



umcg

**Onderzoek naar het gebruik van
selectietechnieken bij het selecteren van
kandidaat-opleiders voor de
huisartsopleiding Groningen**

Auteur: Wieger van der Meulen

Opdrachtgever UMCG: Dr. P.M. Boendermaker

Begeleider UMCG: Drs. R. van der Eijk

Begeleider Personeelsmanagement: Dhr. P. Rijsten / Dhr. A. Peelen

Management samenvatting

In het kader van mijn afstudeeropdracht heb ik een opdracht verkregen bij de huisartsopleiding Groningen. Deze opdracht richt zich op de selectieprocedure die gebruikt wordt om toekomstige huisartsopleiders te selecteren. De opdrachtgever voor deze opdracht was Dr. Boendermaker, waarnemend hoofd en coördinator huisartsopleiders.

De opdracht

De kern van de opdracht is erop gericht om te kijken hoe valide de selectieprocedure van de huisartsopleiding Groningen is en welke instrumenten kunnen worden ingezet om deze validiteit te verhogen. De opdracht bestaat uit het schrijven van een adviesnotitie en implementatieplan waarin antwoord wordt gegeven op de probleemstelling:

‘Welke selectie-instrumenten heeft de huisartsopleiding Groningen nodig om te bepalen of een kandidaat huisartsopleider beschikt over de gewenste competenties?’

De onderliggende onderzoeksvragen die hierbij horen zijn:

1. Over welke competenties moet een kandidaat huisartsopleider beschikken?
2. In hoeverre is de huidige procedure toereikend om de vereiste competenties in beeld te krijgen?
3. Welke selectie-instrumenten kunnen worden gebruikt om het huidige selectieproces te verbeteren?

Het onderzoek

Tijdens dit onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende methoden:

- Literatuuronderzoek;
- Gestructureerde interviews.

Het onderzoek is opgesplitst in twee onderdelen, namelijk:

1. Onderzoek naar de huidige selectieprocedure binnen de huisartsopleiding Groningen;
2. Onderzoek naar beschikbare selectie-instrumenten.

Belangrijkste bevindingen uit het onderzoek

Onderzoeksvraag 1.

Er bestaat overeenstemming over de drie competenties die noodzakelijk worden geacht ten aanzien van een kandidaat huisartsopleider (HAO). Een HAO moet:

1. Over reflectief vermogen beschikken;
2. De huisarts als rolmodel voor de aios;
3. Een goede organisator zijn.

De huisartsopleiding wordt geacht voor de selectie van HAO's gebruik te maken van het selectieprofiel dat is opgesteld door het project vernieuwing huisartsopleiding (PVH).

De gebruikswaarde van het PVH-selectieprofiel is laag om de volgende redenen:

- Het PVH overschat wat er tijdens de selectieprocedure in kaart kan worden gebracht. Dit heeft als gevolg dat er een lange lijst met indicatoren is ontstaan waar beoordelaars niets mee kunnen.
- Het PVH-selectieprofiel laat zich moeilijk vertalen naar praktische situaties (schrijftaal versus spreektaal).
- Een aanval van de competenties die in het profiel worden genoemd kunnen niet worden beoordeeld tijdens de selectieprocedure, maar krijgen pas vorm in de dagelijkse realiteit van een huisartsenpraktijk.

Daarnaast betwijfelen de respondenten in hoeverre het vertoonde gedrag tijdens de selectieprocedure overeenkomt met het gedrag dat kandidaten vertonen in de realiteit. Degene die verantwoordelijk zijn voor de selectieprocedure zijn de leden van het opleiderteam (O-Team).

Onderzoeksvraag 2.

De huidige procedure is op te delen in de volgende stappen:

1. Aanmelding
2. Kennismaking
3. Inschrijving
 - 3.1 Inschrijven wachtlijst introductie cursus
 - 3.2 Visitatie aanvragen bij de HVRC
4. Toetsen criteria
 - 4.1 Doorlopen introductie cursus
 - 4.2 Doorlopen HVRC visitatie

De gehanteerde selectietechnieken zijn een kennismakingsgesprek (gestructureerd interview) en een introductie cursus (assessment). De introductie cursus is verplicht en aan deze cursus is een selectieve beslissing gekoppeld. De kandidaat huisartsopleiders worden daarnaast getoetst door de HVRC op een aantal (facilitaire) randvoorwaarden die nodig zijn om als huisarts te kunnen gaan opleiden. HVRC staat voor de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie. Het voornaamste probleem is dat bij de huidige selectieprocedure er teveel wordt gewerkt met subjectieve criteria zoals gevoelens in plaats van objectieve criteria. Dit biedt niet voldoende houvast om een onderbouwde beslissing te nemen. Hoewel de oefeningen die worden gebruikt bij het assessment schieten ze op een aantal vlakken tekort. De voornaamste problemen die zich daarbij voordoen zijn:

1. Het is onduidelijk welke competenties gemeten worden per oefening;
2. Het is onduidelijk wat er van de beoordelaars verwacht wordt.

Onderzoeksvraag 3.

De huidige selectieprocedure is voldoende valide. De huisartsopleiding Groningen heeft de juiste keuze gemaakt met betrekking tot de mogelijk in te zetten instrumenten. De gebruikte instrumenten bieden vanuit de literatuur voldoende predictieve validiteit om een goede inschatting te kunnen van de kandidaten. Het assessment van de huisartsopleiding Groningen voldoet voor een klein gedeelte aan de basisvoorwaarden voor het uitvoeren van een succesvol assessment, er zijn een aantal onderdelen die kunnen worden verbeterd.

Op basis van de onderzoeksvragen kan op de volgende gebieden advies worden uitgebracht:

1. PVH-problematiek
2. Competenties rolmodel en organisator
3. Proeftijd
4. Subjectieve criteria
5. Assessment

1. PVH-problematiek

Er zou een advies moeten komen vanuit de huisartsopleiding Groningen waarin de problemen rondom de invoering van de PVH-adviezen worden aangekaart. Deze afstudeeropdracht kan daarbij als een voorlopige benadering worden gebruikt om aan te tonen dat de gebruikswaarde van het PVH-selectieprofiel op dit moment gering is.

2. Competenties rolmodel en organisator

Er zijn twee mogelijkheden:

1. De huidige selectieprocedure moet worden aangepast aan de competenties die gemeten moeten worden. De oefeningen die worden gebruikt moeten gekoppeld worden aan deze competenties. Op deze manier ontstaan er simulaties waarin het vertoonde gedrag dichter bij de realiteit komt te liggen.
2. De oefeningen worden minder uitvoerig op gezet, er zal dan een alternatief moeten worden bedacht om de gedragingen zo goed mogelijk in kaart te kunnen brengen. Een visitatie door iemand van het opleiderteam (O-Team) in de opleiderpraktijk kan hierbij uitkomst bieden. Door de HAO in zijn eigen praktijk gedurende een dag te observeren, kunnen de competenties waar in eerste instantie minder zicht op was, beter in kaart worden gebracht.

3. Proeftijd

De proeftijd kan worden ingesteld als een formele proeftijd waarbij begeleiders van het O-Team strenger kijken naar de verwerving van de vereiste competenties. Hierin spelen de 8 opleidingsbijeenkomsten per jaar een belangrijke rol. Op dit moment zijn deze bijeenkomsten een van de weinige gelegenheden waar de groepsbegeleiders zicht krijgen op de vorderingen van de HAO's. Wanneer een HAO onvoldoende aanwezig is bij deze bijeenkomsten of onvoldoende inzet toont, zou dat gevolgen moeten hebben voor zijn opleiderschap. Hierbij valt te denken aan het intrekken van opleiderbevoegdheden van HAO's gedurende een bepaalde periode.

4. Subjectieve criteria

Er zijn methoden beschikbaar om de kennis en ervaring van de beoordelaars te bundelen tot een aantal criteria waardoor een objectievere beslissing kan worden genomen. De huisartsopleiding Groningen zou gebaat zijn om een methode te ontwikkelen waarbij oordelen en waarnemen worden gescheiden zodat er een objectiever beeld ontstaat over de kandidaten.

5. Assessment

Het huidige assessment (de introductie cursus) bij de huisartsopleiding Groningen voldoet in enige mate aan de criteria die worden gesteld aan een succesvol assessment. Door het assessment aan te vullen met de aandachtspunten uit dit advies zal de predictieve validiteit toenemen. Daarnaast levert het een tijdsbesparing op, wat gezien de beschikbare tijd belangrijk is. Het is belangrijk dat er een koppeling wordt gemaakt tussen de competenties die beoordeeld moeten worden en de oefeningen die tijdens het assessment worden ingezet. Daarnaast moeten beoordelaars weten waarop gelet wordt tijdens de oefeningen zodat het assessment transparanter wordt.

Implementatieplan

De adviezen die op korte termijn kunnen worden geïmplementeerd zijn:

1. Proeftijd;
2. Subjectieve criteria;
3. Assessment.

De adviezen die op middel- of langere termijn kunnen worden geïmplementeerd zijn:

4. PVH-problematiek;
5. Competenties rolmodel en organisator.

De stappen die genomen moeten worden om de adviezen te implementeren worden kort besproken. De stappen zijn terug te vinden in bijlage 10.

1. Proeftijd

De proeftijd kan snel worden ingevoerd. Op dit moment is er al sprake van een informele proeftijd. Deze proeftijd moet formeel worden ingesteld en er moet besloten worden welke norm er gehanteerd moet worden tijdens deze proeftijd. Hiervoor kunnen de evaluaties van de HAO door hun aios als basis dienen. Deze kunnen worden gekoppeld aan succesvolle– niet succesvolle begeleidingstrajecten.

2. Subjectieve criteria

Op het gebied van het trainen van beoordelaars zijn vele opleidingen mogelijk. Het meest bekende bureau dat deze trainingen aanbiedt is het trainingsbureau GITP. GITP heeft een vestiging in Groningen en biedt deze trainingen aan voor beoordelaars. De kosten voor een dergelijke training bedragen € 689,-⁵. De training duurt een dag. Er zijn echter vele andere bureaus die dezelfde training aanbieden tegen een scherpere prijs. Voor een verkenning bij de verschillende bureaus, kan de afdeling P&O van het UMCG worden ingeschakeld. .

3. Assessment

Het huidige assessment voldoet in enige mate aan de criteria die worden gesteld aan een succesvol assessment. De oefeningen die op dit moment worden toegepast, zouden herschreven moeten worden om de validiteit van het assessment te verhogen. Daarbij is het belangrijk dat een koppeling wordt gemaakt tussen de competenties die beoordeeld moeten worden en die oefeningen.

4. PVH-problematiek

Er moet een notitie worden opgesteld door de huisartsopleiding Groningen, waarin alle problemen met betrekking tot selectie en het PVH worden besproken. Deze inventarisatie zal een grote hoeveelheid tijd gaan kosten. Een goed uitgevoerd onderzoek van de problemen zal eventuele toekomstige problemen kunnen voorkomen, zowel op landelijk als op lokaal niveau.

5. Competenties rolmodel en organisator

Om deze competenties goed in kaart te brengen zal er moeten worden gekeken naar de 2 verschillende opties. De eerste optie is het aanpassen van de oefeningen. Door een koppeling te maken tussen de competenties en de oefeningen ontstaan er nieuwe simulaties. Het gedrag dat in deze simulaties wordt getoond ligt daardoor dicht bij het gedrag dat getoond wordt in de realiteit. Bij de tweede optie worden de HAO's door middel van visitatie bezocht. Tijdens deze visitaties wordt gekeken naar het vertoonde gedrag van de HAO. Beide opties zijn plausibel, maar vergen meer onderzoek om te kijken welke het meest praktische is.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	7
Inleiding	8
Hoofdstuk 1. De huisartsopleiding Groningen beschreven	9
Hoofdstuk 2. Het probleem geanalyseerd	11
Hoofdstuk 3 Het onderzoek	13
§ 3.1 Probleemstelling.....	13
§ 3.2 Onderzoeksvragen	13
§ 3.3. Doelgroep	13
§ 3.4 Gehanteerde methoden/technieken	13
§ 3.4.1 Onderzoek naar de huidige selectieprocedure	14
§ 3.4.2 Onderzoek naar beschikbare selectie-instrumenten	14
§ 3.5 Verwoording onderzoeksmodel.....	15
Hoofdstuk 4 De onderzoeksresultaten	16
§ 4.1 Onderzoeksvraag 1	16
§ 4.1.1. Conclusie onderzoeksvraag 1	18
§ 4.2. Onderzoeksvraag 2	19
§ 4.2.1 Conclusie onderzoeksvraag 2.....	24
§ 4.3. Onderzoeksvraag 3	25
§ 4.3.1 Conclusie onderzoeksvraag 3.....	28
Hoofdstuk 5 Advies	29
§ 5.1 PVH-problematiek	29
§ 5.2 Competenties rolmodel en organisator.....	29
§ 5.3 Proeftijd.....	30
§ 5.4 Subjectieve criteria	30
§ 5.5 Assessment.....	31
Hoofdstuk 6 Implementatieplan	32
§ 6.1 Proeftijd.....	32
§ 6.2 Subjectieve criteria	32
§ 6.3 Assessment.....	33
§ 6.4 PVH-problematiek	33
§ 6.5 Competenties rolmodel en organisator.....	33
Begrippenlijst	35
Literatuurlijst.....	36
Bijlage 1 Formatie huisartsopleiding	37
Bijlage 2 Organigram huisartsopleiding.....	39
Bijlage 3. Criteria HVRC & CHVG	40
Bijlage 4 Opzet interview respondenten	42
Bijlage 5 Anoniem gespreksverslag	43
Bijlage 6 Verwerken gespreksverslagen	47
Bijlage 7. Selectieprofiel huisartsopleider PVH.....	50
Bijlage 8. Competentieprofiel huisarts PVH.....	51
Bijlage 9. Programma introductiecursus.....	52
Bijlage 10. Implementatieschema's.....	53

Voorwoord

Het advies dat voor u ligt is tot stand gekomen door het uitvoeren van een afstudeeropdracht voor de opleiding personeelsmanagement aan de Hanzehogeschool te Groningen.

De afstudeeropdracht heeft plaats gevonden bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), specifiek de huisartsopleiding Groningen. Ik ben begonnen met mijn opdracht op 26 februari 2007 en heb de eindversie ingeleverd op 21 mei 2007.

In overleg met zowel mijn praktijk- als stagebegeleider heb ik het volgende onderwerp van mijn afstudeeropdracht bepaald: Welke selectie-instrumenten heeft de huisartsopleiding Groningen nodig om te bepalen of een kandidaat huisartsopleider beschikt over de gewenste competenties?

Deze opdracht is tot stand gekomen in samenwerking met het Wenckebach Instituut, onderdeel van het UMCG. Na de initiële sollicitatie- en kennismakingsgesprekken bracht Dr. Jan Pols mij in contact met Dr. Boendermaker. Deze gaf aan een opdracht te kunnen verstrekken met betrekking tot de selectieprocedure van de huisartsopleiding Groningen. De affiniteit die ik met dit onderwerp heb ontleed ik aan twee dingen. Ik kom uit een familie met een medische achtergrond. Een afstudeerplek in de medische wereld leek mij daarom interessant. Daarnaast heb ik sinds mijn stage bij Brunel Engineering International sterke affiniteit met werving en selectie.

De volgende mensen wil ik graag bedanken voor hun hulp bij de totstandkoming van mijn afstudeeropdracht:

- Drs. Reinout van der Eijk, voor de praktijkondersteuning tijdens mijn periode bij het UMCG;
- Dr. Peter Boendermaker, voor zijn steun en bijna oneindige bereikbaarheid om mij te helpen;
- Dhr. Pieter Rijsten, voor zijn ondersteuning vanuit de Hanzehogeschool;
- Dhr. Ad Peelen, voor zijn kritische blik en snelle vervanging;
- Prof. dr. Luc Sels, voor het beantwoorden van mijn vragen over het assessment;
- Prof. dr. Jan Derks, voor het helpen verzamelen van empirische gegevens over selectiemethodieken;
- Drs. Jan Schuling, Drs. Peer van Haaren, Dr. Frank Baarveld voor hun medewerking aan de interviews;
- Dr. Jan Pols, voor het helpen totstandkomen van de afstudeeropdracht namens het Wenckebach Instituut;
- Mijn collega's van de afdeling huisartsopleiding voor het creëren van een prettige werkomgeving.

Inleiding

In het kader van deze afstudeeropdracht is er onderzoek gedaan naar de selectieprocedure bij de huisartsopleiding Groningen. De huisartsopleiding Groningen is een onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en is verantwoordelijk voor het opleiden van artsen tot huisartsen en huisartsopleiders (HAO). Deze HAO is verantwoordelijk voor de opleiding van een arts in opleiding tot specialist (aios) in zijn/haar praktijk gedurende een jaar. Met specialist wordt in deze context de huisarts bedoeld. De huisartsopleiding Groningen ondersteunt beide groepen gedurende hun opleiding- en begeleidingstraject.

Het begeleiden van een aios door een huisarts stelt naast huisartsgeneeskundige vaardigheden ook eisen op het vlak van didactische vaardigheden, reflectie op het professioneel functioneren en facilitaire randvoorwaarden. Deze eisen zijn geformuleerd door het onlangs afgesloten landelijk Project Vernieuwing Huisartsopleiding (PVH). Tijdens dit project is een competentieprofiel vastgesteld waarin wordt beschreven over welke competenties een huisartsopleider moet beschikken om zijn vak uit te kunnen oefenen. Tijdens de selectieprocedure wordt geprobeerd om deze competenties zo goed mogelijk in kaart te brengen. De huidige procedure is niet gestructureerd, is sterk afhankelijk van de beoordelaar die de selectieprocedure afneemt en is zeer informeel van opzet. Dit kan tot problemen leiden wanneer de HAO's aan het werk gaan. HAO's die stoppen met het begeleiden omdat ze een verkeerd beeld van het vak van opleider hebben of omdat blijkt dat de HAO niet over de vereiste competenties beschikken hun opleiderschap uit te oefenen. Door het ontbreken van heldere indicatoren is het vergelijken van onderlinge kandidaten moeilijk evenals het toelaten/afwijzen tot de opleiding. Daarnaast wordt het huidige selectieproces matig ondersteund met professionele selectie-instrumenten. Om problemen in de toekomst te voorkomen heeft de huisartsopleiding Groningen besloten om kritisch te kijken naar de selectieprocedure van HAO's. Het onderzoek is verricht naar aanleiding van de probleemstelling:

Welke selectie-instrumenten heeft de huisartsopleiding Groningen nodig om te bepalen of een kandidaat-huisartsopleider beschikt over de gewenste competenties?

De opdrachtgever voor dit onderzoek is Dr. Boendermaker, waarnemend hoofd en coördinator huisartsopleiders. Het doel van dit onderzoek was om de huidige selectieprocedure vast te leggen. Vervolgens is vastgesteld welke competenties van belang zijn bij het selecteren van huisartsopleiders. Tot slot is gekeken naar de validiteit van de selectieprocedure. Dit advies is bestemd voor alle betrokkenen van de huisartsopleiding Groningen evenals overige geïnteresseerde huisartsopleidingen. Hieronder vallen personen die te maken hebben met het selecteren van huisartsopleiders en dit op een professionele en objectieve wijze willen laten plaats vinden. Het advies bestaat uit 6 hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt de huisartsopleiding Groningen beschreven. Hierin wordt een duidelijk beeld geschetst van de situatie waarin het probleem zich afspeelt. Het tweede hoofdstuk wordt het probleem nader bekeken. De belangrijkste oorzaken worden op een rijtje gezet. In het volgende hoofdstuk wordt stil gestaan bij de opzet van het onderzoek. Er wordt uitgelegd hoe er onderzocht is. Het vierde hoofdstuk presenteert de onderzoeksresultaten. Deze resultaten leggen de basis voor het advies, dat in hoofdstuk 5 wordt gegeven. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 besproken hoe de adviezen kunnen worden ingevoerd. Bij de aanduiding van personen is op stilistische gronden gekozen voor 'hij' terwijl het net zo goed, of nog beter, 'zij' had kunnen zijn.

