and arrangements for re-entry after breaks.

Externe onderzoekscommissie MST (2009). *En waar was de patiënt... Rapport over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving.*

Medisch specialist Jansen

Vaststaat dat Jansen gedurende een aantal jaren vele verkeerde diagnoses heeft gesteld, overbodig hulponderzoek heeft laten verrichten en niet geïndiceerde behandelingen heeft ingesteld. De dossiervoering van Jansen was slecht. Informatie aan de patiënt over onderzoek, diagnose en

¹ Bron: West MA, Borrill CS, Dawson J, Scully J, Patterson M. *The link between management of employees and patient mortality in acute hospitals.* Birmingham: Aston University, 2002.

behandeling ontbreekt vrijwel altijd en is fragmentarisch en onvolledig. Instemming van patiënten met een behandelplan en onderzoek is onvindbaar. Tenslotte is aangetoond dat Jansen vervalste informatie verstrekke aan het ziekenfonds, zodat hij niet-geïndiceerde, ongebruikelijke of dure medicijnen kon voorschrijven. Jansen was niet aanspreekbaar op zijn handelen en toonde geen enkele zelfreflectie. Jansen handelde hiermee in strijd met o.a. het huishoudelijk reglement van de vakgroep neurologie.

De vakgroep Neurologie

De vraag die velen bezighoudt is wat de naaste collega's van Jansen hebben gezien. De overige leden van de vakgroep wisten al van meet af aan dat de dossiervoering door Jansen ver beneden de maat lag. Zij hadden wel eens twijfels over door Jansen gestelde diagnoses MS – in de wandelgangen werd gesproken over “Jansen-MS”, maar konden deze twijfels zelf niet bevestigen, noch ontkrachten, en deden daar ook geen moeite voor tot 1997.

De samenwerking tussen Jansen en de andere vakgroepleden was uiterst moeizaam en werd gekenmerkt door zeer hoogoplopende conflicten. De werkverhoudingen tussen beide waren van meet af aan ernstig verstoord en zijn nimmer verbeterd. De sterk verstoorde werkverhoudingen en het superioriteitsgevoel van Jansen maakten het moeilijk om Jansen aan te spreken op zijn professionele handelen. De vakgroep heeft dit dan ook maar gelaten.

Omdat de vakgroep zelf niet het hoofd kon bieden aan de samenwerkingsproblemen met Jansen heeft zij regelmatig de hulp ingeroepen van het MSB en/of de RvB. Soms was dit zo indringend, dat zij dreigde de samenwerking met Jansen op te zeggen. In 1997 uitte de vakgroep twijfels over het medisch-ethische handelen van Jansen en in 1998 informeerde één van de vakgroepleden de RvB schriftelijk over zijn twijfels ten aanzien van diens medisch-inhoudelijk handelen. De reactie van RvB en MSB stelde de vakgroep steeds weer teleur. Dit leidde ertoe dat de vakgroep impliciet besloot zich bij de situatie neer te leggen om verdere conflicten zoveel mogelijk te vermijden.

Verder valt op dat de vakgroep tegenstrijdige signalen afgeeft. In het kader van de voorbespreking van een visitatie met het MSB in 2001 vergoelijkt de vakgroepcoördinator het gedrag van Jansen en zwakt het af. Zie de reconstructie van gebeurtenissen in hoofdstuk 3, affaire visitatie. Kennelijk woog het belang van het behoud c.q. de verlenging van de A-opleiding zwaarder dan het belang van de patiënt en de kwaliteit van de geleverde zorg.

De RvB is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, maar nam deze verantwoordelijkheid geen enkele maal. De RvB legde impliciet de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit bij de professionele organisatie (medische staf) neer, terwijl de bijbehorende bevoegdheden bij de RvB berusten. De professionele organisatie had hierop geen antwoord. MSB en vakgroep waren aarzelend: Openlijk uiten over professionele handelen zonder hard bewijs wordt als ‘not done’ beschouwd” terwijl soms ook andere belangen prevaleerden (zoals behoud van de opleiding). De vakgroep mist bevoegdheid om op te kunnen treden tegen collega's die zich niet houden aan gemaakte afspraken of anderszins niet handelen conform de professionele standaard. Daarvoor moeten zij bij de RvB zijn, maar die gaf steeds niet thuis.

Maatregelen genomen door MST

Er worden verschillende maatregelen getroffen door het MST. Ze heeft onder andere gekozen voor het implementeren van een systeem voor het beoordelen van het individueel functioneren van

medische specialisten. De medische staf heeft gekozen voor het instrument Appraisal & Assessment. De medische specialist die een A&A gesprek heeft beschrijft van tevoren aan de hand van zeven competentiegebieden en het professionele functioneren. Daarna volgt een reflectie: Wat zijn sterke punten en wat zou beter kunnen? Van daaruit worden concrete actiepunten benoemd voor het persoonlijke ontwikkelingsplan.

Een belangrijk onderdeel van het gesprek is feedback van de omgeving. Ongeveer tien personen waarmee de medisch specialist samenwerkt, wordt gevraagd drie goede punten en drie tips ter verbetering aan te geven. Deze door derden aangeleverde punten worden anoniem behandeld. De gespreksleider maakt van deze punten een samenvatting en bespreekt deze met de medisch specialist.

Externe onderzoekscommissie (2009). Een tekortschietend zorgproces: Een onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de cardiologische zorgketen voor volwassenen in het UMC St Radboud te Nijmegen.

De verhoogde mortaliteit en morbiditeit wordt volgens de externe onderzoekscommissie veroorzaakt door fouten en problemen in de hele hartchirurgische zorgketen. Factoren die daarbij een rol spelen zijn:

1 - De inrichting van het proces: Een beschrijving van de totale zorgketen ontbreekt en op essentiële onderdelen ontbreken protocollen.

2 - Multidisciplinaire samenwerking: De zorg rond de patiënt die een hartoperatie ondergaat, dient beschouwd te worden als een keten waarbij vele disciplines de schakels vormen. De cardiochirurgische keten is in het UMC St Radboud erg gefragmenteerd: de patiënt valt voor een operatieve ingreep achtereenvolgens onder de verantwoordelijkheid van verschillende disciplines die daarover naar elkaar geen verantwoording afleggen. Uit de interviews (uitgevoerd door de EOC) blijkt dat de onderlinge samenwerking en communicatie tussen de diverse groepen die bij de zorg voor de cardio-patiënt betrokken zijn, onvoldoende is. Onderling vertrouwen en discussie ontbreken.

3 – Leiderschap: Een teamgeest voor een succesrijk collectief leiderschap kenmerkt zich door goede communicatie, gestructureerd overleg en frequente contacten. Dit wordt niet aangetroffen. Bovendien bestaat er onvoldoende vertrouwen in het hoofd van de afdeling thoraxhartchirurgie.

4 - Interne conflicten: De conflictueuze situatie die binnen de groep thoraxhartchirurgen vanaf ongeveer 1999 bestond, heeft ongetwijfeld zijn sporen nagelaten in de prestaties van de hele cardiochirurgische zorgketen. Wanneer medewerkers niet goed met elkaar overweg kunnen en arbeidsvoorwaarden aanleiding geven tot ontevredenheid, ligt het voor de hand dat men besprekingen over complicaties en werkwijzen mijdt en niet spontaan meewerkt aan kwaliteitsverbetering. Kwaliteitsbevorderende activiteiten hebben immers een cultuur nodig waarin medewerkers zich prettig voelen en men een gezamenlijke gedrevenheid voelt voor het resultaat. Die gedrevenheid is er op individueel vlak wel, maar door de conflicten niet als collectief. Het is de leiding van het ziekenhuis aan te rekenen dat de interne conflicten zo lang hebben voort kunnen duren en dat het vertrouwen binnen de groep thoraxhartchirurgen zo langdurig verstoord is geweest.

5 - Specialisaties en vaardigheden: Er zijn keuzes gemaakt om bepaalde specialisten af te zien, deze effecten zijn nog steeds zichtbaar (in plaats van gespecialiseerde cardio anesthesiologen alleen nog gebruik maken van anesthesiologen).

6 – Kwaliteitsdenken: Uit individuele gesprekken blijkt dat er geen perceptie is van risico's verbonden aan hartchirurgische ingrepen. Er is een cultuur van laissez-faire, en geen cultuur van onderlinge toetsing of discussie. Een bij een universitaire afdeling passende cultuur van transparantie, feedback en verbetering, niet alleen binnen de vakgroepen, maar ook in de gehele cardiochirurgische zorgketen en de daarboven staande leidinggevende structuren, werd door de EOC niet aangetroffen. Procesmatig denken is niet of niet sterk ontwikkeld.

7 – Motivatie: Het is de EOC bij de interviews opgevallen dat de grootste drijfveer om op de cardiochirurgische zorgketen van dit academisch ziekenhuis te werken, bestaat uit het leveren van goedbedoelde patiëntenzorg zonder inspanningen voor onderzoek of onderwijs. Slechts weinigen kiezen er bewust voor om te werken in een academische omgeving waarbij de *combinatie* van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs moet prevaleren. Dat blijkt onder meer uit de geringe wetenschappelijke prestaties van de thoraxhartchirurgie.

Keulen, E. (2009). Conflicten binnen maatschappen: Een interview met Maarten Wanrooy, Tijdschrift conflicthantering, No. 6, pp. 40-42.

Marcel Wanrooy is expert op het gebied van samenwerken en het besturen van professionele organisaties. Onder de titel *Veel kapiteins op één schip* promoveerde hij in 2007 op het onderwerp bestuurlijke inrichting van maatschappen.

De professional is hoogopgeleid, autonoom en vrijgevochten ontstaan. De samenwerking tussen professionals kenmerkt zich door horizontale verhoudingen. De professional heeft een eigen verantwoordelijkheid en bestuurt zichzelf. Maar de organisatie als geheel moet ook worden aangestuurd.

Net als bij het ontstaan van de gilden in de middeleeuwen, gelden in de huidige maatschappen strenge regels voor toetreding, kwaliteitsbewaking, onderlinge solidariteit, het gezamenlijk delen van kosten en baten en een beschermde status. Het primair streven van de meester/vakprofessional is erop gericht op zo hoog mogelijk niveau zijn beroep uit te oefenen.

In deze tijd gaan maatschappen onder meer door schaalvergroting, toenemende concurrentie en externe regelgeving steeds meer op echte ondernemingen lijken. Daarbij is aan professionele aansturing nauwelijks meer te ontkomen. Ter beperking van beroepsaansprakelijkheid zijn veel maatschappen inmiddels een rechtsvorm van nv of bv. Extern dus optredend als echte onderneming met dit verschil dat de professional als aandeelhouder zowel financieel als psychologisch eigenaar is. De maatschap als interne organisatievorm blijft, ongeacht de rechtsvorm, actueel omdat het tegemoetkomt aan de individuele wensen van de professional en tegelijkertijd de binding tussen de partners bevordert. Basis van de samenwerking blijft immers de gelijkheid van de partners.

Onderzoek bij maatschappen van advocaten, accountants, architecten- en reclamebureaus en ICT- en overige adviesbureaus laat zien dat een diversiteit aan bestuursvormen in de praktijk blijkt te werken. Problemen die zich daarbij kunnen voordoen worden veelal veroorzaakt door disfunctioneren, machtsstrijd, gebrekkige samenwerking en opvolgingskwesties. Een bron van conflicten. Hoofdprobleem in het kader van aansturing is hoe men macht tussen gelijken verdeelt. Hoe groter de maatschap des te moeilijker het is om tot consensus te komen.

Essentieel is de inbedding van het bestuur in de partnergroep. Hiervoor is goede regelgeving over besluitvorming en over communicatie tussen het bestuur en partners vereist. Voor de rekrutering en het benoemen van nieuwe bestuursleden dient een duidelijke procedure te worden vastgesteld.

Veel, vooral kleine maatschappen gaan nu bij het benoemen van hun bestuurleden erg informeel te werk. Duidelijke regelgeving en procedures zullen bijdragen aan het verminderen van conflicten binnen de maatschap.

De bestuursorganisatie van een maatschap kan aanleiding geven voor conflicten. De belangrijkste oorzaken die de maatschap conflictgevoelig maken zijn drieledig. Ten eerste de platte organisatiestructuur waarbij alle partners gelijk zijn en er geen hiërarchische verhoudingen bestaan. De macht wordt bepaald door de vakbekwaamheid, reputatie of omzet van de medisch specialist.