De begrippenlijst kan worden gevonden op pagina 36. De uitleg van de verwijzingen kan worden gevonden in de literatuurlijst op pagina 37.

Hoofdstuk 1. De huisartsopleiding Groningen beschreven

In dit eerste hoofdstuk wordt de huisartsopleiding Groningen beschreven. Het doel van dit hoofdstuk is een duidelijk beeld te schetsen van de situatie waarin het probleem zich afspeelt. Er wordt eerst een uitleg gegeven van de huisartsopleiding in het algemeen, gevolgd door de situatie in Groningen. Daarna wordt een indruk gegeven van de opleiding tot huisarts. Het project vernieuwing huisartsen heeft een belangrijke invloed op de afdeling. Hier wordt kort bij stilgestaan. Binnen de huisartsopleidingen speelt de huisartsopleider een belangrijke rol. Er wordt uitgelegd wat hun taken zijn. Deze opleiders en de selectietechnieken waarmee zij worden geselecteerd staan centraal in deze opdracht.

De huisartsopleiding

De huisartsopleiding is een driejarige vervolgopleiding aansluitend op de opleiding tot basisarts. Deze opleiding wordt verzorgd door de acht opleidingsinstituten die verbonden zijn aan de universitair medische centra. De taak van een huisartsopleiding is het verzorgen van onderwijs en het opleiden van huisartsen in opleiding en huisartsopleiders. Dit is tevens het primaire proces. De huisartsopleiding Groningen is gevestigd in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). De huisartsopleiding Groningen is verantwoordelijk voor Noord-Nederland. Hieronder vallen Groningen, Drenthe, Friesland, Overijssel en een gedeelte van de noordoost polder. De opleiding beschikt over een staf die voornamelijk academisch is geschoold. Op de afdeling werken veel personen die in deeltijd als huisarts praktiseren en daarnaast onderwijs verzorgen. Er zijn een aantal personen die geen medische achtergrond hebben (facilitaire ondersteuning, methodologen, secretaresses). In totaal zijn er 23,35 FTE werkzaam op de huisartsopleiding. Zie bijlage 1 voor de formatie van de opleiding.¹ Voor een organigram van de huisartsopleiding kan bijlage 2 worden geraadpleegd.

De opleiding tot huisarts

De opleiding tot huisarts is verdeeld in drie periodes van elk circa één jaar. Er wordt gestart en afgesloten met een periode in een huisartspraktijk. In de tweede en derde periode stelt de arts in opleiding tot specialist (aios) in overleg met de opleiding een stagepakket samen. De stage wordt gevolgd in een klinische setting (ziekenhuis, verpleeghuis, GGZ). Elke periode volgt de aios ook een aantal dagen onderwijs. Schematisch ziet het opleidingstraject er als volgt uit:

<u>Opleidingsperiode</u>	<u>Onderdeel</u>	<u>Inhoud</u>	<u>Dagen onderwijs</u>	<u>Duur periode</u>
1	Huisartspraktijk	In deze stage leert de aios het dagelijkse werk van de huisarts uit te voeren.	40-60 dagen	12-15 maanden
2	Externe leerwerkperiode	Deze stage bestaat uit: - 6 Maanden leerwerkperiode acute somatische klachten/aandoeningen (bijvoorbeeld Spoed Eisende Hulpverlening); - 3 Maanden leerwerkperiode chronische ziekten/complexere problematiek; - 3 Maanden leerwerkperiode (acute) psychische problematiek / psychosociale hulpverlening.	36 - 57 dagen	12-15 maanden
3	Huisartspraktijk	In deze stage leert de aios verder op basis van de vorige 2	36 - 72	9-15

		onderdelen.	dagen	maanden
--	--	-------------	-------	---------

Huisartsopleiders

Een huisartsopleider is een huisarts die een arts in opleiding opleidt. Op dit moment zijn er 190 huisartsopleiders actief voor de huisartsopleiding Groningen. Er zijn ongeveer 20 huisartsen die op de reservelijst staan. De huisartsopleider is verantwoordelijk voor het faciliteren van het leerproces van de aios in de praktijk. Hij doet dit door zijn praktijk als stagepraktijk beschikbaar te stellen en zelf als opleider het leerproces te begeleiden. De huisartsopleiding gaat mee in de stroom van competentiegericht opleiden en het zelfsturend leren. De opleiders worden hierdoor nog belangrijker in het leerproces van de aios, dat nog meer praktijkgericht zal zijn: leren van de praktijk. Daarbij moet de aios op zoek naar eigen leerbehoeften, waarbij de opleider meer begeleidt in dat proces dan instructie geeft. De opleider heeft een rol als coach in het leerproces van de aios die zijn inhoudelijke expertise als huisarts aan de aios overdraagt. De opleider is een vraagbaak en vooral een rolmodel voor de aios.¹ Een huisartsopleider ontvangt een vergoeding van circa € 5000,- per jaar voor zijn opleiderschap. Dit bedrag is voornamelijk bedoeld om de noodzakelijk aanpassingen in zijn praktijk te financieren. Ook wanneer er niets hoeft te worden aangepast wordt het bedrag uitgekeerd. In 2006 namen 149 aios deel aan het opleidingsprogramma. Hoewel het op het eerste gezicht lijkt dat er een overschat aan opleiders is, is dit niet het geval. Veel aios volgen de studie in deeltijd, hetgeen betekent dat het opleidingstraject langer duurt. Daarnaast zitten er regelmatig meerdere opleiders in 1 praktijk. Tegen de verwachting in, kan een dergelijke praktijk maar 1 aios begeleiden vanwege de beschikbare tijd en het aantal beschikbare patiënten.²

Het project vernieuwing huisartsopleiding

De huisartsopleiding Groningen heeft in toenemende mate te maken met de aanbevelingen van het Project Vernieuwing Huisartsopleiding (PVH). Het PVH is in het leven geroepen om op landelijk niveau vorm en inhoud te geven aan modernisering van een aantal aspecten van de huisartsopleiding. Hieronder vallen de o.a. de instroom, capaciteit en flexibilisering van de opleiding. Onder de uitbreiding van instroom en capaciteit vallen de wervings- en selectieactiviteiten die een huisartsopleiding ontplooid. Een product van dit project is het competentieprofiel met betrekking tot kandidaat- opleiders. De adviezen van het PVH zijn niet bindend, maar zijn wel belangrijk. Daarnaast is de toenemende marktwerking een stimulans binnen de gezondheidssector. Dit betekent dat van huisartsopleidingen wordt verwacht dat zij zich steeds meer gaan toeleggen op de kwaliteit van hun opleiding. Tot slot heeft de praktijk aangetoond dat een aantal problemen voorkomen hadden kunnen worden als er zorgvuldiger was geselecteerd aan het begin van het traject tot opleider.

De opdracht

De opdrachtgever voor dit onderzoek heeft na het afsluiten van het PVH-project in april 2006 gekeken naar de adviezen die het PVH heeft uitgebracht. De adviezen van het PVH dienen nu geleidelijk aan te worden ingevoerd. De opdrachtgever twijfelt over de bruikbaarheid van het PVH-selectieprofiel en vroeg zich af in hoeverre de huidige selectieprocedure deze competenties in kaart brengt. Daarnaast wil de opdrachtgever dat het selectieproces wordt vastgelegd en een advies hoe dit vanuit bedrijfskunde/HRM-oogpunt verbeterd kan worden.

Samenvatting

In het voorgaande is de situatie omschreven waarbinnen de afstudeeropdracht zich afspeelt. De huisartsopleiding Groningen is onderdeel van het UMCG en heeft als taak het verzorgen van onderwijs en het opleiden van huisartsen in opleiding en huisartsopleiders. De taak van een huisartsopleider is het faciliteren van het leerproces van de aios in de praktijk. Onderdeel van de afdeling is de werving en selectie van nieuwe huisartsopleiders. Het PVH-project heeft ervoor gezorgd dat de huisartsopleiding haar selectieprocedure wil analyseren.

Hoofdstuk 2. Het probleem geanalyseerd

In het vorige hoofdstuk is een beschrijving gegeven van de huisartsopleiding Groningen, het leertraject voor aios en de rol van de opleiders daarin. Nu dit beeld gevormd is, wordt in dit hoofdstuk gekeken naar het probleem waar deze opdracht zich op richt, namelijk de selectie-instrumenten van de huisartsopleiding. Wat is hiermee aan de hand en waarom moet dit worden verbeterd? In dit hoofdstuk wordt hier een antwoord op gegeven.

De gebruikte selectie-instrumenten

Op dit moment hanteert de huisartsopleiding Groningen twee instrumenten om de selectie onder toekomstige huisartsopleiders uit te voeren. Het eerste instrument is het kennismakingsgesprek. Het kennismakingsgesprek heeft als doel de kandidaat-opleider kennis te laten maken met de huisartsopleiding Groningen. Tijdens dit gesprek wordt uitgelegd wat het opleiden van een aios inhoudt en de eisen die daarbij horen. Aan dit gesprek is geen selectieve beslissing verbonden. Wel wordt er geprobeerd om de kandidaat-opleider een spiegel voor te houden zodat deze nadenkt over de gevolgen van het opleiden voor zijn praktijk. Ook worden de officiële criteria van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) aan de kandidaat-opleider voorgelegd. Deze criteria moeten ervoor zorgen dat de juiste randvoorwaarden voor het opleiden aanwezig zijn. De criteria van de HVRC staan in bijlage 3. De introductiecursus is het tweede instrument. Tijdens deze introductiecursus wordt door middel van rollenspelen, interviews, theorie en observatie gekeken naar de kandidaat-opleiders. Aan deze cursus is een selectieve beslissing verbonden. Kandidaat-opleiders krijgen dus na deze introductiecursus te horen of ze worden toegelaten. Deelname aan de introductiecursus is verplicht voor kandidaat-opleiders.

Problemen met de selectie-instrumenten

De opdrachtgever vindt dat er te weinig objectieve informatie voor handen is om een beslissing te nemen. Op dit moment wordt er voornamelijk gewerkt op basis subjectieve selectiecriteria, zoals persoonlijke gevoelens en meningen van de personen die het selectietraject uitvoeren. Het ontbreken van objectieve selectiecriteria is voor de beoordelaars een probleem. Op dit moment kunnen beslissingen onvoldoende worden onderbouwd. Tot slot zou een betere selectieprocedure moeten leiden tot minder 'probleemopleiders', wat de kwaliteit van de afdeling ten goede komt. Tijdens de invoering van deze adviezen zijn de beoordelaars aangelopen tegen de beperkte gebruikswaarde van het PVH-selectieprofiel. Er wordt door het PVH verwacht dat de opleiding het selectieprofiel hanteert. Wanneer dit niet gebeurt zonder dat hiervoor voldoende argumentatie wordt gegeven, kan de opleiding haar opleidingsbevoegdheden verliezen. Tot nu toe is er niet veel aan het probleem gedaan. De voornaamste reden hiervoor is dat er geen tijd en evidente noodzaak is geweest om dit probleem op te lossen en dat de prioriteiten de afgelopen tijd elders hebben gelegen.

Voornaamste betrokkenen

De voornaamste betrokkenen zijn degene die de beslissing moeten nemen tijdens de selectieprocedure, namelijk het opleiderteam. Het opleiderteam (O-Team) bestaat uit vier personen die verantwoordelijk zijn voor o.a. het uitvoeren van de huidige selectieprocedure. Het O-Team bestaat uit:

- Dr. Peter Boendermaker (Waarnemend hoofd Huisartsopleiding Groningen / Coördinator opleiders);
- Drs. Peer van Haaren (Gedragswetenschapper);
- Dr. Jan Schuling (Voormalig hoofd opleiding);
- Drs. Reinout van der Eijk (Huisartsopleider en huisartsgroepsbegeleider).

Daarnaast is Dr. Frank Baarveld als hoofd van de opleiding betrokken bij de selectieprocedure.

De gewenste situatie

De gewenste situatie is een situatie waarin de selectieprocedure voldoende objectieve handvatten biedt. Hierdoor kunnen de betrokkenen onderbouwde beslissingen nemen. Het moet voor kandidaat-opleiders transparant zijn waarop zij worden getoetst gedurende de selectieprocedure. Daarnaast wil de opleiding over een valide selectieprocedure beschikken.

Samenvatting

De afdeling gebruikt op dit moment twee selectie-instrumenten, het kennismakingsgesprek en de introductiecursus. De opdrachtgever is van mening dat de selectie-instrumenten niet voldoen. Er wordt voornamelijk gewerkt op basis van subjectieve selectiecriteria. Hierdoor hebben de beoordelaars moeite met het nemen van een beslissing. De invoering van de PVH-adviezen leidt tot problemen. Het geadviseerde selectieprofiel heeft een zeer beperkte gebruikswaarde wat waardoor de beoordelaars het niet gebruiken. Dit selectieprofiel kan niet zomaar worden genegeerd. Gebeurt dit zonder voldoende argumentatie, dan kan de opleiding haar opleidingsbevoegdheden verliezen. Er moet daarom gekeken worden hoe valide de huidige selectieprocedure is. Dit wordt in het volgende hoofdstuk gedaan.

Hoofdstuk 3 Het onderzoek

Nu het probleem is geanalyseerd kan er begonnen worden met het onderzoek. In dit hoofdstuk wordt de opzet en de uitvoering van het onderzoek besproken. Er wordt begonnen met de probleemstelling te formuleren. Om de probleemstelling te beantwoorden zijn onderzoeksvragen opgesteld. Aan de hand van de onderzoeksvragen is er onderzoek gedaan naar over welke competenties een kandidaat-opleider moet beschikken. Er is gekeken hoe de huidige procedure vorm is gegeven en welke instrumenten kunnen worden ingezet om deze te verbeteren. Bij elk onderzoek is een methode beschreven. Het totale onderzoek is samengevat in het onderzoeksmodel.

§ 3.1 Probleemstelling

Uit het vorige hoofdstuk komt naar voren waaruit blijkt dat de huidige selectie-instrumenten niet voldoen. Daarom is de volgende probleemstelling geformuleerd:

'Welke selectie-instrumenten heeft de huisartsopleiding Groningen nodig om te bepalen of een kandidaat-huisartsopleider beschikt over de gewenste competenties?'

§ 3.2 Onderzoeksvragen

Er zijn verschillende onderzoeksvragen nodig om de verschillende aspecten van een probleem te kunnen onderzoeken. (Baarda & De Goede, 2001) Op basis van de probleemstelling, kunnen de volgende onderzoeksvragen worden opgesteld:

1. Over welke competenties moet een kandidaat-huisartsopleider beschikken?
2. In hoeverre is de huidige procedure toereikend om de vereiste competenties te kunnen vaststellen?
3. Welke selectie-instrumenten en -methodieken kunnen worden gebruikt om het huidige selectieproces te verbeteren?

§ 3.3. Doelgroep

De doelgroep voor dit onderzoek bestaat uit de mensen van het O-Team en dr. Frank Baarveld. Wanneer er in deze notitie wordt gesproken over respondenten, dan wordt deze doelgroep bedoeld. De samenstelling van het O-Team is terug te vinden in hoofdstuk 2.

§ 3.4 Gehanteerde methoden/technieken

Er zijn twee van de drie beschikbare methoden ingezet om informatie in te winnen. De voornaamste informatie is verkregen door middel van mondelinge interviews. De informatie is aangevuld met bestaande informatie, ofwel deskresearch. Daarnaast zou er gebruik worden gemaakt van observaties om de verschillende onderzoeksvragen te beantwoorden, dit is niet gelukt. De introductie cursus staat gepland voor later dit jaar. Het kennismakingsgesprek heeft niet plaats gevonden omdat één nieuwe kandidaat zich heeft aangemeld tijdens de onderzoeksperiode. Tijdens het kennismakingsgesprek met deze kandidaat was de afstudeerder verhinderd.

Het onderzoek is opgedeeld in twee gedeelten, namelijk:

1. Onderzoek naar de huidige selectieprocedure;
2. Onderzoek naar beschikbare selectiemethodieken.

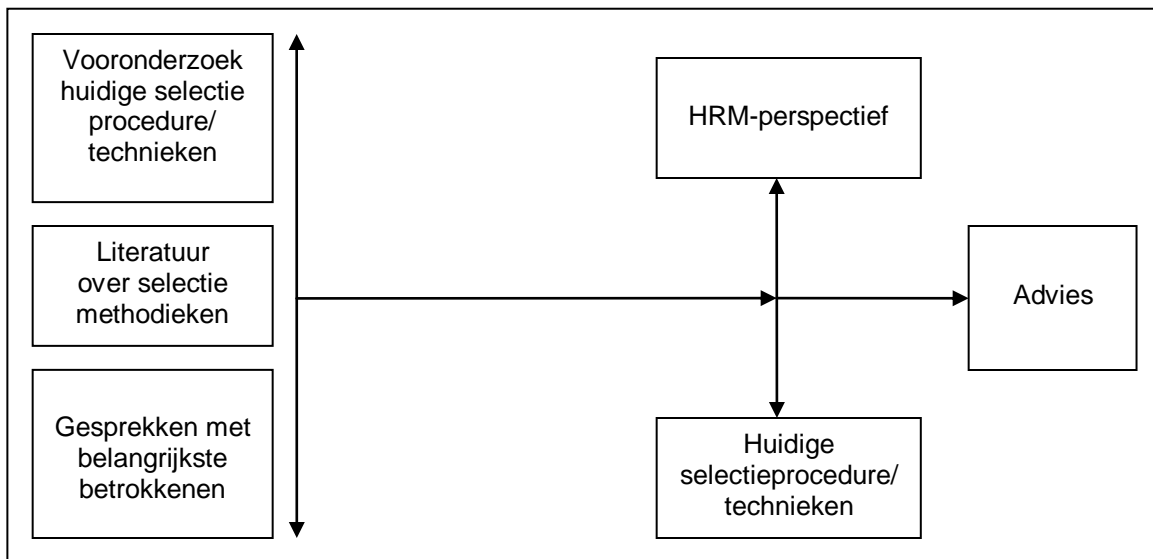
§ 3.4.1 Onderzoek naar de huidige selectieprocedure

Met behulp van bestaande informatie is een beeld gevormd van de technieken die gehanteerd worden bij de selectieprocedure. Door middel van mondelinge interviews is informatie verkregen over de competenties die volgens de respondenten belangrijk zijn. Er is vast gesteld welke methoden er op dit moment worden gebruikt en hoe bruikbaar het competentieprofiel van het PVH is. De doelgroep voor het interview waren de leden van het O-Team en dr. Frank Baarveld. Het O-Team is geïnterviewd omdat zij de selectieprocedure uitvoeren. Dr. Frank Baarveld is geïnterviewd omdat hij het hoofd van de huisartsopleiding Groningen is. Hierdoor is hij regelmatig aanwezig bij de selectieprocedure en is bekend met de adviezen van het PVH. Er is gekozen voor interviews omdat er kennis, houdingen en meningen moeten worden verkregen. *'Als het om kennis, houdingen, attitudes of opinies gaat, is het interview de aangewezen methode.'* (Baarda en De Goede, 2001) Het gaat hierbij om ongestructureerde interviews. *'Ongestructureerd wil zeggen dat niet precies vaststaat wat voor informatie je wilt hebben en vooral niet wat voor soort informatie je zult krijgen.'* (Baarda en De Goede, 2001) Aan elke respondent werden dezelfde vragen gesteld. Deze vragen zijn terug te vinden in bijlage 4 De interviews zijn opgenomen op een audiocassette en vervolgens uitgewerkt in compacte gespreksverslagen. Een geanonimiseerd gespreksverslag is terug te vinden in bijlage 5. Na het uitwerken van deze verslagen zijn de antwoorden per vraag vergeleken. De antwoorden van elke respondent zijn in willekeurige volgorde onder elkaar gezet. Hierbij zijn de namen van de respondenten weggelaten om beïnvloeding te voorkomen. Een voorbeeld hiervan is te vinden in bijlage 6. Nadat alle antwoorden onder elkaar waren gezet, is het verslag twee dagen weggelegd. Dit is gedaan om te zorgen dat er met nieuwe energie en een frisse blik naar de antwoorden werd gekeken. Na deze 2 dagen is er gekeken wat de overeenkomsten waren in de antwoorden van de respondenten en werden de meest opvallende uitspraken genoteerd. Vervolgens is er begonnen met het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

§ 3.4.2 Onderzoek naar beschikbare selectie-instrumenten

Naast een inventarisatie van de huidige procedure is gekeken naar alternatieven en hoe de bestaande procedure verbeterd kan worden. Hierbij is de methode van de deskresearch en die van interviews gehanteerd. Er is door middel van deskresearch vanuit een HRM-invalshoek gekeken naar alternatieven en op wat voor manier de bestaande procedure verbeterd kan worden. Er is begonnen met een verkenning langs de verschillende selectie-instrumenten die bestaan. Deze verkenning begon in het boek *'Leerboek Personeelsmanagement'* van Kluytmans (2001)³. Dit boek werd gebruikt om de beschikbare selectie-instrumenten te inventariseren. Vervolgens is *'Human Resource Management: Fundamenten en perspectieven, op weg naar de intelligente organisatie.'* van Vloeberghs (2004)⁴ bestudeert om de het aantal beschikbare instrumenten aan te vullen. Tot slot is er gekeken in *'HRM in breedbeeld.'* van Sels & de Winne (2005)⁵ wat de predictieve validiteit van de verschillende selectie-instrumenten is. *'Predictieve validiteit is de voorspellende kracht van een selectie-instrument, een voorspelling van prestaties in de jobuitvoering.'* (Schmidt & Hunter, 1998)⁶ Tijdens de interviews met de respondenten werd hen gevraagd worden naar alternatieven voor de huidige selectieprocedure.