Ten tweede ontbreekt vaak een geformaliseerde regelgeving voor het nemen van besluiten. Deze komen via interpersoonlijk verkeer tussen de maten tot stand. Ten derde is de professional van nature wars van leiding, vrijheidslievend met een eigen koninkrijkje. Een domein dat de ander niet mag betreden. De grootste problemen doen zich dan ook voor op het gebied van samenwerken, wederzijds respect en leidinggeven. Bij conflicten binnen een maatschap gaat het over geld, macht, status, stijlverschillen, discipline en (vermeend) disfunctioneren. De professional heeft daarover zijn eigen gedachten en waardebeoordelingen.

Een klassiek conflict is het reputatieconflict. De professional is meer gefocust op eer, reputatie en autonomie dan op macht over anderen. De medisch specialist is eerzuchtig in plaats van heerszuchtig. Goede afspraken over mandatering, besluitvorming en communicatie zijn belangrijk. Veel conflicten ontstaan ook door disfunctioneren. Het invoeren van een goed beoordelingssysteem voor de maten helpt om deze problemen te voorkomen. Men weet dan waar ontevredenheid over bestaat en krijgt de kans daaraan te werken. Op dit moment wordt steeds gebruikelijker dat professionals in hun functioneren beoordeeld worden.

Schmit Jongbloed, L.J., Smits, G.P.C. (2004). Verstoorde samenwerking; Externe steun helpt escalatie voorkomen, *Medisch Contact*, Vol. 59, No. 32/33, pp, 1274-1275.

Problemen binnen een samenwerkingsverband moeten snel en efficiënt worden opgelost. Artsen zijn gewend om problemen snel te analyseren en direct aan te pakken. Een probleem in de samenwerkingsrelatie vraagt om een andere analyse en aanpak. Het feit dat de specialist zelf onderdeel is van de maatschap, maakt het er niet makkelijker op.

Vaak gaan leden van een maatschap (of vakgroep) jarenlang goed met elkaar om. Dan verandert er ineens iets in de balans van het systeem. Bekende oorzaken zijn: Gedwongen samenwerking door fusie, verschil van inzicht over het beleid van de maatschap, verbouwing, aanname of ontslag van een maat, langdurige ziekte of afnemende fysieke mogelijkheden van een (ouder wordende) maat. Door onder andere verschil van inzicht, voorkeur of werkwijze kan irritatie ontstaan bij enkele of alle maten.

Lombarts, K., Overeem, K., Kremer (2006). De betere dokter; Collega's en patiënten kunnen medisch specialist het best beoordelen, *Medisch Contact*, Vol. 61, No. 16, pp. 656-659.

De individuele kwaliteit van medisch specialisten gaat verder dan vakinhoudelijke expertise. Ook communicatie eigenschappen, samenwerking en managementkwaliteit zijn van belang. Maar hoe toets je deze vaardigheden? De Orde werkt aan een evaluatiesysteem.

Het evalueren van professionals is geen sinecure, omdat het betrekking heeft op complexe en multi dimensionale competenties (zoals communicatie, samenwerking en professionaliteit).

Het succes van het systeem hangt af van drie factoren. Ten eerste de ontvangst van het systeem door deelnemende medische specialisten. Een specialist zal alleen bereid zijn mee te werken aan de evaluatie van zijn individueel functioneren als dit voor hem of haar persoonlijk leidt tot verbetermogelijkheden en uiteindelijk verbetering van het functioneren. De tweede succesmaat betreft de opstelling en reactie van de omgeving van de medisch specialist op het systeem. Vertrouwen is hier het sleutelwoord. Alleen als anderen, zoals Raden van Bestuur, overheid, inspectie, patiënten- en consumentenorganisaties, het systeem vertrouwen, zal men het *peer-to-peer* karakter accepteren en bereid zijn de ontwikkeling en implementatie van het evaluatiesysteem te faciliteren. Elke vorm of zelfs schijn van *conspiracy of silence* zal direct een negatief effect hebben op het succes van het systeem. De derde voorwaarde voor succes is de impact op de kwaliteit van zorg door verbetering van het individueel functioneren. Evaluatie van het individueel functioneren zal uiteindelijk moeten leiden tot 'betere dokters' en tot een beter functionerende gezondheidszorg. In deze tijd van rekenschap en transparantie zal ook dat aantoonbaar moeten zijn.

(Krantenartikel) Auteur onbekend (4 mei 2006). Ruziemakende intensivisten overgeplaatst, de Volkskrant.

Alle zeven artsen van de intensive care-afdeling van het Utrechtse Diaconessenhuis zijn in februari van de afdeling verwijderd. Door onderlinge onenigheid was er op de afdeling niet altijd een intensivist beschikbaar. Volgens richtlijnen moet er altijd minstens één arts aanwezig zijn. Volgens een woordvoerder hebben de twisten in het ic-team niet geleid tot gevaar voor patiënten. Maar om optimale zorg te garanderen, is de directie tot overplaatsing overgegaan. De artsen zijn overgeplaatst en tijdelijk vervangen door twintig intensivisten uit de regio. Het gekibbel tussen de artsen kon in gesprekken niet worden opgelost.

Auteur onbekend, (2006). Diaconessenhuis besluit over IC, Medisch Contact, No. 15.

Dat de zeven intensivisten die tot dat moment op de IC werkten, op 6 februari 2006 de toegang tot de IC werd ontzegd, kwam niet helemaal onverwacht. Al bij zijn aantreden in het voorjaar van 2005, vertelt Steenbergen, voldeed de Utrechtse IC niet aan de toen nog conceptrichtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. De intensivisten werkten ieder voor 0,3 fte, dus er waren voortdurend wissels, van continue aanwezigheid was geen sprake en het verpleegkundig personeel werd onvoldoende ondersteund.⁷

Het woord ruzie wil Steenbergen niet in de mond nemen, maar goed was de sfeer allerm minst, er bestond tussen de intensivisten onvoldoende functionele samenwerking. Toen een van hen eind december ziek werd, kon het ziekenhuis slechts met grote moeite voorkomen dat de IC tijdelijk dicht zou moeten. Sinds april had ik de intensivisten al aanwijzingen gegeven voor een betere samenwerking. Toen dat niet hielp, besloot ik op 6 februari hen allemaal van de IC te halen. De volgende dag al waren ze elders in het ziekenhuis als internist of anesthesioloog aan het werk en werkten ze niet meer op de IC. Om hen te vervangen riep het ziekenhuis, als tijdelijke maatregel, de hulp in van intensivisten uit andere ziekenhuizen.