Het onderzoek is vastgelegd in het volgende onderzoeksmodel⁷:



§ 3.5 Verwoording onderzoeksmodel

Er wordt begonnen met een bestudering van de gebruikte selectietechnieken bij de huisartsopleiding Groningen. De informatie komt voort uit gesprekken met de belangrijkste betrokkenen bij de inzet van deze selectietechnieken, een oriëntatie in de vakliteratuur en een vooronderzoek naar de huidige selectieprocedure. Dit resulteert in een beschrijving van de huidige selectieprocedure en de daarmee gelieerde selectietechnieken. Hierna volgt een toetsing vanuit het HRM-perspectief met de huidige selectieprocedure, hetgeen zal resulteren in een advies waarin aanbevelingen worden gedaan voor het verbeteren van de huidige selectieprocedure.

Samenvatting

Om de probleemstelling te beantwoorden zijn er 3 onderzoeksvragen geformuleerd, die leiden tot 2 onderzoeken. Als eerste wordt er onderzoek gedaan naar de die competenties belangrijk zijn wanneer iemand huisartsopleider wil worden. Dit onderzoek wordt gedaan door middel van gestructureerde interviews. Het tweede onderzoek richt zich op beschikbare selectie-instrumenten. Door middel van deskresearch zal er worden gekeken welke selectie-instrumenten het beste bij de opleiding passen en wat de validiteit van de huidige selectie-instrumenten is.

Hoofdstuk 4 De onderzoeksresultaten

De afstudeeropdracht is te verdelen in 2 onderzoeken. Het eerste onderzoek is een onderzoek naar de huidige selectieprocedure binnen de huisartsopleiding. Hieronder valt een beschrijving van de huidige selectieprocedure en het vaststellen van de vereiste competenties. Dit is gedaan door middel van gestructureerde interviews. Het tweede onderzoek is een onderzoek naar de selectie-instrumenten die kunnen worden gebruikt om het huidige selectieproces te verbeteren. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen.

§ 4.1 Onderzoeksvraag 1

Onderzoeksvraag 1 is: Over welke competenties moet een kandidaat-huisartsopleider beschikken? Het doel van deze vraag is vast te stellen welke competenties de respondenten belangrijk achten. Daarnaast wordt een link gelegd met het PVH-selectieprofiel voor huisartsopleiders. Van dit profiel moet de gebruikswaarde worden vastgesteld. Het selectieprofiel van de huisartsopleider van het PVH kan worden gevonden in bijlage 7. Het competentieprofiel van de huisarts van het PVH kan worden gevonden in bijlage 8.

Als eerste zijn alle respondenten de vraag voorgelegd: *‘Wat maakt volgens u een huisarts tot een goede kandidaat-huisartsopleider?’* Er bestaat consensus over de volgende competenties onder alle respondenten:

Een kandidaat-huisartsopleider moet:

- Een goed rolmodel zijn voor zijn aios met betrekking tot het huisartsgeneeskundig handelen;
- In staat zijn te kunnen reflecteren op zijn eigen handelen;
- Een goede organisator zijn;
- Houden van zijn vak.

De respondenten zijn gevraagd hoe deze antwoorden moeten worden geïnterpreteerd. Op basis van vergelijking van de antwoorden van de respondenten, komen de volgende beschrijvingen naar voren:

Een goed rolmodel

Een goed rolmodel betekent dat een kandidaat-opleider een goede huisarts is. De volgende vraag die dan wordt gesteld is: *‘Wat maakt iemand tot een goede huisarts?’* Uit de antwoorden van de respondenten kan de volgende definitie worden opgesteld: *‘Een goede huisarts is een huisarts die anno 2007 de goedkeuring kan dragen van het NHG, een vakman is die zijn vak met enthousiasme uitoefent, beschikt over een hoge mate van zelfreflectie en de competenties m.b.t. huisartsgeneeskundig handelen zoals beschreven in het selectiemodel van het PVH voor huisarts, voldoende beheers..* Hierbij moet de opmerking worden gemaakt dat de alle respondenten de verschillende competenties van het PVH-selectiemodel niet even belangrijk vinden. Hierin kan de volgende top 3 worden vastgesteld:

1. Vakinhoudelijk handelen;
2. Arts-patiënt communicatie;
3. Professionaliteit.

In staat zijn te reflecteren op zijn eigen handelen

In staat zijn te reflecteren op zijn eigen handelen betekent dat *'De kandidaat-opleider naar zichzelf kan kijken als een instrument en hetzelfde kan doen bij de aios en daarnaast een koppeling tot stand kan brengen tussen zijn bewuste bekwaamheid enerzijds en het vaststellen van de bewuste onbekwaamheid bij de aios anderzijds.'*

Een goede organisator zijn

Een goede organisator zijn betekent: *'In staat zijn de huisartspraktijk zo in te richten dat de opleider tegemoet komt aan de leerwensen en –behoeften van de aios.'* In de praktijk betekent dit dat de opleider o.a. zijn assistentes goed weet aan te sturen, voldoende patiënten kan doorverwijzen naar de aios, een tweede spreekkamer beschikbaar stelt, etc.

Houden van zijn vak

Houden van zijn vak betekent: *'Enthousiast en gepassioneerd werken als huisarts.'* De opleider met gedreven motivatie zijn werk uitvoeren. Dit betekent dat hij de aios niet ziet als een extra werkkraft, maar iemand waardoor hij nieuwe energie kan putten uit zijn werk. Hij durft door middel van externe reflectie kritisch stil te staan bij zijn handelen. Omdat vast te stellen wat voor de respondenten van belang was, is hen gevraagd een Top 3 samen te stellen uit de vier competenties die worden genoemd. Deze Top 3 ziet er als volgt uit:

1. Over reflectief vermogen beschikken;
2. De huisarts als rolmodel voor de aios;
3. Een goede organisator zijn.

De respondenten zijn gevraagd naar een Top 3 zodat deze bewust worden van hun keuzes. Alle respondenten zijn van mening dat alle genoemde competenties belangrijk zijn maar dat *'deze specifieke competenties zorgen voor een beter leerklimaat van de aios'*. Op de vraag *'Vindt u de competenties die u belangrijk acht terug in het PVH-selectieprofiel?'* wordt bevestigend geantwoord door 4 van de 5 respondenten. Deze respondenten vinden dat hun top 3 voldoende terug is te vinden in het selectieprofiel van het PVH. Op de vraag *'Wat vindt u van de gebruikswaarde van het PVH-selectieprofiel?'* wordt door 4 respondenten het antwoord *'laag'* gegeven. De 5^{de} respondent gaf aan onvoldoende parate kennis van het profiel te hebben om een mening te geven. Vervolgens werd naar de reden voor de lage gebruikswaarde gevraagd. De voornaamste redenen die hiervoor werden genoemd, zijn:

- Het PVH is te optimistisch over wat een beoordelaar kan beoordelen tijdens een introductiecursus. De tijd is zeer beperkt, wat betekent dat slechts een gedeelte van de competenties te toetsen is;
- De meeste competenties zou je *'theoretisch'* kunnen toetsen tijdens de introductiecursus. Een aantal van de, in de ogen van de respondenten belangrijkere, competenties laat zich niet meten tijdens de introductiecursus. Deze competenties kunnen pas later door middel van observatie in de praktijk worden gemeten Dit zijn de competenties met betrekking tot huisartsgeneeskundig handelen en rol als organisator;
- Doordat de kandidaat-opleiders uit hun dagelijkse context worden geplaatst, vermoeden alle respondenten dat het vertoonde gedrag niet overeenkomt met het werkelijke gedrag;
- De gebruikte formulering in het profiel laat zich moeilijk vertalen naar de dagelijkse gang van zaken. Er wordt gesproken over een *'verschil tussen schrijf- en spreektaal, waarvan het PVH-selectieprofiel het prototype is van schrijftaal.'*;
- Het PVH-selectieprofiel zou als een meetinstrument voor een kandidaat-opleider moeten worden gebruikt. Omdat het PVH-selectieprofiel uitgebreid is, zal dit veel tijd kosten. In de huidige situatie wordt dit lastig, gezien de beperkte tijd en stafleden die beschikbaar is voor het selectieproces.

§ 4.1.1. Conclusie onderzoeksvraag 1

Er bestaat een overeenstemming over drie competenties die noodzakelijk worden geacht ten aanzien van een kandidaat-opleider. Dit zijn:

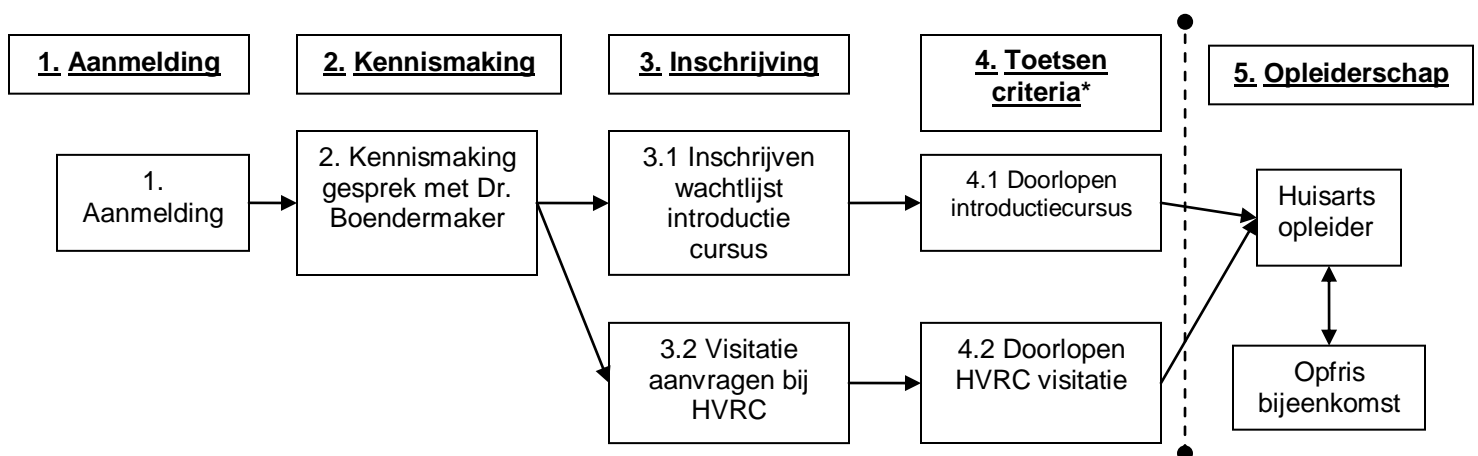
- Over reflectief vermogen beschikken;
- De huisarts als rolmodel voor de aios;
- Een goede organisator zijn.

De respondenten zijn van mening dat deze competenties terug zijn te vinden in het PVH-selectieprofiel. De gebruikswaarde van dit profiel wordt als laag beschouwd. Dit komt voornamelijk door een overschatting van het PVH ten aanzien van beoordelaars. Er zijn problemen met het vertalen PVH-selectieprofiel van '*schrijf-naar spreektaal*'. Een aantal competenties wordt op het verkeerde moment gemeten. Alle respondenten hebben twijfels ten aanzien van het observeren van vertoond gedrag. Een overschatting van het PVH met betrekking tot de beschikbare tijd en personen zorgt voor tijdnood. Daarnaast zijn de rolmodel en organisator competenties maar gedeeltelijk in kaart te brengen tijdens de introductie cursus. Door middel van de visitatie van de HVRC wordt wel gedeeltelijk gekeken of een kandidaat-opleider een goede organisator is, maar dit is niet voldoende.

§ 4.2. Onderzoeksvraag 2

Onderzoeksvraag 2 is: In hoeverre is de huidige procedure toereikend om de vereiste competenties vast te stellen? Het doel van deze vraag was om de huidige procedure in kaart te brengen en of deze volgens de respondenten toereikend is om de vereiste competenties te identificeren. Door het beantwoorden van onderzoeksvraag 1 is vastgesteld welke competenties belangrijk zijn. Daarnaast wordt er gekeken naar wat de respondenten ervaren als de grootste problemen bij de selectieprocedure.

Om te kunnen vaststellen of de huidige procedure toereikend is, zal eerst de huidige procedure in kaart moeten worden gebracht. Door middel van deskresearch en interviews zijn alle stappen van het selectieproces in kaart gebracht. Het deskresearch heeft plaatsgevonden door documenten van de huisartsopleiding Groningen te bestuderen. Het uitgangspunt voor deze deskresearch is een eerder onderzoek, uitgevoerd door FunctieMediair.⁸ In dit onderzoek wordt gekeken naar de toenmalige selectieprocedure en wordt een beschrijving gegeven van de procedure. Ik heb deze beschrijving tijdens de interviews aan de respondenten voorgelegd. Op basis van hun aanvullingen kan het volgende stroomschema worden opgesteld:



Figuur 1. Stroomschema selectieproces

* Zie pagina 20.

Stap 1. Aanmelding

Geïnteresseerde huisartsen melden zich aan bij het secretariaat van de huisartsopleiding of nemen contact op met Dr. Boendermaker. Indien de geïnteresseerde huisarts zich bij het secretariaat meldt, maakt deze een afspraak voor een kennismakingsgesprek. Vervolgens ontvangen de geïnteresseerde huisartsen een uitnodiging voor het gesprek. Tevens krijgt de geïnteresseerde een tweetal artikelen toegestuurd met aanvullende informatie over het opleiderschap.

Stap 2. Kennismaking

Het doel van dit gesprek is kennismaking tussen de huisartsopleiding Groningen en de aangemelde huisarts. Tijdens dit gesprek legt Dr. Boendermaker uit wat het opleiden van een aios inhoudt en welke eisen de huisartsopleiding Groningen stelt aan de toekomstige opleider. Hierbij wordt geprobeerd de geïnteresseerde uit te leggen dat opleiden meer is dan het verlenen van een stageplek. Er wordt uitgelegd dat deelname aan de introductiecursus verplicht is en dat hier een selectieve beslissing aan is verbonden.

Naast deze uitleg worden de officiële criteria HVRC voorgelegd aan de geïnteresseerde. Deze criteria zijn ontstaan op basis van het kader besluit van het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG). Een opsomming van deze criteria staan in bijlage 3. Wanneer de geïnteresseerde huisarts niet kan voldoen aan deze criteria, kan er geen opleiding plaatsvinden. In de praktijk komt dit niet voor, aangezien de HVRC de randvoorwaarden voor het opleiden toetst. Aan deze randvoorwaarden kan makkelijk worden voldaan, omdat het gaat om praktische aanpassingen van de praktijk. Er wordt door de HVRC niet gekeken naar de competenties van een huisartsopleider. De HVRC-criteria zijn landelijk vastgesteld en zijn van toepassing op alle potentiële opleidingspraktijken.

Stap 3. Inschrijving

Na het gesprek met Dr. Boendermaker wordt de geïnteresseerde ingeschreven op de wachtlijst voor de introductie cursus (stap 3.1) en wordt gelijktijdig een aanvraag gedaan bij de HVRC voor visitatie van de potentiële opleidingspraktijk. (stap 3.2). De visitatie van de HVRC mag tot maximaal 8 maanden voor aanvang van de eerste aios in de opleidingspraktijk plaatsvinden. De geïnteresseerde wordt vanaf dit punt 'kandidaat-opleider'. Er vindt geen schriftelijke bevestiging plaats naar de HAO, het is een titel die logisch voortvloeit uit het proces.

Stap 4. Toetsing criteria

Het toetsen van de verschillende criteria gebeurt op twee manieren:

1. Toetsing door de huisartsopleiding Groningen;
2. Toetsing door de HVRC.

Stap 4.1. Toetsing door de HVRC

Terwijl de kandidaat-opleiders op de wachtlijst van de introductie cursus staan, worden ze gevisiteerd door de HVRC. De HVRC toetst de criteria zoals genoemd onder stap 2. Wanneer de kandidaat-opleider hier niet aan voldoet, kan hij niet deelnemen aan de introductie cursus. Wanneer de kandidaat-opleider voldoet aan de eisen wordt hij erkend door de HVRC als opleider. Deze erkenning is 2 jaar geldig. Na 2 jaar vindt een herkeuring plaats.

Stap 4.2. Toetsing door de huisartsopleiding Groningen

De selectie van de huisartsopleiding Groningen geschiedt o.a. door middel van een introductie cursus. Deze introductie cursus wordt ongeveer twee keer per jaar gehouden. De introductie cursus duurt op dit moment 3 dagdelen, van 13.00 op de eerste dag tot ongeveer 16.00 de volgende dag. Binnenkort gaat de introductie cursus 4 dagdelen omvatten, omdat de huidige planning te krap is. Hierdoor raken mensen stafleden in tijdsnood. Tijdens deze introductie cursus wordt door middel van rollenspellen, interviews, theorie en observatie een beeld gevormd door het O-Team over de kandidaat-opleiders. Deze introductie cursus kan worden gezien als een impliciete vorm van assessment. Tot deze conclusie kan worden gekomen als we kijken naar de definitie van een assessment: *'Een assessment is een procedure, waarbij op systematische wijze en met gebruikmaking van zowel groeps- als individuele oefeningen, tests en simulaties, wordt getracht die kwaliteiten vast te stellen die essentieel zijn voor een goede functie-uitoefening van een of meer (toekomstige) medewerkers.'*⁹ De introductie cursus voldoet aan deze definitie. Tijdens de introductie cursus worden de kandidaat-opleiders krijgen te maken met zowel groeps- als individuele opdrachten. Daarbij wordt geprobeerd de kwaliteiten (competenties) vast te stellen die nodig zijn om een goed opleider te worden. De introductie cursus is een procedure aangezien deze volgens een vast patroon verloopt. Het totale programma van de introductie cursus kan worden gevonden in bijlage 9. Na het plaatsvinden van de introductie cursus gaat het opleidingsteam bij elkaar zitten om te evalueren. Alle kandidaten worden besproken.