(Krantenartikel) Auteur onbekend (5 september 2006). Inspectie bezoekt Radboudziekenhuis Nijmegen, de Volkskrant.

De inspectie legde die operaties eind april met onmiddellijke ingang stil, toen uit een onderzoek bleek dat in het UMC in het verleden meer patiënten dan normaal waren overleden na een hartoperatie.

De sterfgevallen waren volgens de inspectie onder meer het gevolg van onderlinge ruzie tussen verschillende specialismen en slechte werkafspraken. Er is volgens de zagsman van het ziekenhuis niemand ontslagen. De kritiek van de inspectie richtte zich niet op personen, maar op de manier van werken. Het is nu duidelijk te merken dat de saamhorigheid flink is verbeterd, dat het onderling vertrouwen terug is en dat de mensen zin hebben om weer te beginnen. We hopen te laten zien dat het hier enorm is verbeterd.

Bijlage VI – Gestructureerd overzicht van geïdentificeerde oorzaken uit de content analyse

De tabel in deze bijlage geeft een gestructureerd overzicht van de geïdentificeerde oorzaken uit de content analyse. Deze tabel is noodzakelijk om twee redenen. De eerste reden is dat de uitgevoerde content analyse onvoldoende inzicht geeft in één oogopslag. De tweede reden is dat de namen die zijn toegekend aan de categorieën, op meerdere wijzen interpreteerbaar zijn. Daarom zijn alle categorieën die oorzaken vertegenwoordigen in een overzichtelijke tabel geplaatst. Achter iedere oorzaak categorie, worden de citaten geplaatst die binnen de content analyse zijn toegekend met de betreffende oorzaak categorie. Hierdoor is meteen duidelijk wat wordt bedoeld als er over een bepaalde oorzaak categorie wordt gesproken binnen dit onderzoek. De resultaten uit de tabel zijn ter controle op juistheid en volledigheid voorgelegd aan de Orde van Medisch Specialisten. Van de Orde van Medisch Specialisten mag immers aangenomen worden dat zij hierover met hun expertise kunnen oordelen.

OVERZICHT GEIDENTIFICEERDE OORZAKEN CONTENT ANALYSE				
Categorie nummer	Oorzaak categorie	Citaat oorzaak	Bron citaat oorzaak	Conflict/Slechte verhoudingen
1.	Machocultuur	"In de machocultuur van specialisten is meestal geen aandacht voor de 'softe' kanten van het vak. Over de manier waarop je met elkaar omgaat wordt niet gesproken. Het gevolg is dat conflicten makkelijk escaleren."	Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 61, No. 20.	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Bij conflicten binnen een maatschap gaat het over geld, macht, status, stijlverschillen en discipline. De professional heeft daarover zijn eigen gedachten en waardebevestigingen."	Keulen, E. (2009). Conflicten binnen maatschappen: Een interview met Maarten Wanrooy, <i>Tijdschrift conflicthantering</i> , No. 6, pp. 40-42.	Conflict/Slechte verhoudingen

4.	Maatschap onafhankelijke entiteit zonder hiërarchische verhoudingen	"Medisch specialisten werken in een maatschap, een organisatie zonder hiërarchie. Maar als het misgaat tussen specialisten kan dat dodelijke gevolgen hebben. Dit jaar kwamen vier ernstige conflicten aan het licht."	(Krantenartikel) Mat, J. (21 augustus 2006). Vooral de patiënt lijdt als artsen ruziën: Specialisten werken op basis van onderling vertrouwen maar die basis blijkt steeds vaker wankel, <i>NRC Handelsblad</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
		"De belangrijkste oorzaken die de maatschap conflictgevoelig maken zijn drieledig. Ten eerste de platte organisatiestructuur waarbij alle partners gelijk zijn en er geen hiërarchische verhoudingen bestaan. De macht wordt bepaald door de vakbekwaamheid, reputatie of omzet van de medisch specialist."	Keulen, E. (2009). Conflicten binnen maatschappen: Een interview met Maarten Wanrooy, <i>Tijdschrift conflicthantering</i> , No. 6, pp. 40-42.	Conflict/Slechte verhoudingen
5.	Gesloten bedrijfscultuur	"Door de gesloten bedrijfscultuur sudderen ruzies soms jaren door. Want de ziekenhuisdirectie staat op meestal op grote afstand."	(Krantenartikel) Cort, de W. (6 mei 2006-8 juni 2007). Help, de doktoren maken ruzie, <i>de Volkskrant</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
		"De directie van het ziekenhuis niet veel grip heeft op een maatschap."	Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 61, No. 20.	
9.	Impliciete afspraken	"De belangrijkste oorzaken die de maatschap conflictgevoelig maken zijn drieledig. Ten tweede ontbreekt vaak een geformaliseerde regelgeving voor het nemen van besluiten. Deze komen via interpersoonlijk verkeer tussen de maten tot stand."	Keulen, E. (2009). Conflicten binnen maatschappen: Een interview met Maarten Wanrooy, <i>Tijdschrift conflicthantering</i> , No. 6, pp. 40-42.	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Maatschappen zijn tegenwoordig veel groter dan vroeger, waardoor impliciete afspraken niet meer werken zoals in kleine maatschappen."	Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 61, No. 20.	Conflict/Slechte verhoudingen

11.	Fusies/ Reorganisaties	"Hoogleraar Gezondheidspsychologie van het UMCG ziet de fusiegolf van de eind jaren negentig als een van de factoren die bepalen dat er nu veel conflicten onder specialisten zijn."	Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 61, No. 20.	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Ziekenhuizen worden bovendien geconfronteerd met reorganisaties , waarbij bestaande machtsposities en taakverdelingen grondig overhoop worden gehaald."	(Krantenartikel) Auteur onbekend (10 mei 2004). Zeer veel conflicten binnen ziekenhuizen, <i>de Volkskrant</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
12.	Gedwongen samenwerking	"Door fusies zitten maten bij elkaar die niet voor elkaar gekozen hebben . Er is daardoor ook minder loyaliteit en solidariteit binnen de maatschap."	Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 61, No. 20.	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Fusies zijn in dit verband berucht. Specialisten beoordelen elkaar met een gekleurde bril. Met hem of haar zou ik nooit willen samenwerken. Dan moeten ze opeens fuseren en samenwerken ."	(Krantenartikel) Bles, van der W. (28 oktober 2008). Artsen falen door gebrek aan wij-gevoel, <i>Trouw</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Vaak gaan leden van een maatschap (of vakgroep) jarenlang goed met elkaar om. Dan verandert er ineens iets in de balans van het systeem . Bekende oorzaken zijn: Gedwongen samenwerking door fusie..."	Schmit Jongbloed, L.J., Smits, G.P.C. (2004). Verstoorde samenwerking; Externe steun helpt escalatie voorkomen, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 59, No. 32/33, pp, 1274-1275.	Conflict/Slechte verhoudingen
13.	Minder loyaliteit en solidariteit	"Door fusies zitten maten bij elkaar die niet voor elkaar gekozen hebben . Er is daardoor ook minder loyaliteit en solidariteit binnen de maatschap."	Pronk, E. (2006). Het recept voor ruzie, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 61, No. 20.	Conflict/Slechte verhoudingen
33.	Cultuurverschillen	"Cultuurverschillen kunnen na een fusie funest zijn en uiteindelijk zeer schadelijk zijn voor de patiënt."	(Krantenartikel) Bles, van der W. (28 oktober 2008). Artsen falen door gebrek aan wij-gevoel, <i>Trouw</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen

14.	HRM: Werving en selectie	"Vaak gaan leden van een maatschap (of vakgroep) jarenlang goed met elkaar om. Dan verandert er ineens iets in de balans van het systeem . Bekende oorzaken zijn: Aannee of ontslag van een maat."	Schmit Jongbloed, L.J., Smits, G.P.C. (2004). Verstoorte samenwerking; Externe steun helpt escalatie voorkomen, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 59, No. 32/33, pp, 1274-1275.	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Werving en selectie van nieuwe maten gebeurt op een weinig zakelijke manier. Of iemand goed kan samenwerken wordt niet gevraagd."	(Krantenartikel) Bruinsma, J. (13 juni 2006-15 januari 2009). Specialist ruziet, patiënt lijdt, <i>de Volkskrant</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Problemen die zich daarbij kunnen voordoen worden veelal veroorzaakt door opvolgingskwesties. Een bron van conflicten."	Keulen, E. (2009). Conflicten binnen maatschappen: Een interview met Maarten Wanrooy, <i>Tijdschrift conflicthantering</i> , No. 6, pp. 40-42.	Conflict/Slechte verhoudingen
20.	HRM: Ontslag MS	"Het is niet eenvoudig om een contract te verbreken met een medisch specialist . De meeste specialisten zijn niet in dienst van een ziekenhuis, maar hebben zich als vrije ondernemers in een maatschap georganiseerd (eigen winkeltje)."	(Krantenartikel) Bruinsma, J. (13 juni 2006-15 januari 2009). Specialist ruziet, patiënt lijdt, <i>de Volkskrant</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
21.	Individualisme	"Conflicten tussen artsen worden deels veroorzaakt door het individualisme van artsen . Het zijn hoogopgeleide mensen die erin zijn getraind zelfstandig te werken en besluiten te nemen ."	(Krantenartikel) Cort, de W. (6 mei 2006-8 juni 2007). Help, de doktoren maken ruzie, <i>de Volkskrant</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
		"De belangrijkste oorzaken die de maatschap conflictgevoelig maken zijn drieledig. Ten derde is de professional van nature wars van leiding , vrijheidslievend met een eigen koninkrijkje . Een domein dat de ander niet mag betreden."	Keulen, E. (2009). Conflicten binnen maatschappen: Een interview met Maarten Wanrooy, <i>Tijdschrift conflicthantering</i> , No. 6, pp. 40-42.	Conflict/Slechte verhoudingen

22.	Professionele autonomie	"Universitair docent gezondheidsrecht Arends is verbaasd over het grote aantal ruzies. Ze zijn volgens hem voor een groot deel te verklaren uit de autonomie die bijvoorbeeld specialisten en ziekenhuisdirecteuren van oudsher hebben."	(Krantenartikel) Auteur onbekend (10 mei 2004). Zeer veel conflicten binnen ziekenhuizen, <i>de Volkskrant</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Een klassiek conflict is het reputatieconflict . De professional is meer gefocust op eer, reputatie en autonomie dan op macht over anderen."	Keulen, E. (2009). Conflicten binnen maatschappen: Een interview met Maarten Wanrooy, <i>Tijdschrift conflicthantering</i> , No. 6, pp. 40-42.	Conflict/Slechte verhoudingen
25.	Cultuuromslag MS	"Ontwikkelingen die in de rest van de samenleving normaal zijn, moeten in de medische wereld nog worden bevochten."	(Krantenartikel) Trommelen, J. (28 mei 2005-21 januari 2009). Snijdend zwijgen, <i>de Volkskrant</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
28.	HRM: Beperkte mobiliteit MS	"Artsen gaan niet snel uit zichzelf weg en dat bevordert dat ruzies jarenlang voortduren."	(Krantenartikel) Cort, de W. (6 mei 2006-8 juni 2007). Help, de doktoren maken ruzie, <i>de Volkskrant</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Soms pakt uiteindelijk een arts van zo'n ruziënde maatschap zijn biezen om elders te gaan werken. Maar dat gebeurt heel weinig, want een baan in het ziekenhuis is een baan voor het leven. Jobhoppen is in specialistenkringen een volstrekt onbekend verschijnsel ."	(Krantenartikel) Lucas, N. (25 april 2006). Arts moet ook naar zichzelf kijken, <i>Trouw</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
30.	HRM: Slecht personeelsbeleid	"Slecht personeelsbeleid bij ziekenhuizen en maatschappen is debet aan conflicten volgens de directeur."	(Krantenartikel) Lucas, N. (25 april 2006). Arts moet ook naar zichzelf kijken, <i>Trouw</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen

37.	Oorzaken ontevredenheid MS	"Pay and workload are obvious causes for unhappiness among doctors."	Edwards, N., Kornacki, M.J., Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: What are the causes and what can be done, <i>Britisch Medical Journal</i> , Vol. 324, pp. 834-838.	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Having control over work and autonomy is important for job satisfaction of clinicians. The developed world has seen significant reductions in medical autonomy and increases in accountability."	Edwards, N., Kornacki, M.J., Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: What are the causes and what can be done, <i>Britisch Medical Journal</i> , Vol. 324, pp. 834-838.	Conflict/Slechte verhoudingen
39.	Botsende karakters	"Of iemand goed kan samenwerken wordt niet gevraagd."	(Krantenartikel) Bruinsma, J. (13 juni 2006-15 januari 2009). Specialist ruziet, patient lijdt, <i>de Volkskrant</i> .	Conflict/Slechte verhoudingen
		"Het gaat daarbij niet alleen om kennis en kunde, maar ook om karaktereigenschappen en zo nodig beleidsmatige en organisatorische vaardigheden."	Schmit Jongbloed, L., Sanders, F., Berden, B. (2007). Ondermaats functioneren: Samenwerking, sfeer en communicatie verdienen meer aandacht, <i>Medisch Contact</i> , Vol. 62, No. 23.	Conflict/Slechte verhoudingen

Bijlage VII – Interview protocollen

Voor de kwalitatieve interviews zijn twee soorten interview protocollen opgesteld. Het eerste interview protocol is gehanteerd bij de interviews die zijn afgenomen met de personen uit de omgeving van de medisch specialisten. Zij hebben een bedrijfskundige achtergrond en hebben ervaring met het werkdomein van de medisch specialisten. Aan de hand van het commentaar van deze personen, is een ander interview protocol opgesteld voor de medisch specialisten. De vragen over HRM uit het tweede interview protocol zijn tastbaarder voor de medisch specialisten.

Interview Protocol (I)

Introductie

- Introductie van de interviewer Kim Vorgers
- Opleiding/Afstuderen Bedrijfskunde/Master Business Administration
- Uitleg over afstudeeropdracht Een eerste ontwikkeling van een HRM checklist toegepast op het werkdomein van medisch specialisten
- Doel van het gesprek Informatie achterhalen over de relevantie en toepasbaarheid van bepaalde HRM activiteiten in bepaalde situaties
- Randvoorwaarden interview
 1. Interview resultaten zullen anoniem verwerkt worden
 2. Het interview duurt ongeveer één uur
 3. Niet verplicht tot antwoorden

Kenmerken Medische Professie

- Wat zijn de typische kenmerken van medisch specialisten?
- Wat zijn de arbeidsrelaties in het werkdomein van de medisch specialist?
- Op welke aspecten wordt gefocust binnen de strategieën van ziekenhuizen?
- Op welke aspecten wordt gefocust binnen de strategieën van maatschappen?
- Wat zijn de geldende normen en waarden binnen de medische wereld?

Human Resource Management (HRM) binnen de medische wereld

- Wat is de invloed van de typische kenmerken van medisch specialisten op HRM?
- Welke rol speelt HRM binnen het werkdomein van de medisch specialist?
- Hebben de aspecten waarop binnen de strategieën van ziekenhuizen worden gefocust, invloed op HRM?
- Hebben de aspecten waarop binnen de strategieën van maatschappen worden gefocust, invloed op HRM?
- Hebben de geldende normen en waarden binnen de medische wereld invloed op HRM?
- Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigde medisch specialisten?

HRM activiteit: Werving en Selectie

- Hoe ziet het werving en selectie proces van een nieuwe medisch specialist eruit?
 - Wordt binnen het werving en selectie proces aandacht besteed aan het betrekken van de persoonskenmerken?
 - Wordt binnen het werving en selectie proces aandacht besteed aan het betrekken van de culturele aspecten?
 - Wordt binnen het werving en selectie proces aandacht besteed aan het oordeel van aanpalende maatschappen en/of vakgroepen

HRM activiteit: Socialisatie

- Hoe ziet het introductieprogramma van nieuwe medisch specialisten eruit?
 - Hoe en wanneer worden de gewenste houding en werkwijze overgedragen?
 - Hoe en wanneer worden omgangsnormen overgedragen?
 - Hoe en wanneer worden de geldende afspraken binnen de vakgroep of maatschap overgedragen?

HRM activiteit: Functionering en Beoordeling

- Vinden er functionerings- en beoordelingsgesprekken plaats en aanzien van medisch specialisten?
 - Zo ja, hoe ziet dat proces eruit?
 - Worden de leden van de maatschap daarbij ook beoordeeld door personen buiten de maatschap?
- Kunt u een omschrijving geven over hoe de relatie er in het algemeen uit ziet tussen maatschappen en de rest van het ziekenhuis, zoals andere maatschappen en de directie?
 - Welke informatie wordt daarbij gedeeld tussen de maatschap en de directie?
 - Weten ziekenhuisdirecties wat voor ontwikkelingen spelen binnen maatschappen?
 - Hoe is de relatie tussen de maatschappen en de ziekenhuisdirectie?
- Maken medisch specialisten binnen maatschappen afspraken over de omgang binnen de maatschap?
 - Is de cultuur die heerst binnen de maatschap hierop van invloed?
- Welke invloed heeft functionering en beoordeling op de mate waarin medisch specialisten individueel en autonoom werken?
- Hoe ziet de besluitvorming er in het algemeen uit binnen maatschappen?
- Zou functionering en beoordeling een instrument kunnen zijn die medisch specialisten bij gedwongen samenwerking dichterbij elkaar kan brengen?

HRM activiteit: Uitstroommanagement

- Hoe ziet de ontslagprocedure van medisch specialisten eruit?
 - Zijn er bepaalde activiteiten te ondernemen die van juridische waarde zijn, waarmee de procedure bevorderd kan worden?

- Hoe ziet de ontslagprocedure van medisch specialisten uit een maatschap eruit?
 - Welke partijen spelen een belangrijke rol bij het ontslag van een maat uit de maatschap?

HRM activiteit: Loopbaanmanagement

- Hoe ziet de arbeidsmobiliteit eruit onder medisch specialisten?
 - Wat zijn de mogelijkheden om de arbeidsmobiliteit te stimuleren onder de medisch specialisten?

HRM activiteit: Coaching

- Wat zijn de mogelijkheden op het gebied van HRM om medisch specialisten bij gedwongen samenwerking (bijvoorbeeld bij een fusie) dichter bij elkaar te brengen?
 - Zou coaching daarin een rol kunnen spelen?