Per kandidaat wordt besproken wat opviel tijdens de introductiecursus en of de kandidaat huisartsopleider mag worden. Hierbij worden geen expliciete criteria gehanteerd. Er wordt geëvalueerd op basis van vertoond gedrag wat intuïtief wordt beoordeeld door het opleidingsteam. Door de verschillende meningen met elkaar te delen ontstaat er een intersubjectief oordeel over de kandidaat. Na deze evaluatie wordt er contact opgenomen met de kandidaten of ze opleider mogen worden of niet. Met de kandidaten waar het opleidingsteam vraagtekens bij heeft, wordt een gesprek aangegaan door Dr. Boendermaker en een collega uit het O-Team. Dr. Boendermaker voert dit gesprek omdat hij verantwoordelijk is voor het selectietraject.

Hiermee eindigt de selectieprocedure. Voor de overzichtelijkheid zal de laatste stap worden beschreven, zodat een duidelijk beeld kan worden gevormd van het totale proces.

Stap 5. Opleiderschap

Wanneer de kandidaat-opleider zowel de visitatie van de HVRC als de introductiecursus met goed gevolg aflegt, wordt hij aangesteld als huisartsopleider bij de huisartsopleiding. Voordat de opleider zijn eerste aios ontvangt, vindt er een korte opfrisbijeenkomst plaats onder begeleiding van Dr. Boendermaker en Drs. Van Haaren. Tijdens deze bijeenkomst worden de belangrijkste aspecten van de introductiecursus herhaald en kunnen vragen van de potentiële opleiderskant worden beantwoord. Deze bijeenkomst duurt op dit moment ongeveer twee uur. Uit resultaten uit het verleden blijkt dat deze bijeenkomst te kort is. De doelstelling is om lengte deze activiteit uit te breiden naar twee dagdelen. Het streven van de huisartsopleiding is om dan binnen zes tot uiterlijk achttien maanden de eerste aios te plaatsen bij de opleider.

Zolang een huisarts actief als huisartsopleider is, is deze verplicht om acht keer per jaar onderwijs te volgen aan de huisartsopleiding Groningen. De huisartsopleiding ziet deze bijeenkomsten gedurende de eerste twee jaar als een informele 'proeftijd'. Tijdens deze bijeenkomsten wordt stilgestaan bij de (ontwikkeling van) didactische vaardigheden waarover de huisartsopleider moet beschikken. Hoewel de huisartsopleiding Groningen deze bijeenkomsten als verplicht stelt, zijn er geen gevolgen wanneer een opleider afwezig is tijdens deze bijeenkomsten.

Resultaten interviews huidige procedure

Nadat de huidige procedure is vastgesteld is er gekeken of de competenties die in onderzoeksvraag 1 aan bod zijn gekomen, voldoende worden geïdentificeerd om een beslissing te kunnen nemen. Door middel van interviews zijn de respondenten gevraagd een reactie te geven op de huidige procedure, het gebruik van het PVH-selectieprofiel en gevraagd hun problemen/kanttekeningen met mij te delen.

Op de vragen '*Vindt u dat de competenties die u belangrijk vindt voldoende worden gemeten?*' en '*Vind u dat u na de selectieprocedure voldoende informatie hebt om aan de slag te gaan met een kandidaat-huisartsopleider?*' antwoorden alle van de respondenten 'Ja', altijd gevolgd door '*maar...*'. Van de 5 respondenten zijn er 4 van mening dat op dit moment de competenties die zij belangrijk achten voldoende worden gemeten. De huidige procedure biedt niet voldoende informatie om een succesvolle HAO te garanderen, maar het biedt voldoende informatie om een go/no-go beslissing te nemen ten aanzien van het starten van een huisartsopleider. Eén van de respondenten beantwoordde deze vraag met '*Ja, de echte rampen haal je er wel uit.*'. Er zijn zorgen met betrekking tot de groei van de kandidaat-opleider gedurende de eerste twee jaar. Deze belangrijke periode wordt volgens hen onvoldoende in de gaten gehouden. De respondenten vragen zich af hoe je iemand gedurende een langere tijd ('*circa twee jaar*') kan begeleiden.

Dat er een reeks vragen bestaat over dit onderwerp, valt op te maken uit de volgende uitspraak van een respondent: *'Dit levert ingewikkelde situaties op. Een van onze taken als huisartsopleiding is het opleiden van opleiders, dus bieden wij iemand dan wel genoeg opleiding aan waardoor iemand in die twee jaar voldoende kan groeien? Mag je na twee jaar van iemand verwachten dat hij beschikt over de benodigde competenties? Moet dit een spontane groei zijn? Wat is onze rol daarin?'*

De kanttekening die elke respondent plaatst bij de huidige selectieprocedure, specifiek de introductie cursus, is dat het meten altijd *'een gevoelskwestie blijft'*. Er is een gebrek aan objectieve informatie om een beslissing te nemen. Er wordt veel gesproken en waarde gehecht aan *'eerste indrukken'*. De huidige besluitvorming komt tot stand door middel van *'gevormde intuïtie'* en *'intersubjectiviteit'*. Hiermee wordt bedoeld dat *'Elk van de beoordelaars een mening vormt ten aanzien van een kandidaat, waarbij hij luistert naar zijn intuïtie (gevormde intuïtie).'* Deze gevormde intuïtie is eigenlijk de expertise die de beoordelaar onbewust inzet bij zijn werk. Deze mening wordt met de rest van de groep gedeeld, waarbij de meeste stemmen gelden (intersubjectiviteit). Een respondent verwoordde het als volgt: *'Als 5 mensen dezelfde mening hebben, dan zal het wel kloppen'*. Door deze intersubjectiviteit ontstaat een positief of negatief beeld van de kandidaat, met daaraan gekoppeld een beslissing.

Een ander probleempunt dat naar voren komt is dat er weinig zicht is op de vertaalslag die een opleider moet kunnen maken van leerplan naar concrete acties. *'De aios stelt een leerplan op waarin hij aangeeft wat hij wil leren en waarom hij dat wil leren. Vervolgens moet er, in samenspraak met de opleider, gekeken worden hoe dit leerplan kan worden geoperationaliseerd. Wij krijgen hier tijdens de introductie cursus weinig zicht op, wat jammer is. Daar valt namelijk de winst te halen voor de aios in de praktijk.'*; aldus 2 respondenten.

Een veel besproken punt is dat alle respondenten het erover eens zijn dat de kandidaten moeilijk te beoordelen zijn omdat deze *'uit hun context zijn gehaald'*. Waarom dit een probleem vormt, wordt weergegeven in de volgende uitspraak van een respondent: *'Een aantal vaardigheden laat zich niet meten tijdens de introductie cursus; dit zijn vaardigheden die pas tijdens in de praktijk zichtbaar worden. Tijdens de introductie cursus geven ze wel aan dat ze vaardigheden zullen toepassen, maar hoe kunnen wij dat controleren? Ook krijg je geen indruk van de sfeer in de praktijk, de opleider in zijn natuurlijke omgeving, hoe hij met zijn patiënten en assistentes omgaat, etc. Dit vormt een essentieel onderdeel van het opleiden, in mijn ogen. Pas wanneer we in de praktijk zicht krijgen op de competenties, kunnen we daadwerkelijk gaan leren en sturen.'* Volgens de respondenten doet dit probleem zich voornamelijk voor wanneer er wordt geprobeerd zicht te krijgen op het huisartsgeneeskundig handelen van de kandidaten.

De laatste veel geplaatste opmerking bij deze vraag gaat over het visitatievraagstuk. Alle respondenten hebben aangegeven dat ze graag bij de opleiders langs zouden willen gaan om te kijken hoe deze in de praktijk functioneert. Tot op een paar jaar geleden werd dat ook gedaan door de eigen visitatiecommissie. Tegenwoordig zijn alle visitatie gecentraliseerd en worden uitgevoerd door de HVRC. Hierdoor missen de beoordelaars een belangrijk stuk van de selectie. *'Het is minstens net zo belangrijk hoe een kandidaat functioneert in zijn eigen praktijk, als in de oefeningen.'* Er zijn 3 respondenten geven aan dat dit niet mogelijk is met de beperkte tijd en staf die voor handen is. *'Als we een paar man extra hadden, zou dit best kunnen worden opgenomen. Maar nu is dat nog toekomstmuziek.'* De overige 2 respondenten vinden dat het nu wel mogelijk is, *'als er wat harder aan de kar wordt getrokken'*.

Een onderwerp dat tijdens de interviews vaak naar boven kwam, maar niet directe relevantie heeft met deze onderzoeksvraag is de krapte met betrekking tot de beschikbaarheid van kandidaat-opleiders. De huisartsopleiding Groningen zit op dit moment nog in de luxe positie dat nieuwe kandidaat-opleiders zich spontaan aanmelden. Het totale aantal opleiders is echter net toereikend. Er is wel een surplus, maar dit is niet groot. De economische wet van vraag & aanbod speelt hierdoor een impliciete rol in de zwaarte van het selectieproces. Anders geformuleerd: *'Wanneer de selectieprocedure te zwaar wordt, houden we te weinig opleiders over.'* aldus een van de respondenten.

Conclusie interviews

De huidige selectieprocedure biedt de beoordelaars voldoende informatie om iemand toe te laten. Hierbij zijn deze van mening dat hun manier van beoordelen voornamelijk is gebaseerd op subjectieve criteria. De slechtste kandidaten worden er op dit moment uitgehaald. Er zijn zorgen over de begeleiding van de HAO tijdens de eerste 2 jaar. Het moet duidelijk worden hoe deze HAO's kunnen worden begeleidt. Ook moet er worden gekeken of een HAO zijn aios voldoende ondersteunt bij het omzetten van een leerplan naar acties. Op dit moment is daar te weinig zicht op. De HAO worden tijdens de introductie cursus uit hun context gehaald. Dit zorgt volgens de respondenten voor een vertekend beeld van de kandidaten. Een bezoek aan de praktijk van HAO's zou een oplossing kunnen zijn volgens de respondenten. Tot slot wordt aangegeven dat het aantal aanmeldingen van nieuwe HAO's niet voldoende is. Op dit moment melden zich nog voldoende opleiders aan, maar in de toekomst zal dit vermoedelijk niet het geval zijn.

Oefeningen introductie cursus

Naast de interviews is er deskresearch gedaan naar een aantal oefeningen die tijdens de introductie cursus worden gebruikt. Deze deskresearch bestond uit het lezen en analyseren van de verschillende oefeningen die gebruikt worden tijdens de introductie cursus. Vervolgens werden deze oefeningen met een aantal criteria getoetst. Deze criteria zijn terug te vinden in '*Praktische toepassing van het assessment center*'⁵. Wanneer aan deze criteria wordt voldaan is er sprake van valide oefeningen. De oefeningen bestaan uit rollenspellen die proberen een opleidingssituatie in een opleiderpraktijk te simuleren. Na het lezen van de oefening en een vergelijking met de criteria, vielen de volgende dingen op:

- Er is een uitvoerige beschrijving per casus aanwezig over wat het probleem is;
- Er wordt in een paar gevallen een brug geslagen tussen eerder besproken theorie en de oefening;
- Er wordt niet besproken wat het doel van de oefening is;
- Het is niet duidelijk welke aspecten beoordeeld worden tijdens de oefening;
- Het is niet helder wat er verwacht wordt van de deelnemers en uitvoerders;
- De beschikbare tijd per rol of voor de totale oefening wordt niet gegeven;
- De doelen van beide spelers zijn niet vastgelegd;
- Er wordt niet besproken welk gedrag de spelers moeten vertonen, indien nodig;
- Het is niet duidelijk of en hoe er geëvalueerd wordt na de oefening;
- Er wordt niet besproken wat voor advies er wordt aangereikt of wat daarmee gedaan wordt;
- Er ontbreekt een eenduidige structuur in de oefeningen, zowel cosmetisch als praktisch;
- Er wordt niet besproken welke competenties belangrijk worden geacht voor deze oefening;
- Er wordt niet besproken wat er verwacht wordt van de assessors*.

Er moet hier wel de opmerking worden geplaatst dat de oefeningen alleen schriftelijk zijn geanalyseerd. Er is geen observatie gedaan om deze bevindingen te verifiëren.

Conclusie oefeningen

De oefeningen die gebruikt worden tijdens de introductie cursus schiet op een aantal punten tekort. Het belangrijkste punt is het ontbreken van verwachtingen van de assessors (waar wordt op gelet?), de koppeling tussen de oefening en datgene waarop uiteindelijk beoordeeld wordt (de competenties die voortkomen uit onderzoeksvraag 1) en het expliciet communiceren van de competenties die belangrijk worden geacht voor deze oefening en het slagen van de introductie cursus in haar algemeenheid.

* Assessor: Beoordelaar/medewerker die als voornaamste taak heeft te waarnemen, horen en zien hoe kandidaten functioneren in een oefening.

Op dit moment zijn de oefeningen niet valide. Pas wanneer de oefeningen worden aangepast volgens de punten die hierboven staan zijn de oefeningen valide.

§ 4.2.1 Conclusie onderzoeksvraag 2

De huidige procedure is op te delen in de volgende stappen:

1. Aanmelding
2. Kennismaking
3. Inschrijving
 - 3.1 Inschrijven wachtlijst introductie cursus
 - 3.2 Visitatie aanvragen bij de HVRC
4. Toetsen criteria
 - 4.1 Doorlopen introductie cursus
 - 4.2 Doorlopen HVRC visitatie

Gedurende deze stappen worden de kandidaat-opleiders door middel van een kennismakingsgesprek (gestructureerd interview) en een introductie cursus (assessment) voorbereid op het opleiderschap. De introductie cursus is verplicht en aan deze cursus is een selectieve beslissing gekoppeld. De kandidaat-opleiders worden daarnaast getoetst door de HVRC op een aantal (facilitaire) randvoorwaarden die nodig zijn om als huisarts te kunnen gaan opleiden. De respondenten vinden dat de huidige selectieprocedure voldoende informatie biedt om een voorlopige beslissing te nemen over kandidaat-opleiders. De respondenten zouden graag zien dat er meer op langere termijn (2 jaar) wordt gemeten. Hierbij moet wel worden gekeken wat er mag worden verwacht van een huisartsopleider na deze termijn. Het voornaamste probleem dat naar voren komt aan de hand van deze interviews, is dat bij de huidige selectieprocedure teveel wordt gewerkt met subjectieve criteria zoals gevoelens in plaats van objectieve criteria. Dit biedt niet voldoende houvast om een onderbouwde beslissing te nemen. De respondenten maken o.a. vaak de fout waar te nemen wat hun het meeste aanspreekt (selectieve perceptie) of om eigenschappen die een assessor zelf bezit, aan een ander toe te kennen (projectie). Dit zijn de voornaamste 'valkuilen' waar de assessors van de huisartsopleiding Groningen mee te maken krijgen. De huidige beslissing komt tot stand aan de hand van intersubjectiviteit. Er is onvoldoende zicht op de vertaalslag die een kandidaat-opleider moet kunnen maken van een leerplan naar concrete acties. De respondenten hebben moeite met het feit dat de kandidaat-opleiders uit hun context zijn gehaald en daardoor voor een gedeelte beeld kunnen krijgen op vaardigheden die zich voornamelijk in de praktijk laten zien. Er is een beperkt aantal huisartsen dat zich aanbiedt als huisartsopleider, wat betekent dat de selectieprocedure niet te zwaar moet worden.

De oefeningen die worden gebruikt bij het assessment bevatten een compleet en uitvoerige beschrijving van de casuïstiek, maar schieten op een aantal vlakken tekort. Hierdoor zijn de oefeningen niet valide. De voornaamste problemen die zich voordoen zijn:

1. Het is onduidelijk welke competenties gemeten worden per oefening;
2. Het is onduidelijk wat er van de assessors verwacht wordt.

§ 4.3. Onderzoeksvraag 3

Onderzoeksvraag 3 is: Welke selectie-instrumenten kunnen worden gebruikt om het huidige selectieproces te verbeteren? Nu vast is gesteld wat er moet worden gemeten (antwoord onderzoeksvraag 1) en hoe dat gebeurt (antwoord onderzoeksvraag 2) wordt bij deze onderzoeksvraag kritisch gekeken naar de gehanteerde methoden en worden deze vanuit HRM-optiek beschouwd. Eerder is vastgesteld dat de introductie cursus geldt als een impliciet assessment. Daarnaast kan het kennismakingsgesprek worden gezien als een gestructureerd interview. Met een gestructureerd interview wordt bedoeld dat de interviewer aan alle respondenten dezelfde serie van opgestelde vragen stelt, met als doel gericht informatie te verzamelen (Baarda en De Goede, 2001). Volgens Kluytmans (2005) en Vloeberghs (2005) zijn de volgende selectie-instrumenten beschikbaar:

- Brief/CV
- Interview door organisatie
- Psychologisch (psychometrische) onderzoek
- Sollicitatieformulier
- Grafologie en astrologie
- Referenties controleren
- Stages
- Andere methodes
- Arbeidsproeven (work-sample tests)
- Persoonlijkheidstest
- Algemene intelligentietest
- Biografische vragenlijsten
- Assessments

Sels & de Winne (2005) stelden, op basis van een onderzoek van Schmidt & Hunter (1998), de volgende waarden met betrekking tot predictieve validiteit vast voor de meest gehanteerde selectiemethoden in Nederland en Vlaanderen.

Selectiemethode	Predictieve validiteit jobprestatie
1. Arbeidsproef/simulatie-oefening	0,54
2. GMA (General Mental Ability)-test (intelligentietest)	0,51
3. Gestructureerd interview	0,51
4. Scores van collega's	0,49
5. Test van jobkennis	0,48
6. 'Behavioral consistency'-methode	0,45
7. Proefperiode	0,44
8. Test van integriteit	0,41
9. Ongestructureerd interview	0,38
10. Assessment	0,37
11. Biografische data-analyse	0,35
12. Test naar consciëntieusheid	0,31
13. Referenties checken	0,26
14. Jobervaring (in aantal jaren)	0,18
15. Puntenmethode op basis van opleiding en ervaring	0,11
16. Aantal jaren opleiding	0,10
17. Interesses	0,10
18. Grafologie	0,02
19. Leeftijd	-0,01

Figuur 2 Overzicht van verschillende selectiemethoden gerangschikt naar predictieve validiteit.

Bron: Schmidt & Hunter (1998)

Bij dit overzicht moet een kanttekening worden geplaatst. Bij de score van het assessment is uitgegaan van het Amerikaanse model. Het Amerikaanse model en het Nederlandse model zijn zeer verschillend in opzet. Bij het Amerikaanse model wordt gedurende meerdere dagen gebruik gemaakt van (on)gestructureerde interviews/discussies, managementoefeningen (business games) en persoonlijkheidstests. Dit verklaart de relatief lage score van deze onderdelen in het overzicht. Het Nederlandse model maakt gebruik van capaciteitentests, rollenspellen (in de vorm van werksimulaties) en gestructureerde interviews. De combinatie van capaciteitentests, rollenspellen en gestructureerde interviews maakt de predictieve validiteit van het Nederlandse model hoger dan dat van het Amerikaanse. Deze conclusie is voorgelegd aan prof. Dr. Sels, hoogleraar bij het Research Centre for Organisation Studies te Leuven. Zijn antwoord is het volgende:

'Mijn interpretatie van de relatief lage score, is dat assessments geen vaste inhoud hebben. Ze komen voor in tal van varianten, met soms grote verschillen in het type tests dat geïntegreerd wordt, het aantal beoordelaars, de wijze waarop de besluitvorming plaats vindt (consensusvorming versus majority rule), de lengte (van enkele uren tot twee dagen), de graad van standaardisering (off the shelf versus maatwerk door het bedrijf), etc.

De predictieve waarde van Nederlandse assessments versus de Amerikaanse is beduidend hoger, mits:

- *alle oefeningen 'sample'-gebaseerd zijn;*
- *de oefeningen representatief zijn voor de functie-inhoud;*
- *er meerdere getrainde beoordelaars zijn die op basis van consensus beslissen.'*

In dit overzicht scoort het gestructureerde interview een validiteitcoëfficiënt van 0,51 en het assessment een validiteitcoëfficiënt 0,37 wat een derde en tiende plek oplevert in het overzicht. De beste selectiemethode in dit overzicht is de arbeidsproef/simulatie-oefening (0,54). De arbeidsproef, het gestructureerde interview, het assessment en de proefperiode zijn voorbeelden van 'sample'-oefeningen. De 'sample'-benadering gaat ervan uit dat gedrag uit het verleden (de 'sample') toekomstige gedrag kan voorspellen. De validiteit van de verschillende methodieken is deels situatieafhankelijk. Daarnaast kan de predictieve validiteit van de minder valide technieken oplopen door het combineren van deze technieken met een meer valide techniek. Tot slot garandeert een hogere predictieve validiteit niet een doeltreffende inzet van de selectiemethodiek. Hiermee wordt bedoeld dat er per situatie moet worden gekeken welke selectiemethode het beste kan worden ingezet.⁵

De huidige procedure bij de huisartsopleiding Groningen combineert het assessment met een gestructureerd interview. Hierbij moet worden gezegd dat het assessment voornamelijk gebruikt maakt van oefeningen die 'sample'-gebaseerd zijn (werksimulaties, arbeidsproef). 'Sample'-benaderingen worden in de literatuur gezien als een betere voorspeller dan de 'sign'-benadering. Dit betekent dat de predictieve validiteit van een assessment dat gebruikt maakt van de 'sample'-benadering hoger zal zijn dan van een assessment waarin veel oefeningen met een 'sign'-benadering worden toegepast. De 'sign'-benadering gaat ervan uit dat eenmaal de hypothetische relatie tussen een bepaalde eigenschap (bijvoorbeeld: intelligentie) en een bepaald gedrag empirisch ondersteund wordt, dat deze eigenschap kan worden beschouwd als een teken (sign) dat men in staat is om het gewenste gedrag te vertonen. De oefeningen van de 'sample'-benadering zijn representatief voor de functie-inhoud.¹⁰ Tot slot worden de beslissingen naar aanleiding van het assessment genomen op basis van consensus van getrainde beoordelaars. De beoordelaars zijn in het geval van de huisartsopleiding Groningen niet officieel getraind tot het nemen van die beslissingen, maar compenseren dit door hun jarenlange ervaring met betrekking tot dit selectietraject. Naast het assessment is er een informele proefperiode van 2 jaar. Het gestructureerde interview vindt plaats in de vorm van een 'kennismakingsgesprek' met een kandidaat-opleider.

Kijkend naar de 19 methodieken (figuur 2), dan valt op dat de huisartsopleiding Groningen heeft gekozen voor de meest praktische, relatief korte en goedkope methoden.

De redenen hiervoor zijn:

- Beschikbaarheid van een beperkt budget;
- Beperkte beschikbaarheid van medewerkers en HAO's;
- Beperkte kennis ten aanzien van verschillende selectiemethodieken;
- Wegvallen van de oude visitatieprocedure.

Het zwaartepunt in de procedure is de introductiecursus oftewel het assessment. Voor het voeren van een assessment zijn bepaalde basisvoorwaarden vastgesteld¹¹. Het huidige assessment zal hieronder worden getoetst aan deze basisvoorwaarden. Voordat de basisvoorwaarden worden genoemd moeten de volgende 2 begrippen worden gedefinieerd:

Assessor: Beoordelaar/medewerker die als voornaamste taak heeft om te observeren hoe kandidaten functioneren in een oefening.

Moderator: Verantwoordelijke voor het opzetten van het assessment en het bewaken van de kwaliteit van het assessment.

Hieronder worden de basisvoorwaarden voor een succesvol assessment genoemd.¹¹ Bij elke basisvoorwaarde wordt een vergelijking gemaakt met de introductiecursus.

Basisvoorwaarde voor een succesvol assessment	Vergelijking met introductiecursus huisartsopleiding
Er moet een duidelijke functieanalyse worden gemaakt van de huisartsopleider, hetgeen resulteert in een duidelijk functieprofiel.	Er is geen officiële functieanalyse gemaakt. Er is wel een zeer uitvoerige competentiebeschrijving gemaakt vanuit het PVH-project. Daarnaast bestaat er onder de assessors een gematigde impliciete consensus over wat er getoetst moet worden.
Er moeten meerdere technieken worden gebruikt om tot een oordeel te komen (interviews, vragenlijsten, rollenspellen, etc).	Tijdens het assessment worden rollenspellen ingezet, interviews gehouden, video-oefeningen gepresenteerd, wordt er theorie verklaard en worden mensen door middel van zelfreflectie gedwongen naar zichzelf te kijken.
Er wordt een moderator aangewezen voor het assessment.	Op dit moment is de moderator van het assessment (en het selectietraject in het algemeen) Dr. Boendermaker. Dit is nergens expliciet vastgelegd.
Er moeten simulatiesituaties worden ingebouwd die belangrijke competenties van de huisartsopleider weergeven.	De oefeningen zijn impliciet gebaseerd op de competenties die genoemd zijn onder onderzoeksvraag 1. Het huisartsgeneeskundig handelen is hier een uitzondering op en wordt niet getoetst tijdens het assessment.
De kandidaat-opleider moet in de simulatie zijn gedrag en visie kunnen tonen.	De oefeningen zijn zo opgezet dat de kandidaat opleiders hun gedrag en visie ten aanzien van de verschillende competenties en onderwerpen kunnen laten zien.
De kandidaat-opleider moet vooraf goed geïnformeerd worden, zodat deze precies weet wat er gaat gebeuren.	Dit gebeurt op dit moment niet, althans niet schriftelijk. Het is niet duidelijk hoe de oefeningen verlopen of waarop gelet wordt.
Assessors moeten het gedrag en optreden van de kandidaat-opleiders duidelijk observeren en er individueel aantekeningen over maken.	De assessors observeren de kandidaten los van elkaar en maken individueel aantekeningen om deze vervolgens gezamenlijk te bespreken.
Om een zo objectief mogelijke beoordeling te garanderen moeten er minimaal drie assessors betrokken zijn bij het evalueren van de kandidaat-opleider.	Per assessment zijn er gemiddeld drie assessors, waarbij elke assessor zoveel mogelijk individuele kandidaat-opleiders evalueren.

* Er is gekozen voor minimaal 3 assessors om de objectiviteit van het assessment te waarborgen. Hoe meer assessors, hoe meer aandacht er kan worden besteed aan de individuele deelnemers

De assessors moeten van tevoren getraind zijn om het gedrag van de kandidaat goed te observeren en te beoordelen, maar ook om in bepaalde simulaties te kunnen werken.	De assessors die worden ingezet door de huisartsopleiding Groningen kunnen door hun ervaring met dit traject zowel observeren als beoordelen. Ze kunnen meespelen in bepaalde simulaties mocht dat nodig zijn. Daarnaast zijn er altijd stafleden te vinden die bereid zijn een rol op zich te nemen.
Na afloop van het assessment moeten de assessors hun bevindingen integreren tot één oordeel.	Na afloop van het assessment gaan de assessors bij elkaar zitten om tot een overeenstemming te komen per kandidaat.
De kandidaat-opleider dient achteraf voldoende feedback te krijgen.	Dit gebeurt op dit moment gedeeltelijk. De mensen die worden afgewezen worden uitgenodigd voor een gesprek bij de onderliggende motivatie wordt stilgestaan waarom ze worden afgewezen. Kandidaten die wel door de procedure heen komen, worden hier kort over bericht maar er wordt verder niet bij stilgestaan door de assessors of de moderator.

Ten aanzien van het kennismakingsgesprek kan het volgende worden gezegd. Gezien de unieke aard van het gesprek bij de huisartsopleiding Groningen is het niet mogelijk om conclusies te trekken zonder het gesprek te kunnen observeren. De informatie over dit onderwerp komt uit één bron (Dr. Boendermaker) wat het moeilijk maakt om een objectieve meting te verrichten. Hiervoor zou het gesprek (meerdere malen) moeten worden geobserveerd en vervolgens geanalyseerd. Tijdens de afstudeerperiode bij de huisartsopleiding Groningen heeft dit gesprek éénmalig plaats gevonden. Hierbij was de afstudeerder verhinderd om te observeren.

§ 4.3.1 Conclusie onderzoeksvraag 3

De huidige selectieprocedure zorgt voor voldoende selectie onder de potentiële opleiders. Gezien het budget, de beschikbare tijd en de te toetsen competenties (zoals geïdentificeerd bij onderzoeksvraag 1) kan worden gesteld dat de huisartsopleiding Groningen de juiste keuze heeft gemaakt met betrekking tot de ingezette instrumenten. De instrumenten zijn een natuurlijk alternatief voor de voormalige visitatieprocedure. De gebruikte instrumenten bieden vanuit de literatuur voldoende predictieve validiteit om een goede inschatting te kunnen maken van de potentiële huisartsopleider. Een hogere predictieve validiteit garandeert niet een doeltreffende inzet van gebruikte selectiemethodieken. Situatie en gehanteerde criteria spelen hierbij een rol. Het assessment van de huisartsopleiding Groningen voldoet voor een klein gedeelte aan de punten voor het uitvoeren van een succesvol assessment; er zijn een aantal onderdelen die kunnen worden verbeterd. De huidige oefeningen van het assessment zijn niet valide. Met betrekking tot het kennismakingsgesprek kan weinig worden gezegd. Het is niet mogelijk geweest om een dergelijk gesprek te observeren en de beschikbare informatie is beperkt tot slechts één persoon.

Samenvatting

De beantwoording van onderzoeksvraag 1 heeft de competenties opgeleverd waarop beoordeeld moet worden. Deze komen enigszins overeen met het PVH-selectieprofiel. Vervolgens is bij onderzoeksvraag 2 de huidige selectieprocedure vastgelegd. Bij onderzoeksvraag 3 is een analyse gemaakt van de gebruikte instrumenten. Daarna is vastgesteld op basis van deskresearch dat de selectieprocedure op de meeste punten valide is. De oefeningen voor het assessment moeten wel worden aangepast.

Hoofdstuk 5 Advies

Het is duidelijk dat onderdelen van de selectieprocedure moeten worden aangepast. Er is vastgesteld wat er moet worden gemeten (onderzoeksvraag 1) en hoe er gemeten wordt (onderzoeksvraag 2). Daarna is vastgesteld dat de huidige selectieprocedure wel valide is, maar verbeterd kan worden (onderzoeksvraag 3). De onderzoeksresultaten hebben 5 onderdelen opgeleverd waarop advies kan worden uitgebracht. Dit zijn:

1. PVH-problematiek
2. Competenties rolmodel en organisator
3. Proeftijd
4. Subjectieve criteria
5. Assessment

§ 5.1 PVH-problematiek

De adviezen van het PVH zijn een opzet voor toekomstige selectieprocedures. De producten zijn echter moeilijk toe te passen in de praktijk. Het meest duidelijke voorbeeld hiervan is het PVH-selectieprofiel voor HAO's. Het profiel is zeer uitvoerig en volledig, maar laat zich niet makkelijk vertalen naar praktijksituaties. Vermoedelijk is dit gebeurd omdat elke huisartsopleiding een eigen manier van selecteren hanteert. Door het profiel zo breed mogelijk op te stellen, kan elke opleiding haar eigen manier van selecteren behouden en zo aanpassen dat toch aan de eisen van het PVH wordt voldaan. De competenties die de respondenten belangrijk vinden staan wel in het PVH-selectieprofiel maar zijn moeilijk te vertalen naar een oefening of op te nemen in een gesprek. Men is te optimistisch vanuit het PVH over wat een huisartsopleiding kan meten. Dit valt af te leiden uit de lange lijst met indicatoren die het PVH heeft geleverd voor het beoordelen van kandidaat-opleiders. Men is uit het oog verloren wat, naar mijn mening, de oorspronkelijke opdracht was van de groep die verantwoordelijk is voor het opstellen van het competentieprofiel, namelijk: het verschaffen van een profiel waarmee de verschillende opleidingen praktische methoden konden ontwikkelen voor hun selectieprocedures. Daarnaast was het doel van het PVH om op landelijk niveau consensus te bereiken over de verschillende competenties. Dit is door middel van het competentieprofiel wel gelukt.

Er zou een advies moeten komen vanuit de huisartsopleiding Groningen waarin deze problemen worden aangekaart. Deze afstudeeropdracht kan daarbij als een voorlopige opzet worden gebruikt om aan te tonen dat de gebruikswaarde van het PVH-selectieprofiel op dit moment gering is. Wanneer besloten wordt om een advies uit te brengen richting het PVH, dan moet de huisartsopleiding Groningen zich er van bewust zijn dat dit tijd en inspanning zal kosten om te realiseren. Hiermee kan de huisartsopleiding Groningen zich onderscheiden van de andere opleidingen. Het toont aan dat de opleiding bezig is met de kwaliteit van de opleiding te verhogen.

§ 5.2 Competenties rolmodel en organisator

Wat uit de interviews met de betrokken blijkt, is dat de respondenten ervan overtuigd zijn dat het beeld dat ze van kandidaat-opleiders krijgen:

1. niet volledig is (de competenties m.b.t. rolmodel en organisator kunnen niet worden gemeten);
2. vertekend is (kandidaten worden uit hun context gehaald).

Er zijn twee mogelijkheden om dit probleem op te lossen:

De huidige selectieprocedure moet worden aangepast aan de competenties die gemeten moeten worden. De oefeningen die worden gebruikt moeten gekoppeld worden aan deze competenties. Op deze manier ontstaan er simulaties waarin het vertoonde gedrag dichter bij de realiteit komt te liggen. Een eis die daarbij moet worden gesteld is dat de situatie waarin de simulatie plaatsvindt, zoveel mogelijk op een echte situatie lijkt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het creëren van een oefenpraktijk, inclusief alle attributen waarover een praktijk beschikt. Het voordeel van deze optie is dat de huidige selectieprocedure zich gemakkelijk laat aanpassen. Een nadeel is dat met deze optie het probleem slechts gedeeltelijk wordt opgelost omdat de tijd die beschikbaar is nog steeds zeer beperkt is. Daarnaast blijft het een simulatie en een simulatie laat altijd minder 'normaal' gedrag zien dan de realiteit.

Er kan worden gekozen om de oefeningen minder uitvoerig op te zetten, maar dan zal er een alternatief moeten worden bedacht om de gedragingen zo goed mogelijk in kaart te kunnen brengen. Een visitatie door iemand van het O-Team in de opleiderpraktijk kan hierbij uitkomst bieden. Door de HAO in zijn eigen praktijk gedurende een dag te observeren, kunnen de competenties waar in eerste instantie minder zicht op was, beter in kaart worden gebracht. De groep visitators zal bestaan uit mensen van het O-Team. Deze optie heeft als voordeel dat het gedrag wat in de opleiderpraktijk wordt getoond, een goed beeld geeft van de realiteit. Dit betekent dat in deze optie het 'normale' gedrag het beste kan worden geobserveerd. Een nadeel van deze optie is dat de visitaties veel tijd van de visitators zullen vragen, naast hun huidige werkzaamheden.

§ 5.3 Proeftijd

Uit het onderzoek van Schmidt & Hunter dat bij onderzoeksvraag 3 wordt gepresenteerd, komt naar voren dat een proeftijd beschikt over een hoge predictieve validiteit. Het inzetten van een proeftijd voor HAO's is verstandig, omdat er gedurende de proeftijd een duidelijker beeld ontstaat over de kundigheid van de HAO. Op dit moment is er geen officiële proeftijd voor HAO's. Het is zo dat HAO's gedurende de eerste 2 jaar in een informele proeftijd zitten. Dit is nergens vastgelegd en er is geen feedbackmoment ingebouwd na deze 2 jaar.

Deze proeftijd kan worden ingesteld als een formele proeftijd waarbij begeleiders van het O-Team strenger kijken naar de verwerving van de vereiste competenties. De opleidingsbijeenkomsten zouden hierin een rol kunnen spelen. Op dit moment zijn deze bijeenkomsten een van de weinige gelegenheden waar de groepsbegeleiders zicht krijgt op de vorderingen van de HAO's.[†] Het invoeren van een proeftijd heeft als voordeel hebben dat de huisartsopleiding Groningen makkelijker met probleemgevallen kan omgaan. De kwaliteit van de opleiding gaat daardoor omhoog. Een nadeel is dat het instellen van de proefperiode extra tijd vraagt van alle betrokkenen en dat het kan leiden tot een afname van het aantal beschikbare HAO's.

§ 5.4 Subjectieve criteria

Op dit moment worden beslissingen in de selectieprocedure genomen op basis van subjectieve criteria als gevoelens en meningen van de assessors. Dit biedt niet voldoende houvast om een onderbouwde beslissing te nemen. Dit is een veelgemaakte fout onder assessors.¹⁰ Assessors maken o.a. vaak de fout om dat waar te nemen wat hun het meeste aanspreekt (selectieve perceptie) of om eigenschappen die een assessor zelf bezit, aan een ander toe te kennen (projectie). Dit zijn de voornaamste 'valkuilen' waar de assessors van de huisartsopleiding Groningen mee te maken krijgen. Dit is enerzijds een nadeel omdat het de selectie door de assessors beïnvloedt.

[†] Elke startende opleider wordt alleen in het 1^{ste} opleidingsjaar bezocht door een stafflid.

Anderzijds beschikken de assessors van de huisartsopleiding Groningen over een hoeveelheid ervaring die terug kan worden gevonden in de valkuilen die werden genoemd. In dat geval is het intuïtief beslissen een voordeel. Er zijn methoden voor handen om de kennis en ervaring van de assessoren te bundelen tot een aantal criteria waardoor een objectievere beslissing kan worden genomen. De huisartsopleiding Groningen zou erbij gebaat zijn om een methode te ontwikkelen waarbij oordelen en waarnemen worden gescheiden zodat er een objectiever beeld ontstaat over de kandidaten. Een voordeel van dit advies is dat de kwaliteit van de selectie stijgt wat resulteert in minder probleemopleiders. Een nadeel is dat het trainen van de assessors tijd en geld zal kosten. Hierbij moet wel worden gesteld dat voor een goede selectieprocedure de aanwezigheid van getrainde assessors is vereist.

§ 5.5 Assessment

Het huidige assessment bij de huisartsopleiding Groningen voldoet in enige mate aan de criteria die worden gesteld aan een succesvol assessment. Aangezien het assessment de belangrijkste selectietechniek is zou het verstandig zijn om deze zo valide mogelijk te maken. Door het assessment aan te vullen met de aandachtspunten die bij onderzoeksvraag 2 genoemd worden zal de predictieve validiteit toenemen. Daarnaast levert het een tijdsbesparing op, wat gezien de beschikbare tijd belangrijk is. Het is van belang dat er een koppeling wordt gemaakt tussen de competenties die beoordeeld moeten worden en de oefeningen die tijdens het assessment worden ingezet. Het is belangrijk dat assessors weten waarop gelet moet worden tijdens de oefeningen zodat het assessment transparanter wordt. Hierdoor kan er eenduidiger worden beoordeeld, omdat van te voren vaststaat waarop gelet moet worden. Hierbij moet wel worden gekeken naar welke norm gehanteerd moet worden. Wanneer is iets voldoende of onvoldoende? Dit is een vraag die de huisartsopleiding Groningen zal moeten beantwoorden voordat er daadwerkelijk gemeten kan worden. Wanneer het assessment wordt bijgewerkt volgens de aandachtspunten, zal de kwaliteit van het assessment stijgen. Om deze punten te realiseren zullen de meeste oefeningen van het assessment moeten worden herzien. Aangezien er een redelijk aantal oefeningen gebruikt worden tijdens het assessment, zal dit tijd en energie vergen.