HRM activiteit: Training en Ontwikkeling

- Waarom spelen loyaliteit en solidariteit een belangrijke rol binnen maatschappen?
- Wat zijn de mogelijkheden op het gebied van HRM om de loyaliteit en solidariteit bij gedwongen samenwerking te ondersteunen?
 - Zou training en ontwikkeling daarin een rol kunnen spelen?

Rol van P&O bij het HRM beleid van medisch specialisten

- Hoe zou P&O kunnen bijdragen aan de samenwerking en communicatie tussen medisch specialisten?
- Welke rol speelt P&O bij de werving en selectieprocedure voor nieuwe medisch specialisten?
 - Hoe zou het proces verbeterd kunnen worden met de inbreng van P&O?
- Zou P&O een rol kunnen spelen tijdens het socialisatieproces van medisch specialisten?
- Zou P&O een rol kunnen spelen bij het beoordelingsproces van medisch specialisten?
 - En dan gericht op de portfolio die medisch specialisten van zichzelf moeten maken.
- Zou P&O een rol kunnen spelen bij de teambuilding van medisch specialisten?
- Zou P&O een rol kunnen spelen bij de gedwongen samenwerking tussen medisch specialisten?

Afsluiting

- Vragen of de informant nog belangrijke opmerkingen heeft.
- Informant bedanken voor het interview en de tijd.
- Vragen of de informant de uitwerking van het interview wil ontvangen ter controle.
- Vragen of de informant ter zijne tijd een versie van de scriptie wil ontvangen.

Welke vragen tijdens het interview worden gesteld, hangt af van de informant. Sommige vragen zijn al bekend door een voorgaand interview, waardoor in het volgende interview meer tijd is besteed aan een ander onderwerp. Het is ook mogelijk dat bepaalde vragen niet relevant zijn voor alle informanten.

Interview Protocol (II)

Introductie

- Introductie van de interviewer Kim Vorgers
- Opleiding/Afstuderen Bedrijfskunde/Master Business Administration
- Uitleg over afstudeeropdracht Een eerste ontwikkeling van een HRM checklist toegepast op het werkdomein van medisch specialisten
- Doel van het gesprek Informatie achterhalen over de relevantie en toepasbaarheid van bepaalde HRM activiteiten in bepaalde situaties
- Randvoorwaarden interview
 1. Interview resultaten zullen anoniem verwerkt worden
 2. Het interview duurt ongeveer één uur
 3. Niet verplicht tot antwoorden

HRM activiteit: Werving en Selectie

- Kunt u vertellen hoe de werving en selectie van een nieuwe medisch specialist eruit ziet?
 - Wordt vanuit uw vakgroep aandacht geschonken aan het werven van een bepaald type persoon (persoonskenmerken en culturele kenmerken)?
 - Wordt er bijvoorbeeld aandacht gevestigd aan of iemand kan samenwerken of kan communiceren, wordt er op gelet of iemand een financiële achtergrond heeft of wordt er gevraagd naar hoe de kandidaat werkt, etc?
 - Wordt er aandacht gevestigd om dit soort kenmerken kenbaar te maken in de advertentie en bij gesprekken, of zijn er andere manieren om dit kenbaar te maken?
 - Hebben de aanpalende vakgroepen ook de mogelijkheid om een oordeel te geven over een kandidaat?
- Hoe worden de persoonskenmerken bepaald die van belang zijn voor de vakgroep of maatschap?
- Staat in de vacature ook informatie over de maatschap vermeld?
 - Daarmee wordt bedoeld of er een realistisch beeld in de vacature over de maatschap, het ziekenhuis en de gewenste kandidaat. Wordt er bijvoorbeeld ook vermeld waarin de maatschap allemaal actief is, etc?

HRM activiteit: Socialisatie

- Hoe ziet de introductie van een nieuwe medisch specialist eruit binnen uw vakgroep?
- Besteedt uw vakgroep aandacht aan de introductie van nieuwe medisch specialisten?
 - Worden de medisch specialisten bijvoorbeeld eerst rondgeleid door het ziekenhuis, maakt de vakgroep ze wegwijs of moeten zij meteen vanaf de eerste dag meedraaien in de maatschap?
 - Is dit van invloed op het verdere functioneren van de medisch specialist?
 - Ik bedoel daarmee of medisch specialisten met een introductie niet een beter beeld krijgen van wat hen wordt verwacht? Als ze meteen meedraaien zijn ze eigenlijk een beetje op zichzelf aangewezen, waardoor ze misschien eerder een eigen cultuur ontwikkelen.

- Worden de medisch specialisten bijvoorbeeld eerst rondgeleid door het ziekenhuis, maakt de vakgroep ze wegwijs of moeten zij meteen vanaf de eerste dag meedraaien in de maatschap.
- Zijn er binnen uw vakgroep afspraken gemaakt over de onderlinge omgang, de gewenste houding en werkwijze (binnen de vakgroep)?
 - Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het huishoudelijk regelement e.d.
 - Met omgangsregelingen bedoel ik bijvoorbeeld hoe het ziekteverzuim is geregeld, of specialisten elkaar om een mening vragen, hoe wordt samengewerkt, hoe de communicatie verloopt etc. Eigenlijk een beetje de dagelijkse omgang binnen de vakgroep.
 - Of is het zo dat als in een ziekenhuis een algemene gedragscode geldt, afspraken binnen vakgroepen en maatschappen overbodig zijn?
 - Hoe zijn deze afspraken tot stand gekomen?
 - Hoe worden de geldende afspraken bekend gemaakt bij nieuwe medisch specialisten?
- Is ergens schriftelijk vastgelegd wat van de houding, de werkwijze en de dagelijkse omgang van medisch specialisten wordt verwacht?
 - Gedacht kan worden aan een huishoudelijk regelement, misschien een gedragscode die geldt voor de hele ziekenhuis organisatie, maatschapsovereenkomst, e.d.
- Hoe denkt u over een gestructureerd introductieprogramma om een nieuwe medisch specialist in te werken?
 - Bijvoorbeeld om een nieuwe medisch specialist een aantal dagen met verschillende specialisten te laten meedraaien. Een specialist krijgt zo een beter beeld van hoe binnen de vakgroep wordt gewerkt en wat van hem wordt verwacht.
 - De geldende afspraken kunnen hiermee ook schriftelijk overhandigd worden wat van iemand wordt verwacht.