Samenvatting

Er zijn 5 onderdelen waarop advies kan worden uitgebracht. Er is voorgesteld om een advies te schrijven richting het PVH waarin alle problemen worden aangekaart. Daarna wordt beschreven hoe de bepaalde competenties beter kunnen worden geïdentificeerd. Vervolgens wordt gekeken wat de voor- en nadelen van een proeftijd zijn. De subjectieve criteria worden geanalyseerd en er wordt besproken hoe deze kunnen worden aangepast. Tot slot wordt er advies gegeven met betrekking tot het assessment. In dit advies wordt beschreven hoe de predictieve validiteit kan worden verhoogd.

Hoofdstuk 6 Implementatieplan

Naar aanleiding van de adviezen die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven, is een implementatieplan opgesteld. Dit plan heeft als doel de adviezen van een praktische invoering te voorzien. Eerst zal er een onderscheid worden gemaakt in adviezen die op korte- en op lange termijn kunnen worden ingevoerd. Per advies wordt korte beschrijving gegeven van stappen die nodig zijn voor de invoering.

Allereerst moet er worden gekeken welke adviezen op korte termijn kunnen worden geïmplementeerd. Dit zijn:

1. Proeftijd;
2. Selectieve criteria;
3. Assessment.

De adviezen die op middel- of langere termijn kunnen worden geïmplementeerd zijn:

4. PVH-problematiek;
5. Competenties rolmodel en organisator.

De stappen die genomen moeten worden om de adviezen te implementeren worden kort besproken. De stappen zijn terug te vinden in schema in bijlage 10. Er is voor gekozen om geen kostenraming te verbinden aan de verschillende implementaties. De reden hiervoor is dat de huisartsopleiding Groningen van mening is dat het invoeren van de adviezen behoort tot de reguliere werkzaamheden van de opleiding.

§ 6.1 Proeftijd

De proeftijd kan snel worden ingevoerd. Op dit moment is er al sprake van een informele proeftijd. Deze proeftijd moet formeel worden ingesteld en er moet besloten worden welke norm gehanteerd moet worden voor deze proeftijd. Hiervoor kunnen de evaluaties van de HAO door hun aios als basis dienen. Deze kunnen worden gekoppeld aan succesvolle/niet succesvolle begeleidingstrajecten. Daarna moet er gekeken worden welke rol de opleidingsbijeenkomsten kunnen spelen bij deze proeftijd. Er moeten feedbackmomenten worden ingebouwd, waarop stil wordt gestaan bij het opleiderschap van de HAO vanuit het perspectief van de huisartsopleiding. Wanneer een kandidaat-opleider niet door de proeftijd komt, moet er worden nagedacht over de gevolgen hiervan. Een optie hierbij zou het instellen van een verlengde proeftijd kunnen zijn. Hierbij moet gekeken worden hoe deze afwijkt van de reguliere proeftijd, zowel in duur als in norm. De initiator van deze activiteit zou Dr. Boendermaker moeten zijn. Hij is initiator omdat hij eindverantwoordelijke is voor de huisartsopleiders en voorzitter van het O-Team is.

§ 6.2 Subjectieve criteria

De huisartsopleiding Groningen zou erbij gebaat zijn om een methode te ontwikkelen waarbij oordelen en waarnemen worden gescheiden. Op het gebied van het trainen van assessoren zijn vele opleidingen mogelijk. Het meest bekende bureau dat deze trainingen geeft is het trainingsbureau GITP. GITP heeft een vestiging in Groningen en biedt deze trainingen aan voor assessoren. De kosten voor een dergelijke training bedragen € 689,-¹². De training duurt een dag. Er zijn echter voldoende andere bureaus die dezelfde training bieden tegen een lagere prijs. Voor een verkenning langs de verschillende bureaus, kan de afdeling P&O van het UMCG worden ingeschakeld. Voor deze trainingen moet echter verder worden gereisd, wat de totale kosten zal doen stijgen. Voor dit plan is er uit gegaan van een bureau met als locatie Groningen. Naast deze trainingen zijn er verscheidene boeken te vinden waarin de verschillen tussen waarnemen en observeren worden toegelicht. Deze boeken zijn tijdens deze opdracht als zeer informatief en praktisch ervaren. Voor een selectie van deze boeken kan de literatuurlijst worden geraadpleegd.

De initiator voor deze activiteit zou Drs. Van Haaren moeten zijn. Gezien zijn achtergrond als gedragswetenschapper en zijn zitting in het O-Team, is hij de meest geschikte persoon voor deze activiteit.

§ 6.3 Assessment

Het huidige assessment voldoet in enige mate aan de criteria die worden gesteld aan een succesvol assessment. De oefeningen die op dit moment worden toegepast, zouden (gedeeltelijk) moeten worden herschreven om de validiteit van het assessment te verhogen. Daarbij is het belangrijk dat er een koppeling wordt gemaakt tussen de competenties die beoordeeld moeten worden en die oefeningen. Aan de hand van de competenties die in onderzoeksvraag 1 naar voren komen en de aandachtspunten die worden voorgesteld bij onderzoeksvraag 2 zouden de oefeningen relatief snel kunnen worden herzien. De initiator voor deze activiteit zou Drs. Van der Eijk moeten zijn omdat hij vaak tegenspeler is tijdens het assessment en veel oefeningen heeft geschreven. Hij is daardoor bekend met de oefeningen. Daarnaast heeft hij zitting in het O-Team.

§ 6.4 PVH-problematiek

Er moet een notitie worden opgesteld door de huisartsopleiding Groningen, waarin alle problemen met betrekking tot selectie en het PVH worden besproken en teruggekoppeld. Deze inventarisatie zal een grote hoeveelheid tijd gaan kosten. Een goed uitgevoerd onderzoek van de problemen zal eventuele toekomstige problemen kunnen voorkomen, zowel op landelijk als op lokaal niveau. Hiermee wordt bedoeld dat toekomstige landelijke projecten wellicht een andere benadering zullen krijgen dan het PVH. Hiermee wordt bedoeld dat toekomstige projecten meer praktische eindproducten zullen moeten opleveren. Daarnaast kan de huisartsopleiding Groningen onderbouwen waarom er wordt afweken van de adviezen van het PVH. Een dergelijke inventarisatie vraagt om een initiator die kennis heeft van zaken, bekend is met de huisartsopleiding en ervaring heeft met zowel de lokale als landelijke politiek omtrent huisartsopleidingen. De initiator voor deze actie zou Dr. Schuling moeten zijn. Hij is voormalig hoofd van de huisartsopleiding, waardoor hij over de eerder genoemde kwaliteiten beschikt. Daarnaast maakt hij onderdeel uit van het O-Team wat betekent dat hij op de hoogte is van de selectieprocedure. Bij deze implementatie zou Drs. Van Haaren ook een rol kunnen spelen. Hij heeft deelgenomen in de werkgroep die zich bezig hield met de selectieprocedure vanuit het PVH. Dr. Baarveld heeft als hoofd van de opleiding de taak om het schrijven van de notitie te begeleiden en te voorzien van feedback. Het is zijn taak om deze notitie op landelijk niveau bespreekbaar te maken.

§ 6.5 Competenties rolmodel en organisator

Om deze competenties goed in kaart te brengen zal er moeten worden gekeken naar de twee verschillende opties. De eerste optie is het aanpassen van het assessment zodat de competenties die nu onmeetbaar zijn, wel kunnen worden gemeten. De tweede optie is om het assessment minder uitvoerig op te zetten en de competenties door middel van visitatie te meten. Beide opties zijn plausibel, maar vergen meer onderzoek om te kijken welke het meest praktische is. Wat vast staat, is dat beide opties veel tijd zullen vergen en dat voor de verkenning een persoon moet worden aangesteld die bekend is met de oude visitatieprocedure van het HVRC, bekend is met het assessment en moet kunnen vaststellen welk gedrag als norm moet worden gehanteerd tijdens de visitaties. De initiator voor deze actie zou Dr. J. Schuling moeten zijn. Hij is bekend met de oude visitatieprocedure, neemt actief deel aan het assessment en is op dit moment praktiserend huisarts. Hierdoor staat hij dicht bij het vak, wat kan helpen bij het opstellen van de te hanteren norm.

Er kan worden gekozen om de oefeningen minder uitvoerig op te zetten, maar dan zal er een alternatief moeten worden bedacht om de gedragingen zo goed mogelijk in kaart te kunnen brengen. Een visitatie door iemand van het O-Team in de opleiderpraktijk kan hierbij uitkomst bieden. Door de HAO in zijn eigen praktijk gedurende een dag te observeren, kunnen de competenties waar in eerste instantie minder zicht op was, beter in kaart worden gebracht. De groep visitators zal bestaan uit mensen van het O-Team. Deze optie heeft als voordeel dat het gedrag wat in de opleiderpraktijk wordt getoond, een goed beeld geeft van de realiteit. Dit betekent dat in deze optie het 'normale' gedrag het beste kan worden geobserveerd. Een nadeel van deze optie is dat de visitaties veel tijd van de visitators zullen vragen, naast hun huidige werkzaamheden.

Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn per advies de stappen besproken die nodig zijn om de invoering te realiseren. Er is vastgesteld welke adviezen op korte- en op lange termijn kunnen worden geïmplementeerd. Per advies is vastgesteld wie de initiator voor de invoering is. Deze persoon draagt verantwoordelijkheid voor het invoeren van het advies.

Begrippenlijst

UMCG:	Universitair Medisch Centrum Groningen
PVH:	Project Vernieuwing Huisartsopleiding
HAO:	HuisArts Opleider
AIOS:	Arts In Opleiding tot Specialist
O-Team:	Opleider-Team
NHG:	Nederlandse Huisartsen Genootschap
HVRC:	Huisarts, Verpleeghuisarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie
CHVG:	College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten
KNMG:	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Assessor:	Beoordelaar/medewerker die als voornaamste taak heeft om te observeren hoe kandidaten functioneren in een oefening.
Moderator:	Verantwoordelijke voor het opzetten van het assessment en het bewaken van de kwaliteit van het assessment.

Literatuurlijst

1. Website huisartsopleiding Groningen.
<http://www.rug.nl/umcg/faculteit/disciplinegroepen/huisartsgeneeskunde/huisartsopleiding/index>
 2. Jaarverslag huisartsopleiding 2006.
<http://www.rug.nl/umcg/faculteit/disciplinegroepen/huisartsgeneeskunde/Huisartsopleiding/jvs2006.pdf>
 3. Kluytmans, F., (2001) *Leerboek Personeelsmanagement*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV
 4. Vloeberghs, D., (2004). *Human Resource Management: Fundamenten en perspectieven, op weg naar de intelligente organisatie*. Tiel: Uitgeverij Lannoo nv.
 5. Sels & de Winne (2005), *HRM in breedbeeld*. Leuven/België: Uitgeverij Acco
 6. Schmidt, F.L. & Hunter J.E. (1998) *The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theoretical implications of 85 years of research findings*. Psychological Bulletin, 124(2), 262-274
 7. Verschure, P. & Doorewaard, H., (2003) *Het ontwerpen van een onderzoek*. Utrecht: LEMMA BV
 8. Almekinders, W.R. & Vogeler, M.C. (2005) *Arbeidsmarktcommunicatie HAIO's, HAO's & HAB's*. Rapportage door adviesbureau Funktiemediair (<http://www.funktiemediair.nl/>)
 9. Seegers, J. (2006) *Assessment centers: fundament voor HRM*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.
 10. Smit, G.N. (2006) *Personeelsselectie en assessment, wetenschap in de praktijk*. Assen: Van Gorcum BV
 11. Nijssen, A.M. (2004) *Praktische toepassing van het assessment center*. Baarn: Uitgeverij H. Neslissen
 12. Tarieven voor het trainen van assessors, GITP, Groningen
(<http://www.gitp.nl/algemeen.asp?id=32090>)
 13. Website Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
<http://knmg.artsennet.nl/>
 14. Website KNMG Kaderbesluiten
http://knmg.artsennet.nl/content/resources//AMGATE_6059_100_TICH_R157304998197562//
- Algemene theorie, gebruikt bij het bestuderen van vraagstukken en opstellen van dit advies:**
15. Baarda, D.B. & De Goede, M.P.M., (2001) *Methoden en technieken*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV
 16. Kempen, P. & Keizer, J., (2006) *Competent afstuderen en stagelopen*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV
 17. Hanzehogeschool (2006), *Studiehandleiding afstudeeropdracht*, Groningen: Hanzehogeschool

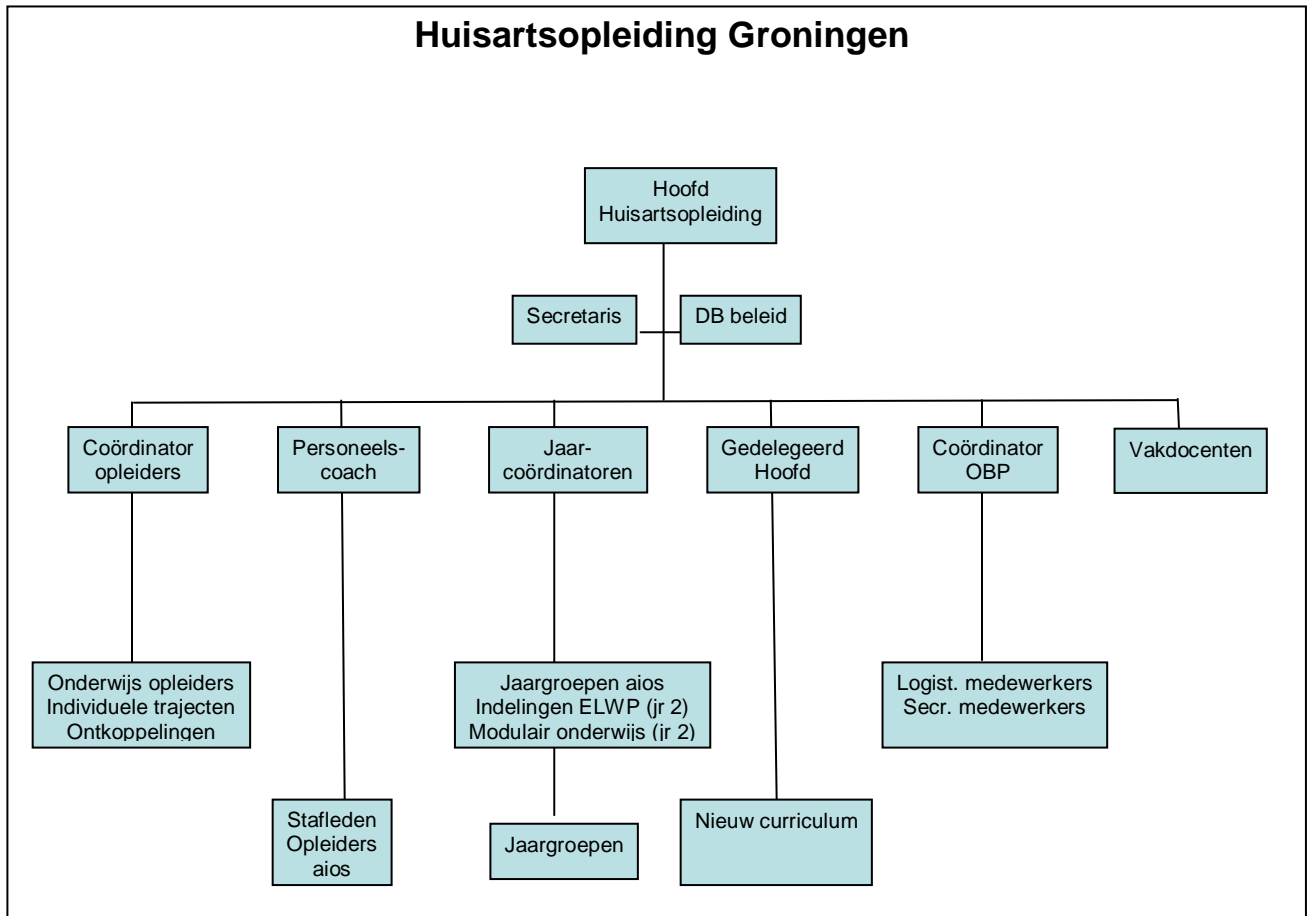
Bijlage 1 Formatie huisartsopleiding

Formatie huisartsopleiding Groningen per 31 december 2006.

Soort	FTE	Bijzonderheden
Coördinatie		
Dr. F. Baarveld	1,0	hoofd huisartsopleiding
Dr. P.M. Boendermaker	0,5	adjunct hoofd huisartsopl.
Dr. J. Schuling	1,0	gedelegeerd hoofd
Prof.dr. K. v.d. Meer	0,1	hoogleraar
Mw. A.J. Berendsen	0,8	docent
Totaal coördinatie 2005	3,4	
Huisartsbegeleiders		
Mw. R. Bange	0,4	docent
M. Bruinsma	0,4	docent
R.E. v.d. Eijk	0,4	docent
Mw. J.P.H. Fokkema-Elders	0,6	docent
Mw. A.J.B. de Groot	0,2	docent
Prof. Dr. J. de Haan	0,4	docent
I. Heij	0,4	docent
M. W.M. Jans	0,4	docent
Mw. J.A.T. Janssen	0,6	docent
H. Kuitert	0,3	docent
Prof.dr. T. van der Molen	0,1	docent
B. Mulder	0,3	docent
Dr. A. Nijland	0,3	docent
R.O. Rischen	0,4	docent
Mw. E.R. Robben	0,4	docent
Mw. M. Schaaf	0,1	docent
J. Stoffels	0,3	docent
A.L.M. Trompert	0,3	docent
Totaal huisartsbegeleiders	6,3	
Overig Wetenschappelijk Personeel		
Mw. E. Baarveld – Jonker	0,05	docent
J.T. de Boer	0,7	docent
H.E.P. Bosveld	0,7	docent
Mw. J.C. Gal	0,9	docent
Dr. K.H. Groenier	0,8	docent
Mw. Dr. H.A.K. Groothof	0,3	docent
P.H.J. van Haaren	0,8	docent
Mw. Dr. G.M. de Jong	0,6	docent
Mw. J. G. Sander	0,8	docent
Mw. Dr. A.A.H. Verhoeven	0,4	docent
Totaal overig WP 6,05		

Soort	FTE	Bijzonderheden
Ondersteunend en bestuurlijk personeel		
Mw. J. Bron-Elgersma	0,2	
Mw. J. Hazenberg	0,6	
Mw. J. Lakerveld-van Mannekes	1,0	
Mw. M.M. Philips	0,8	
Mw. J. Stellingwerff	0,8	
Totaal secretariaat 2005	3,4	
Overig ondersteunend		
G. Danhof	0,1	beheerder
Dr. D.S. Fokkema	0,9	organisator onderwijs / secretaris
Mw. A.H. van Dijk	0,8	secretaresse
R.H. Hasper	0,9	stafmedewerker
Mw. A.A. Kingma-Balkema	0,8	secretaresse
OOD/NN	0,5	onderwijsondersteuner
A. Rozema	0,2	administrateur
Totaal ondersteunend	4,2	
Totaal personeel 2006	23,35	

Bijlage 2 Organigram huisartsopleiding



Bijlage 3. Criteria HVRC & CHVG

De lijst van criteria van de HVRC bestaat uit 2 delen, namelijk:

1. Criteria gesteld vanuit het kaderbesluit van het CHVG
2. Criteria gesteld vanuit het besluit huisartsgeneeskunde van het CHVG

Het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG) heeft als hoofdtaken⁶:

- Vaststellen van het toetsingskader op grond waarvan deelgebieden van de geneeskunde als specialisme kunnen worden aangewezen;
- Aanwijzen van deelgebieden van de geneeskunde als specialisme en het vaststellen van de titel die een beoefenaar van dat specialisme mag voeren;
- Vaststellen van de algemene en bijzondere eisen waaraan een onder het CHVG ressorterende opleiding moet voldoen;
- Vaststellen van de eisen voor de erkenning van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten, en de voorwaarden die aan erkenning kunnen worden verbonden;
- Vaststellen van de eisen voor inschrijving in het betreffende register van specialisten en van de eisen voor herregistratie.