HRM activiteit: Functionering en Beoordeling

- Wat vindt u van het beoordelingssysteem dat in het ziekenhuis wordt gehanteerd om medisch specialisten te beoordelen?
- Heeft u het idee dat het functioneren zal verbeteren naar aanleiding van de beoordelingen?
 - Wordt er bewuster omgegaan met het functioneren door de medisch specialisten?
- Heeft u het idee dat het beoordelingssysteem de cultuur doet veranderen?
 - Namelijk naar een cultuur waar meer aandacht en ruimte is om elkaar aan te spreken en meer verantwoordelijkheid te nemen?
- Kunt u een omschrijving geven van hoe de relatie eruit ziet tussen de maatschappen en de omgeving (directie, andere maatschappen en vakgroepen)?
 - In hoeverre is de omgeving op de hoogte van de ontwikkelingen binnen een maatschap? Is een directie bijvoorbeeld op de hoogte als er problemen zouden zijn binnen uw vakgroep?
- Heeft u het idee dat de omgeving van een vakgroep met de invoering van een beoordelingssysteem beter op de hoogte zal zijn van de ontwikkelingen in een vakgroep?
 - Waaronder de Raad van Bestuur? (Denkt u dat dat ook geldt voor maatschappen?)

- Zal de Raad van Bestuur met de invoering van functionering en beoordeling sneller op de hoogte zijn als er belangrijke problemen zijn binnen een vakgroep of maatschap dan voorheen?
- Kunt u een omschrijving geven van de kenmerken die behoren tot een open en gesloten cultuur?
- Hoe kan er een open cultuur worden gecreëerd binnen de maatschap?
 - Stappen specialisten in een open cultuur sneller naar elkaar toe om bijvoorbeeld te overleggen of gebeurd dat gestructureerd?
 - Draagt IFMS bij aan het creëren van meer openheid binnen de maatschap?
- In hoeverre is de aanwezige cultuur binnen een vakgroep van invloed op het bespreken van gevoelige onderwerpen en het maken van afspraken daarover?
 - Gevoelige onderwerpen, zoals misschien minder gaan werken of het maken van afspraken over de omgang. Ligt het aan de heersende cultuur of personen binnen een vakgroep met een slechte sfeer eerder uitgemaakt voor zwak?

HRM activiteit: Arbeidsmobiliteit

- Komt het wel eens voor dat medisch specialisten besluiten vrijwillig te vertrekken als er problemen zijn binnen de maatschap?
- Wat voor gevolgen heeft het vrijwillige vertrek voor de maatschap?
- Is het denkbaar dat de vakgroep of maatschap het vrijwillige vertrek van een medisch specialist stimuleert?
 - Niet alleen financieel, maar ook bijvoorbeeld door iemand outplacement aan te bieden?
- Wordt door medisch specialisten wel een gebruik gemaakt van outplacement?
- In hoeverre is het verschillend voor vakgroepen en maatschappen?

HRM activiteit: Werkoverleg

- Worden er afspraken gemaakt tussen medisch specialisten in vakgroepen en maatschappen?
 - Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan huishoudelijke reglementen, aan maatschapscontracten, e.d.
- Hoe zou werkoverleg kunnen bijdragen aan de samenwerking en communicatie van medisch specialisten?
- Is er frequent overleg tussen de medisch specialisten uit een vakgroep of maatschap?
 - Zien de medisch specialisten zelf ook wel de meerwaarde in van werkoverleg? Of wordt het meer opgedrongen?
 - Hoe is het overleg dan geregeld? Is er bijvoorbeeld een vast moment waarop het overleg plaatsvindt, of wordt het ad-hoc geregeld?
 - Worden er wel eens hei-dagen door vakgroepen of maatschappen georganiseerd?

HRM activiteit: Uitstroommanagement

- Kan er een beschrijving gegeven worden van de ontslagprocedure van een medisch specialist in loondienst?

- Kan er een beschrijving gegeven worden van de ontslagprocedure van een medisch specialist uit een maatschap?
- Is het wel eens voorgekomen dat een nieuwe medisch specialist achteraf toch niet blijkt te passen?
 - Wat kan de vakgroep of maatschap er dan nog aan doen als een kandidaat al is aangenomen?
 - Kan een vakgroep zo'n medisch specialist (laten) ontslaan wegens niet functioneren? Of valt het niet passen binnen een vakgroep qua karakter niet onder niet functioneren?
- Wat voor maatregelen kan een vakgroep of maatschap treffen om ervoor te zorgen dat de toelatingsovereenkomst van een niet passende medisch specialist ontbonden wordt?

HRM activiteit: Teambuilding

- Wat is in veel gevallen de oorzaak dat gedwongen samenwerking kan leiden tot conflicten?
- Op welke wijze komt er een samenwerking tot stand na een fusie tussen twee ziekenhuizen?
- Wat gebeurt er al medisch specialisten en maatschappen echt niet willen samenwerken?
 - Grijpt de Raad van Bestuur dan bijvoorbeeld in?
 - Wordt er dwang uitgeoefend vanuit de medische staf?
- Zou teambuilding bij kunnen dragen aan de gedwongen samenwerking tussen medisch specialisten?
 - Teambuilding zorgt ervoor dat personen elkaar beter leren kennen, waardoor ze elkaar misschien meer gaan waarderen? Of werkt dit heel anders bij medisch specialisten en maatschappen?

HRM activiteit: Loopbaanmanagement

- Hoe ziet de loopbaanontwikkeling van medisch specialisten eruit?
 - Managen de medisch specialisten hun loopbaan ook actief?
- Hoe is de loopbaanontwikkeling van medisch specialisten geregeld?
 - Wie helpt de medisch specialisten bij de loopbaanontwikkeling en arbeidsvreugde?
- Worden de medisch specialisten gefaciliteerd in hun loopbaanontwikkeling door de maatschap of het ziekenhuis?

Afsluiting

- Vragen of de informant nog belangrijke opmerkingen heeft.
- Informant bedanken voor het interview en de tijd.
- Vragen of de informant de uitwerking van het interview wil ontvangen ter controle.
- Vragen of de informant ter zijne tijd een versie van de scriptie wil ontvangen.

Welke vragen tijdens het interview worden gesteld, hangt af van de informant. Sommige vragen zijn al bekend door een voorgaand interview, waardoor in het volgende interview meer tijd is besteed aan een ander onderwerp. Het is ook mogelijk dat bepaalde vragen niet relevant zijn voor alle informanten.