De eerste reeks criteria gelden als algemene criteria voor opleiders in de medische sector, ongeacht hun specialisme. De tweede reeks criteria gelden als specifieke criteria voor huisartsopleiders. Een huisartsopleider moet aan alle criteria⁷ voldoen.

Criteria gesteld vanuit het kaderbesluit van het CVHG.

De kandidaat-opleider moet:

4. tenminste 50% van de normale werkweek als huisarts in de eigen praktijk praktiseren;
5. de omvang en samenstelling van de praktijkpopulatie waarborgt voldoende variatie in de werkzaamheden;
6. deel uitmaken van een huisartsengroep;
7. voor de registratie van patiëntgegevens een goed bijgehouden en inzichtelijk geautomatiseerd registratiesysteem gebruiken;
8. ervoor zorgen dat er tijdens de openingsuren van de praktijk voortdurend gediplomeerde praktijkassistentie aanwezig is;
9. naast de praktijkassistentie, genoemd onder 5, moet in de praktijk van een apothekhoudende opleider gedurende tenminste de helft van de gebruikelijke openingsuren van de praktijk tevens een gediplomeerd apothekersassistent aanwezig zijn;
10. ervoor zorgen dat in de praktijk een adequaat instrumentarium aanwezig is;
11. dat de praktijkruimte tenminste een afzonderlijke spreek- en onderzoekkamer voor de aios bevat;
12. zijn praktijkvoering laten toetsen met behulp van een door de beroepsgroep erkende methode.

Criteria gesteld vanuit het besluit huisartsgeneeskunde van het CVHG.

De kandidaat-opleider moet:

1. ten minste vijf jaar geregistreerd zijn als huisarts, verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten en ten minste een jaar voorafgaande aan de erkenning werkzaam zijn in de betreffende praktijk respectievelijk opleidingsinrichting;
2. zijn functie uitoefenen overeenkomstig de functiebeschrijving van het betreffende specialisme;
3. een goede samenwerkingsrelatie onderhouden met anderen werkzaam binnen de gezondheidszorg;
4. zorg dragen voor continuïteit van de patiëntenzorg door een goede bereikbaarheid tijdens de gebruikelijke werktijd en tijdens diensten;
5. deelnemen aan een schriftelijk vastgelegde waarneming van specialisten van het betreffende specialisme onderling, inclusief avond-, nacht- en weekenddiensten;
6. de werkzaamheden in de instelling kunnen uitvoeren zonder hulp van de aios;
7. bereid zijn en de mogelijkheid hebben ten behoeve van de opleiding samen te werken met het opleidingsinstituut.

De HVRC toetst deze criteria door middel van visitatie. Dit betekent een visitor van de HVRC een bezoek afgelegd aan de potentiële opleidingspraktijk om te beoordelen of deze in voldoende mate de criteria die hierboven genoemd worden tegemoet komt.

Bijlage 4 Opzet interview respondenten

Korte introductie beide kanten

- Inhoud functie
- Carrièrepatroon

Uitleggen probleemstelling

- Toetsing betrokkenheid geïnterviewde

1. Over welke competenties moet een aspirant huisartsopleider beschikken?

- Wat maakt volgens u een huisarts tot een goede kandidaat-opleider?
- Over welke (getal noemen) competenties zou een kandidaat-opleider volgens u moeten beschikken?
Competenties zijn in dit geval: Een geheel van kennis, vaardigheden, attitudes, eigenschappen en inzichten dat in het beroepsmatig handelen op geïntegreerde wijze wordt toegepast.

- Waarom zijn juist deze competenties belangrijk?
- Kunt u in die competenties een rangorde aanbrengen?
- Hoe bent u tot deze conclusie gekomen?

- Bent u bekend met het competentieprofiel van het PVH?
- Zo ja, wat vindt u van de gebruikswaarde van dit profiel? (praktijkgebruik, relevantie met eerder genoemde competenties)
- Zo nee, waarom heeft u hier niet van gehoord? Zou je het willen gebruiken?
- Vindt u de competenties die u belangrijk acht terug in het PVH-selectieprofiel?
- Toets de afdeling op dit moment de competenties die staan bij het selectieprofiel?

2. In hoeverre is de huidige procedure toereikend om de vereiste competenties vast te kunnen stellen?

- Hoe ziet de huidige selectieprocedure eruit?
- Kunt u de huidige procedure voor mij beschrijven?
- Wat is uw rol in de huidige selectieprocedure?
- Vindt u dat de huidige selectieprocedure de vereiste competenties goed genoeg meet?
- Vindt u dat de huidige oefeningen jullie voldoende houvast geven om een oordeel te kunnen geven?
- Worden de oefeningen gescoord?
- Wat moet er beter? Waarom? Hoe?

Bijlage 5 Anoniem gespreksverslag

Gesprek met op 5 april 2007 om Het gesprek vond plaats in de Lingekamer.

Over welke competenties moet een aspirant huisartsopleiders beschikken?

Een goede huisartsopleider is een goede huisarts. Wat is dan een goede huisarts? Ga ik me niet aan wagen, omdat het iets is wat zich aan mijn visie onttrekt en dat de bandbreedte daarin nogal groot is. Als je met een groep mensen om tafel zit om dit soort dingen te bespreken, dan kom je tot een intersubjectief oordeel over hoe een goede huisarts eruit ziet, je komt tot consensus. Als je me dan toch iets wilt ontlocken, dan moet het iemand zijn die in staat is met een ander in contact te treden. Daarnaast is hij in staat zijn eigen functioneren continue te monitoren. En daarnaast kom je natuurlijk in een scala van kennis, vaardigheden, daar ga ik niet over uitweiden dat is te breed. Maar ik vind wel dat onze rolmodellen als huisartsen aansluiten bij onze wensen. Als er bijvoorbeeld een huisarts langs komt die zich hevig specialiseert in alternatieve geneeswijzen, dan krijg je hier intern een felle discussie of zo'n persoon wel geschikt is als opleider. We diskwalificeren hem niet meteen als huisarts, maar wel als potentiële opleider. Het kan best voorkomen dat iemand het vak minder goed uitoefent dan we hadden gedacht. Het kan voorkomen dat de HAIO ons bericht dat zijn begeleider zich niet goed conformeert aan de wetenschappelijke standaarden die wij hanteren (NHG standaarden). Een huisarts moet zijn vak zo uitoefenen dat hij daarbij accepteert dat een HAIO hem bekritiseert en dat hij weet dat het gaat gebeuren, zodat als hij het vak slecht beheerst dat hij zich niet op de vingers laat kijken.

Er vallen dus 2 componenten te onderscheiden:

1. Goed vakman/rolmodel/huisarts
2. Vermogen tot zelfreflectie

Waarom vindt u deze 2 het belangrijkste?

Als een huisarts over die 2 dingen in huis heeft, zal hij een goed rolmodel zijn. Als iemand geen goed rolmodel is, wordt er fout gedrag gekopieerd. Ik zou zelf de stelling durven verdedigen dat iemand die geen zelfreflectie heeft, geen huisarts zou moeten worden. Een goede huisartsopleider moet een goed rolmodel zijn. Een goed rolmodel betekent dat je een goede huisarts moet zijn. Een goede huisarts ben je als je beschikt over een hoge mate van zelfreflectie.

Zijn er daarnaast nog dingen waar je specifiek als huisartsopleider aan moet voldoen om een goede te zijn?

Ja, veel. Het eerste moet zijn dat hij een goede huisarts zijn, maar daarna komt er een hele lading met dingen waarover iemand moet beschikken om een goede HAOL te zijn. Ik zeg niet dat hij ze meteen allemaal vanaf het begin moet kunnen, maar dat er in potentie toch mogelijkheden zijn dat iemand zijn gedrag, zijn handelen te expliciteren. Dat vind ik heel belangrijk, dat iemand wat hij doet onder woorden kan brengen en dat hij daarnaast in staat is om zichzelf te kunnen verplaatsen van zijn leerlingen. Oftewel hij moet weer bewust bekwaam worden en daarbij in staat zijn de leerlingen bewust onbekwaam te maken en daar een koppeling in aan te brengen. En je kan erachter komen of iemand dat kan door met hem te praten en te testen tijdens de introductiecursus. Door vooral hem te laten praten en hem onder woorden te brengen waar zijn grenzen liggen/wat hij wel/niet kan. Verder vind ik voor een huisartsopleider van groot belang dat hij iemand die hij in opleiding heeft kan aanzetten tot reflectie, iemand laten praten over zijn doen en laten. Dat is eigenlijk het leukste dat uit mijn proefschrift is gekomen. En dat doen en laten bedoel ik heel precies zo.

Het is niet de bedoeling dat je alleen stilstaat bij wat je wel doet maar ook bij wat je niet doet. Geeft het voorbeeld van kijken in oor.

Hij moet in staat zijn patiënten los te laten. Huisartsen en dan met name de oudere huisartsen hebben sterk de behoefte om de patiënten als hun patiënten te beschouwen, zoals de patiënten praten over mijn dokter. En voor sommige huisartsen is het niet makkelijk om daar anderen in te laten grasduinen en dan met name een beginneling die daarin fouten maakt. En misschien zelfs wel die HAIO leuker vinden dan jijzelf.

En dan kom je op een wat ander niveau. Ik denk dat iemand didactische vaardigheden moet hebben, dat ie in staat is om onderwijs te geven, in staat is om een leergesprek te voeren.

Als u kijkt naar deze 5 competenties, kunt u dan ook een rangorde aan te brengen?

1. Goed rolmodel
2. Koppeling kunnen maken tussen onbewust bekwaam en bewust onbekwaam
3. HAIO's aanzetten tot zelfreflectie
4. Controle uit handen durven geven
5. Didactische vaardigheden

Dan is een key-item, iets dat cruciaal is in het leren, als dat afwezig is dan gaat het hele verhaal niet door, zelfreflectie, staat met kop en schouders op 1. Het is de reflectie die de huisarts zelf moet hebben, voor zijn vak als huisarts, voor zijn opleiderschap. De tweede belangrijke is een goed huisarts zijn. Als derde gebruik ik dan graag die vergaarbak van didactische vaardigheden.

Waarom zijn deze 5 juist de belangrijkste dingen die een goed opleider maken?

Omdat het aanleren van het vak huisarts voor een HAIO essentieel is dat hij de zaken die ik net genoemd heb, die top 3 van mij, dat hij die voor zijn kiezen krijgt of dat hij daarin ondergedompeld wordt of hoe je het maar wil noemen, omdat je op die manier het vak leert. Heeft te maken met mijn visie op onderwijs.

Bent u bekend met het competentieprofiel van het PVH?

Jazeker.

Wat is volgens u de gebruikswaarde van het competentieprofiel van het PVH?

Als ik denk aan het selectiemodel van opleiders, dan heb ik aan het stuk van huisartsgeneeskundig handelen niets. Omdat het voor mij onmogelijk is om vanuit de situatie waar ik in zit, de pragmatische situatie om na te gaan of iemand hierover beschikt. Hoe je het proces ook inricht, je krijgt hier nooit volledig zicht op. Dit zijn vaardigheden waar ik hoogstens op een afgeleide manier kan achterkomen of iemand daarover beschikt en dan heb ik het nog niet eens over de norm die gehanteerd moet worden, want dat is voor dit soort zaken uitermate complex en discutabel. Als ik bij wijze van spreken een kennistoets zou afnemen bij de HAO voordat ze hier binnenkomen, vraag ik mij af wat ik eigenlijk aan het doen ben. Dan maak ik een momentopname van zijn huisartsgeneeskundige kennis, maar daarbij laat ik 29 andere dingen liggen. Als je hier kijkt naar deze lijst, dan focust het op iets wat ik persoonlijk niet het allerbelangrijkste van het vak vind. Een huisarts hoeft niet alles te weten, als hij maar weet waar hij het kan vinden. Dus ik ben niet zo enthousiast over het toetsen van deze competenties, je blijft in de marge meten voor mijn gevoel. Ik ben niet zo van de als je niets doet, dan doe je helemaal niets doe dan maar 2 van de 21 dingen dan doe je ieder geval nog iets. Ik vind het een meer legitieme reden om iemand toe te laten die het grootste gedeelte van deze vaardigheden wel heeft, dan dat ik twee van deze lijsten pak en ga zeggen 'we laten hem toe, want dat doet ie wel goed.'

Kan dit competentieprofiel aan de kant worden geschoven?

Het PVH wil eigenlijk dat hier ook naar gekeken wordt. Ik merk dat er hier en daar initiatieven zijn om dit handen en voeten te geven, waardoor ik steeds weer op de gedachte wordt gebracht of wij dit ook moeten doen. Dit komt door mijn rol als coördinator. Maar ik wordt gesteund door mijn collega's van het o-team om eerder te pleiten voor een voorwaardelijk opleiderschap waarbij wij als het ware 2 jaar lang iemand op zijn vingers kijken en laten kijken en op de opleidersdagen met zo'n iemand in conclave gaan en tussentijds langs gaan bij zo'n iemand om te kijken hoe hij/zij functioneert in de praktijk. En dan pas ben je een volledig opleider. Formeel is het zo dat iemand pas na 2 jaar zijn herregistratie krijgt, waarmee hij volwaardig opleider is. Visitatie heeft als hoofddoel te kijken hoe iemand functioneert in zijn praktijk, een afgeleide daarvan is om te kijken welke instrumenten hij gebruikt in zijn praktijk/is zijn assistentie gediplomeerd, ect. Het gaat er mij om hoe deze persoon is in zijn praktijk, hoe gaat hij om met zijn spreekuren, hoe is hij voor zijn patiënten, hoe is hij voor zijn assistenten. En niet te vergeten, hoe is hij als vakman. Dat beeld krijg ik niet als ik niet langs ga bij zo'n man in zijn praktijk.

Toetst de afdeling op dit moment de competenties die staan in het selectieprofiel?

Bij het eerste gesprek sta ik hier wel bij stil, maar ik gebruik het niet als selectiemiddel. Dat gesprek is een open gesprek, waarbij er even aan elkaar gesnuffeld kan worden. Eens even kijken of er misverstanden bestaan. Tijdens dit gesprek wordt er wel even stil gestaan bij de randvoorwaarden van de HVRC, dan is het meteen duidelijk en hoeven ze niet te komen bij de introductiecursus. Het gesprek is dus een afgeleide van de selectieinstrumenten. De introductiecursus gaan we heel anders in, dan expliciteren we een aantal zaken waarvan we aangeven dat we erop gaan letten. Hoe maak je die dingen zichtbaar die we moeten meten? Hoe vertaal je dit maar in assessments?

Hoe ziet de huidige selectieprocedure er uit?

Mensen melden zich aan bij het secretariaat. Daarna hebben ze een gesprek met Peter Boendermaker. Dit gesprek is voornamelijk gericht op kennismaking en het voorleggen van de HVRC randvoorwaarden om problemen te voorkomen, in die zin is het dus wel toetsing. De voorwaarden komen naar voren omdat het anders nutteloos is om te beginnen. Daarna krijgt de kandidaat, indien hij toestemt met de introductiecursus, informatie toegestuurd over het opleiden (2 artikelen). Dan zetten we 2 procedures in gang: 1. we zetten iemand op de wachtlijst voor de introductiecursus. 2. we schakelen de HVRC in om de visitatie bij de huisarts in kwestie te gaan toetsen. Deze toetst iemand voornamelijk op de randvoorwaarden. Daarna nodigen we de kandidaat uit voor de introductiecursus. Die duurt altijd van 14.00 tot 16.00 de volgende dag. Daarin hebben we een constante wisseling van oefeningen en inlichtingen. Begint vanaf vandaag om 10.00, anders komen ze in tijdsnood.

Mensen komen binnen en dan krijgen ze in eerste instantie een kennismakingsronde. Hierbij wordt duidelijk aangegeven wat het doel is van de cursus (snuffelen + selectie). Kennismaking met de groep, daarna oefenen. Er is wel een miniprogramma, maar de oefeningen zijn allemaal uitgeschreven. Eigenlijk moet je al die oefeningen zien als mini-assessments.

Bepaalt de afdeling per assessment wat de doelen zijn?

Nee, dat hebben we niet expliciet gemaakt. We zullen daarin explicieter moeten zijn richting de kandidaten. Maar het is moeilijk om dit te meten omdat we niet weten wat de norm is. En daarom introduceren we een norm die we noemen de intersubjectiviteit. Door daar met 4 stafleden te zitten en in heel veel verschillende assessments, steeds in andere samenstellingen met andere clubjes, steeds maar weer in nieuwe situaties laten we die mensen kijken. We komen daarna bij elkaar als O-Team om met zijn allen de balans op te maken. En deze balans doen we met de natte vinger. Ik denk dat we deze balans beter kunnen opmaken adhv. dit competentieprofiel. De oefeningen zijn niet gebaseerd op het competentieprofiel. En dat is niet zo gek.

Want dit profiel is iets wat ontstaan is uit groepen HAO's die al begeleiden. Het is dus niet zo vreemd dat een aantal zaken die we al deden door deze pakken papier expliciet worden. En dan vind ik prima.

Vindt u dat de huidige selectieprocedure de vereiste competenties goed genoeg meet?

Of iemand een goede huisarts is, kunnen we niet zeggen. We hebben hem uit zijn eigen omgeving gehaald, waar hij hoogstens tijdens 1 oefening iets kunnen toetsen. Het is dus heel summier. Ik denk dat we over dat vakmanschap weinig kunnen zeggen. We krijgen wel veel zicht op zijn reflectief vermogen. Als wij iemand afwijzen na de introductiecursus is het eigenlijk vanwege het feit het gebrek aan reflectief vermogen.

Wat ik van die verzamelbak zie is dat er een aantal mensen zijn die in potentie beschikken over een aantal vaardigheden. Maar we zijn daar niet expliciet genoeg dat we mensen daarin toetsen.

Vindt u dat de huidige oefeningen de afdeling voldoende houvast geven om een oordeel te kunnen geven?

Vind ik persoonlijk wel, voor het starten ja. Maar voor het voortzetten van de opleiding is meer nodig. Het is dan nodig om iemand 2 jaar op proef te hebben om te kijken of hij een didactische groei doormaakt. Dat ook blijkt dat hij in wat meer ingewikkelde situaties, langdurige situaties kan laten zien dat hij een didactische groei doormaakt. Een van onze taken is het opleiden van opleiders, dus bieden wij dan wel genoeg aan waardoor iemand dat kan leren? Mag je dat na 2 jaar verwachten dat iemand wel beschikt over de benodigde competenties? Terwijl je daar als opleiderinstituut niets in hebt aangeboden. Moet dat dan een soort spontane groei zijn?

Die vragen daar loop ik mee rond, maar het is niet zo makkelijk om daar een praktische invulling aan te geven. We proberen iedere gestarte opleider na een half jaar te laten bezoeken door een staf lid waarin we open en eerlijk aangeven, wat we tot nu toe vinden van hoe het gaat.

Aan het eind van de stage vult een HAO's een formulier in over de opleider. En dat formulier, is de LEO. Dus die HAO's is een soort verlengd meetinstrument. En daarin komen heel duidelijk deze dingen terug bij ons.

Hoe ziet zo'n overleg eruit tussen mensen van het o-team?

Dat wil je niet weten ;). Per stuk komen ze langs en dan kijken we of er wel of geen twijfels zijn. Als iemand er niet bij is geweest, praat ie ook niet mee. En daarbij hebben we de bedoeling mensen zo te ontleden, waarbij niet altijd al die punten aan de orde komen. Wanneer we al die punten moeten gaan pakken, dan wordt het een soort opsomming. Dus we vragen per persoon of die een kandidaat bezig heeft gezien, of hij twijfels heeft en op welke punten hij dan twijfels heeft. Er wordt alleen iets vastgelegd als we ergens twijfels over hebben. De goede gevallen krijgen alleen maar te horen dat ze door zijn. Alleen de slechte gevallen worden geregistreerd.

Worden de oefeningen ook gescoord?

Mensen worden niet per oefening gescoord. Maar er wordt wel gekeken naar de relevantie van deze oefeningen. Hierbij wordt gekozen voor een pragmatische invulling. Er wordt een soort situatieschets gemaakt van situaties waarin een huisarts zich kan bevinden.

Wat wij niet doen, en dat vind ik niet netjes, na 2 jaar moet iemand worden geherregistreerd. We krijgen een brief van het HVRC waarin staat of er nog problemen zijn geweest de afgelopen 2 jaar. We geven dan aan of dat het geval is of niet en vervolgens is de HAO geherregistreerd voor 5 jaar. Tenzij je 2 jaar niet hebt opgeleid, dan kan de HVRC moeilijk doen. Soms krijgt een opleider niemand te zien (denk aan de eilanden), moet je dan die mensen opnieuw de procedure moeten laten doorlopen.

Bijlage 6 Verwerken gespreksverslagen

Vraag: Over welke competenties moet een aspirant huisartsopleiders beschikken?

Antwoord 1.

Ik vind de volgende competenties belangrijk:

- Enthousiast voor zijn vak;
- Bij de tijd is;
- Kan reflecteren;
- Leuk vinden om nieuwe mensen op te leiden (geduldig zijn, pret, rust, vertrouwen);
- Mensen vertrouwen, dingen uit handen kunnen/willen geven (geeft dingen/kandidaten uit handen aan AIOS);
- Goed rolmodel zijn, een huisarts waarvan het NHG zegt: doet het anno 2007 goed + enthousiasme voor zijn vak;
- Sterke organisatie van de praktijk.

Antwoord 2.

Of iemand een goede HAO is maakt dat hij in staat is tot een goed reflectief vermogen. Hij moet als het ware naar zichzelf kunnen kijken als een soort instrument/functionaris en hij moet hetzelfde kunnen doen bij een HAIO. Dat maakt het mogelijk om te kijken wat een HAIO geleerd kan worden hoe een HAO daartoe kan bijdragen. Het is dus belangrijk dat je voor jezelf in beeld hebt gebracht wat je sterke en zwakke kanten zijn. En het is het reflectieve vermogen om in een actuele situatie om daar even uit te treden om te kijken wat er op dat moment gebeurt (tussen HAO en HAIO) maar ook het handelen zelf. En dat houdt ook in dat de HAO aandacht/inzicht heeft in de verschillende normen/waarden die er bestaan, moet goed weten die van hemzelf daarin te benoemen en los te zien van wat vakinhoudelijk optimaal/wenselijk is. Anders gezegd hij moet in staat zijn eigen referentiekader te benoemen en dat niet als de heilige waarheid zien. En naast dat reflectieve vermogen moet hij een uitstekende organisator zijn, want hij moet in staat zijn zijn praktijk zo te organiseren dat hij tegemoet komt aan de leerwensen/behoefte van de HAO. Dagindeling regelen, personeel aansturen zodat ze de opleiding faciliteren, hieronder vallen ook de HVRC randvoorwaarden. HAG wil zien dat hij naast het verschaffen van de randvoorwaarden die de HVRC stelt, hij deze ook goed kan organiseren, dus zo in te richten dat er goed geleerd kan worden. Daarnaast moet hij patiënten durven door te sturen naar de aios. Voor sommige artsen is dit erg moeilijk, omdat je als huisarts langdurige verbanden aangaat met patiënten. Sommige zal de arts zijn hele carrière al hebben gezien. Toch zal hij ook bij deze patiënten de afweging moeten maken of deze patiënten niet moeten worden doorgestuurd naar de aios. De aios zit er tenslotte om te leren!

Een basisvoorwaarde is dat de HAO een goed huisarts moet zijn. Wat dat precies is, kan ik zo niet zeggen. Daar zou ik nog eens goed over moeten nadenken.

Antwoord 3.

Een goede huisartsopleider is een goede huisarts. Wat is dan een goede huisarts? Ga ik me niet aan wagen, omdat het iets is wat zich aan mijn visie onttrekt en dat de bandbreedte daarin nogal groot is. Als je met een groep mensen om tafel zit om dit soort dingen te bespreken, dan kom je tot een intersubjectief oordeel over hoe een goede huisarts eruit ziet, je komt tot consensus. Als je me dan toch iets wilt ontlokken, dan moet het iemand zijn die in staat is met een ander in contact te treden. Daarnaast is hij in staat zijn eigen functioneren continue te monitoren. En daarnaast kom je natuurlijk in een scala van kennis, vaardigheden, daar ga ik niet over uitweiden dat is te breed. Maar ik vind wel dat onze rolmodellen als huisartsen aansluiten bij onze wensen. Als er bijvoorbeeld een huisarts langs komt die zich hevig specialiseert in alternatieve geneeswijzen, dan krijg je hier intern een felle discussie of zo'n persoon wel geschikt is als

opleider. We diskwalificeren hem niet meteen als huisarts, maar wel als potentiële opleider. Het kan best voorkomen dat iemand het vak minder goed uitoefent dan we hadden gedacht. Het kan voorkomen dat de HAIO ons bericht dat zijn begeleider zich niet goed conformeert aan de wetenschappelijke standaarden die wij hanteren (NHG standaarden). Een huisarts moet zijn vak zo uitoefenen dat hij daarbij accepteert dat een HAIO hem bekritiseert en dat hij weet dat het gaat gebeuren, zodat als hij het vak slecht beheerst dat hij zich niet op de vingers laat kijken. Daarnaast is het belangrijk dat hij voldoende 'controle' over zijn praktijk heeft om tegemoet te komen aan alle organisatorische eisen.

1. Goed rolmodel;
2. Koppeling kunnen maken tussen onbewust bekwaam en bewust onbekwaam;
3. HAIO's aanzetten tot zelfreflectie;
4. Controle uit handen durven geven, organiseren;
5. Zelf durven reflecteren.

Antwoord 4.

Hij moet:

- Zijn eigen praktijk beheersen, minimaal een aantal jaren een praktijk gerund hebben, liefst voltijds. Geregistreerd zijn, dat je je laat visiteren, herregistreren;
- Een huisarts heeft een aantal jaren voltijds gewerkt, zodat hij de omvang van het brede vak kan zien;
- Een aantal eigenschappen beschikken die het mogelijk maken dat hij/zij kennis over kan dragen. (geen stageverlener, maar een AIOS die een opleiding volgt, moet een duidelijk idee meekrijgen van, van deze huisarts heb ik het geleerd, wat leuk dat hij zo doktert) Je moet kennis hebben van een aantal didactische aspecten;
- Openstaan voor leren (niet te eigenwijs);
- Kunnen communiceren, is een eigenschap die je ook bij beroepsuitoefening nodig hebt;
- Kunnen reflecteren op zijn handelen als huisarts/HAO.

Antwoord 5.

Een goede huisartsopleider moet:

- Een goed vakman (huisarts) zijn;
- Enthousiast zijn voor zijn vak;
- Zijn aios tot reflectie kunnen aanzetten;
- Een patiëntenbestand hebben waarin voldoende variatie mogelijk is;
- Patiënten durven doorsturen;
- Beschikken over gediplomeerde assistentie;
- Beschikken over een tweede behandelruimte.

Analyse van deze vraag

De volgende overeenkomsten kunnen worden gevonden in de antwoorden:

Een HAO moet (durven) beschikken over reflectief vermogen stil te kunnen staan bij zijn eigen handelen. Een HAO moet als rolmodel dienen voor zijn aios. Hiermee wordt bedoeld dat de HAO een goed huisarts is volgens de (impliciete) standaarden van de huisartsopleiding en de standaarden van het NHG. De HAO moet een goede organisator zijn. Hiermee wordt bedoeld dat hij zijn praktijk moet kunnen organiseren zodat deze tegemoet komt aan de leerwensen en – behoeften van de aios. Daarnaast betekent organiseren dat de HAO zijn praktijk zo kan inrichten dat hij tegemoet komt aan de eisen van de HVRC. Een huisartsopleider moet enthousiast zijn voor zijn vak (als huisarts en –opleider) en niet op zoek zijn naar een extra werknemer.

Een goede huisartsopleider moet ook durven de controle uit handen te geven. Hiermee wordt bedoeld dat hij patiënten moet durven doorsturen die hij zelf al langere tijd begeleid, mits er wat te leren valt voor de aios.

De volgende verschillen kunnen worden gevonden in de antwoorden:

De respondenten geven niet hun persoonlijke mening over wat een goede huisarts is. Alle respondenten geven aan dat dit belangrijk is, maar vallen daarbij terug op de NHG standaarden. Dit is apart, omdat alle respondenten hebben gepraktiseerd als huisarts en/of huisartsopleider. Hierdoor zouden ze moeten weten wat iemand, in hun ogen, tot een goede huisarts(opleider) maakt. Het is niet duidelijk waarom de respondenten hun mening over dit onderwerp niet geven. Alle respondenten geven aan dat reflectie belangrijk is. Opvallend is dat 2 van de 5 antwoorden gaan over het aanzetten van reflectie bij aios. Mijn verwachting was dat alle respondenten zouden aangeven dat het reflecteren op hun eigen handelen het belangrijkste zou zijn. Slechts 1 van de respondenten gaf aan dat een HAO plezier moet hebben in het opleiden. Ik had verwacht dat deze eigenschap meer naar voren zou komen. Vermoedelijk is hij niet genoemd omdat dit te vanzelfsprekend is.

Bijlage 7. Selectieprofiel huisartsopleider PVH

De HAO maakt bewust gebruik van de eigen voorbeeldfunctie.
- de HAO laat zich observeren en staat open voor dialoog; - de HAO analyseert, verwoordt en onderbouwt eigen handelen.
De HAO past de voor de situatie geschikte communicatieve technieken efficiënt toe tijdens de begeleiding van de aios.
De HAO hanteert basale communicatieve technieken adequaat in ontspannen gesprekssituaties met de aios en in groepsverband.
De HAO werkt systematisch en doelgericht aan onderhoud en verbetering van het professioneel handelen als opleider.
- de HAO neemt deel aan scholing; - de HAO laat zich toetsen; - de HAO luistert naar feedback; - de HAO hanteert op adequate wijze eigen sterke punten.
De HAO gaat bewust en adequaat om met de eigen houding als opleider.
- de HAO onderscheidt in de opleiding inhoud en vorm van de persoonlijke beleving. - de HAO staat open voor communicatie over eigen houdingsaspecten.
De HAO hanteert effectief, verantwoord en flexibel verschillende rollen (zoals opleider, huisarts, collega, werkgever).
De HAO herkent de verschillende rollen bij zichzelf en kan hiervan voorbeelden benoemen.

Bijlage 8. Competentieprofiel huisarts PVH

Taakgebied: vakinhoudelijk handelen
<ul style="list-style-type: none">- de huisarts interpreteert de klacht binnen de context;- de huisarts past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied doelgericht en evidence based toe;- de huisarts levert op gestructureerde wijze eerstelijns zorg.
Taakgebied: arts-patiënt communicatie
<ul style="list-style-type: none">- de huisarts bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op;- de huisarts past communicatietechnieken – en middelen doelgericht toe;- de huisarts betreft de patiënt actief bij de besluitvorming.
Taakgebied: samenwerking
<ul style="list-style-type: none">- de huisarts draagt bij aan effectieve intra- en interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg;- de huisarts past samenwerkingsvaardigheden doelgericht toe;- de huisarts verwijst doelgericht op basis van actueel inzicht in de expertise van andere zorgverleners.
Taakgebied: organisatie
<ul style="list-style-type: none">- de huisarts realiseert hoogstaande huisartsenzorg die continu en laagdrempelig toegankelijk is;- de huisarts past organisatie- en managementtechnieken doelgericht toe;- de huisarts gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg.
Taakgebied: maatschappelijk handelen
<ul style="list-style-type: none">- de huisarts bevordert de gezondheid van individuele patiënten en groepen patiënten;- de huisarts handelt volgens de relevante wettelijke regelgeving;- de huisarts behartigt belangen van (toekomstige) patiënten n.a.v. incidenten in de zorg;- de huisarts handelt kostenbewust.
Taakgebied: wetenschap en onderwijs
<ul style="list-style-type: none">- de huisarts toetst medische informatie op wetenschappelijk verantwoorde onderbouwing;- de huisarts bevordert ontwikkeling en implementatie van vakkennis;- de huisarts bevordert de deskundigheid van studenten, aios, collegae en andere zorgverleners.
Taakgebied: professionaliteit
<ul style="list-style-type: none">- de huisarts houdt persoonlijke en professionele rollen in evenwicht;- de huisarts werkt systematisch en doelbewust aan verbetering van zijn beroepsmatig functioneren;- de huisarts gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden.

Bijlage 9. Programma introductiecursus

Dag 1.

13.30 – 14.00	Ontvangst
14.00 – 14.30	Onderlinge kennismaking
14.30 – 14.55	- Korte introductie waarin o.m. de PVH opleiderkenmerken worden besproken. - Eerste inventariserende vragenronde kandidaat-opleiders.
15.00 – 16.00	Oefening: de kennismaking met de aios.
16.00 – 16.15	Theepauze
16.15 – 16.30	Theoretisch intermezzo: - Indeling van aios; - Introductie van de aios in de praktijk en de omgeving; - De sociale kaart.
16.30 – 17.30	Oefening: consultatie door de aios: hoe gaat dat?
17.30 – 17.45	Snack
17.45 – 19.00	Video-oefening: Observeren en feedback geven.
19.00 - ?	Diner/Borrel in de stad.

Dag 2.

09.00 – 09.15	Samenvatting van dag 1 en agenda voor dag 2.
09.15 – 09.45	Theoretisch intermezzo: - Voorziening in de praktijk voor de aios, videovoorziening; - Rol van de assistente; - Rol HVRC en SBOH; - Visie opleiding op onderwijs: duaal en bekwaamheidsgericht leren;
09.45 – 11.00	Oefening: leergesprekken, een inleiding en oefening
11.00 – 11.30	Koffiepauze
11.30 – 12.30	Vragenronde: Wat willen de kandidaat-opleiders nog weten?
12.30 – 13.45	Lunch en wandeling
13.45 – 14.45	Oefening: Leerplan maken
14.45 – 15.00	Theepauze
15.00 – 15.45	Theoretisch intermezzo: - Leren van volwassenen; - Beoordelen; - 'Meesterschap'.
15.45 – 16.00	Evaluatie en afsluiting.

Bijlage 10. Implementatieschema's

<u>Advies: Proeftijd</u>	<u>Activiteit</u>	<u>Resultaat</u>	<u>Verantwoordelijke</u>	<u>Geschatte benodigde tijd</u>
Stap 1.	Analyseren erg succesvolle en erg onsuccesvolle opleiderschappen a.d.h.v. evaluaties van HAO's.	Overzicht van succesfactoren tijdens de eerste twee jaar van een opleiderschap	Dr. Boendermaker	2 dagdelen
Stap 2.	Informereren O-Team over bevindingen van stap 1.	Informereren en draagvlak creëren bij leden van het O-Team	Dr. Boendermaker	1 dagdeel
Stap 3.	Bepalen in overleg met het O-Team welke norm gehanteerd moet worden	Te hanteren norm bij proeftijd	Dr. Boendermaker	2 dagdelen
Stap 4.	Proeftijd formeel instellen in overleg met de opleiding	Officieel invoeren van proeftijd	Dr. Boendermaker	2 dagdelen.
Stap 5.	Evalueren proeftijd	Evalueren wat voor effect de proeftijd heeft gehad	Dr. Boendermaker	4 dagdelen

<u>Advies: Subjectieve criteria</u>	<u>Activiteit</u>	<u>Resultaat</u>	<u>Verantwoordelijke</u>	<u>Geschatte benodigde tijd</u>
Stap 1.	Inventariseren mogelijkheden voor het omzetten van subjectieve naar objectieve criteria	Overzicht van de verschillende mogelijkheden om subjectief criteria om te zetten naar objectieve criteria	Drs. Van Haaren	4 dagdelen
Stap 2.	Keuze maken uit de verschillende mogelijkheden op basis van tijd en budget in overleg met de huisartsopleiding	Te hanteren methode om criteria om te zetten van subjectief naar objectief.	Drs. Van Haaren	1 dagdeel
Stap 3.	Uitvoeren van methode/volgen van cursus	Assessors krijgen handvatten aangereikt om criteria aan te passen.	Drs. Van Haaren	4 tot 6 dagdelen
Stap 4.	Uitvoeren assessment met nieuwe methodiek	Toepassing van het geleerde in de praktijk	Drs. Van Haaren	4 dagdelen
Stap 5.	Evalueren van nieuwe methodiek	Evaluatie van methodiek en go-/no-go beslissing om door te gaan.	Drs. Van Haaren	3 dagdelen

<u>Advies: Assessment</u>	<u>Activiteit</u>	<u>Resultaat</u>	<u>Verantwoordelijke</u>	<u>Geschatte benodigde tijd</u>
Stap 1.	Vaststellen welke koppeling van belang is voor het aanpassen van de oefeningen	Overzicht met competenties die moeten worden geïdentificeerd	Drs. Van der Eijk	1 dagdeel
Stap 2.	Vaststellen welke oefeningen moeten worden aangepast	Overzicht met aan te passen oefeningen	Drs. Van der Eijk	2 dagdelen
Stap 3.	Aanpassen van oefeningen die worden toegepast	Nieuwe oefeningen voor het assessment	Drs. Van der Eijk	10 dagdelen
Stap 4.	Uitvoeren aantal nieuwe oefeningen tijdens assessment	Aantal nieuwe oefeningen in de praktijk brengen	Drs. Van der Eijk	4 dagdelen
Stap 5.	Evalueren van nieuwe oefeningen	Evalueren van nieuwe oefeningen met beslissing om door te gaan of te stoppen met deze oefeningen	Drs. Van der Eijk	4 dagdelen

<u>Advies: PVH- problematiek</u>	<u>Activiteit</u>	<u>Resultaat</u>	<u>Verantwoordelijke</u>	<u>Geschatte benodigde tijd</u>
Stap 1.	Inventariseren problemen PVH in het algemeen	Overzicht met algemene PVH-problematiek	Drs. Schuling	5 dagdelen
Stap 2.	Inventariseren problemen PVH met betrekking tot selectie	Overzicht met PVH-problematiek met betrekking tot selectie	Drs. Schuling & Drs. Van Haren	6 dagdelen
Stap 3.	Schrijven van notitie	Notitie waarin de problemen worden aangekaart en eventueel voorzien van advies/alternatieven	Drs. Schuling, Dr. Baarveld.	6 dagdelen

<u>Advies: Competenties rolmodel en organisator</u>	<u>Activiteit</u>	<u>Resultaat</u>	<u>Verantwoordelijke</u>	<u>Geschatte benodigde tijd</u>
Stap 1.	Verschillende opties uit deze notitie met elkaar vergelijken	Keuze voor een optie	Dr. Schuling	1 dagdeel
Stap 2.	Vaststellen wat de norm is gedurende visitaties in overleg met de opleiding	Norm met betrekking tot het gedrag van HAO's	Dr. Schuling	8 dagdelen
Stap 3.	Vaststellen benodigde tijd per visitatie en nodige aantal visitaties	Vaststellen bezoektijd per HAO en het aantal te bezoeken HAO's	Dr. Schuling	2 dagdelen
Stap 4.	Kijken of met de huidige bezetting het aantal nodige visitaties kan worden gedaan	Vaststellen of uitbreiding van de staf met betrekking tot visitatie nodig is	Dr. Schuling	2 dagdelen
Stap 5.	Opzetten en uitvoeren van proefvisitaties	Kijken wat het effect van deze maatregel in de praktijk is	Dr. Schuling	10 dagdelen
Stap 6.	Evalueren van proefvisitaties met visitators en de opleiding	Beslissing om door te gaan met visitaties	Dr. Schuling	4 dagdelen