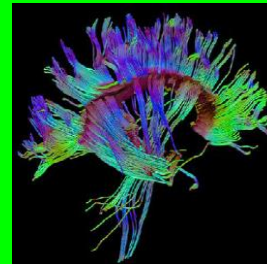


Het takenpakket van medisch specialisten

De aansluiting tussen opleiding en beroepsuitoefening van medisch specialisten

Wilko van den Bergs



**UMCG, Neurochirurgie
Rijksuniversiteit Groningen, Algemeen Pedagogische
Wetenschappen**



Groningen, juni 2009

Het takenpakket van medisch specialisten

De aansluiting tussen opleiding en beroepsuitoefening van medisch specialisten

Groningen, 23 juni 2009

Auteur

Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Opdrachtgevers

Begeleiders

Begeleiders UMCG

Wilko van den Bergs

s1649388

master Algemeen Pedagogische Wetenschappen,
traject Volwasseneneducatie
RUG

prof.dr. J.J.A. Mooij

hoofd Neurochirurgie, UMCG

dr. J. Pols

coördinator Studentenbureau UMCG/afstuderen

mw. drs. C.J. van der Linden

dr. T. van Dellen

Algemeen Pedagogische Wetenschappen

RUG

mw. drs. L.M. Hercules

mw drs. P. Remmelts

Wenckebach Instituut

ISBN 978-90-8827-047-5

NUR 870

Trefw Takenpakket/beroepsuitoefening medisch specialisten, CanMEDS, medische vervolgoedingen & brede vakbekwaamheid

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2009 Studentenbureau UMCG / afstuderen Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

Dan is ineens mijn masterthese af en ben ik afgestudeerd. Als iemand mij dit een aantal jaren geleden had voorspeld, zou ik diegene voor gek hebben verklaard. Niet dat ik er vanuit ging dat ik het niet zou halen, maar ik was er nooit mee bezig. Na de HAVO ben ik naar de Academie voor Verpleegkunde gegaan met de doelstelling ambulanceverpleegkundige te worden. Gedurende de opleiding heb ik dit bijgesteld in psychiatrisch verpleegkundige, omdat het gedrag van mensen meer mijn interesse had. Tijdens het laatste jaar van de studie had ik niet het gevoel dat ik de grenzen van mijn leervermogen had bereikt. Daarom ben ik op zoek gegaan naar een studie waarbij het gedrag van mensen centraal staat en ik een uitdaging had voor mijn leervermogen. Tijdens de zoektocht kwam ik uit bij de opleiding Pedagogische Wetenschappen, die de masterrichting Volwasseneneducatie aanbood. Deze opleiding prikkelde mijn leervermogen en door hard te werken ben ik er gekomen. Iets wat ikzelf vooraf niet had gedacht.

Mijn achtergrond verklaart de keuze voor het onderwerp van mijn masterthese. Omdat ik de interesse in de medische wereld nooit ben kwijtgeraakt wilde ik, voor mijn masterthese, een koppeling maken tussen mijn beide studies. Zo kwam ik terecht bij het Wenckebach Instituut in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), dat een onderzoeksvraag had met verpleegkundigen als onderwerp. Dit onderzoek ging helaas niet door, maar Jan Pols had nog een andere onderzoeksvraag liggen. Een onderzoek naar de aansluiting tussen de medische vervolgopleiding en de beroepsuitoefening van medisch specialisten. Een onderzoek waarmee ik vanuit een ander, dan het verpleegkundig perspectief, naar de medische wereld zou moeten kijken. Na een oriëntatiefase is het uiteindelijk een onderzoek naar de beroepsuitoefening van medisch specialisten geworden.

Het onderzoek dat ik heb uitgevoerd staat centraal in deze masterthese. Deze was echter niet tot stand gekomen zonder de hulp van Jan Pols, Lillianne Hercules en Pine Remmelts van het Wenckebach Instituut en Josje van der Linden van de Rijksuniversiteit Groningen. Via deze weg wil ik hen hartelijk bedanken voor hun medewerking bij het tot stand komen van deze masterthese. Daarnaast wil ik alle anderen die mij hebben geholpen, door onder andere mee te lezen, bedanken.

Tot slot wens ik u veel leesplezier toe.

Wilko van den Bergs



Inhoudsopgave

SAMENVATTING	1
1 INLEIDING	3
2 ONTWIKKELINGEN IN MEDISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN.....	5
2.1 CANMEDS	5
2.2 CANMEDS IN NEDERLAND.....	6
2.3 IMPLEMENTATIE MEDISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN.....	8
2.4 PROFESSIONALISERING VAN MEDISCH SPECIALISTEN	9
3 COMPETENTE BEROEPSBEOEFENAARS	11
3.1 COMPETENTIES	11
3.2 BEROEPSUITOEFENING.....	14
3.3 COMPONENTEN VAN EEN BREDE VAKBEKWAAMHEID	15
3.4 KWALIFICATIECRITERIA EN COMPETENTIES.....	17
3.5 HET METEN VAN DE BREDE VAKBEKWAAMHEID VAN MEDISCH SPECIALISTEN	18
4 METHODOLOGIE.....	21
4.1 ONDERZOEKSPOPULATIE	21
4.2 DATAVERZAMELING TAKENPAKKET MEDISCH SPECIALISTEN.....	21
4.2.1 Observaties.....	22
4.2.2 Interviews.....	22
4.2.3 Expertbeoordeling voorlopig takenpakket van medisch specialisten.....	22
4.2.4 Triangulatie.....	22
4.2.5 Survey-onderzoek	23
4.3 RESPONDENTEN VAN HET SURVEY-ONDERZOEK.....	24
4.4 EXPERTBEOORDELING TAKENPAKKET VERSUS COMPETENTIEMODEL	24
4.5 VALIDITEIT	25
4.6 BETROUWBAARHEID	25
5 RESULTATEN.....	27
5.1 KWALITATIEVE BENADERING INITIEEL TAKENPAKKET VAN MEDISCH SPECIALISTEN	27
5.2 RESULTATEN SURVEY-ONDERZOEK.....	28
5.2.1 Respondenten	28
5.2.3 Activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden	29
5.2.4 Activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling.....	30
5.2.5 Activiteiten op het gebied van samenwerken, begeleiden en organiseren	31

5.2.6 Activiteiten rond leren en veranderen	32
5.2.7 Opmerkingen en aanvullingen op het takenpakket.....	34
5.3 BREDE VAKBEKWAAMHEID VAN MEDISCH SPECIALISTEN	34
6 CONCLUSIE EN BESCHOUWING.....	37
6.1 CONCLUSIE TAKENPAKKET MEDISCH SPECIALISTEN	37
6.2 DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	37
LITERATUURLIJST	41
AFKORTINGENLIJST	45
BIJLAGEN	47
BIJLAGE 1 CLUSTERINDELING MEDISCH SPECIALISTEN	48
BIJLAGE 2 CANMEDS COMPETENTIES	49
BIJLAGE 3 SCORELIJST OBSERVATIES	50
BIJLAGE 4 TAKENPAKKET MEDISCH SPECIALISTEN	53
BIJLAGE 5 RESULTATEN EXPERTBEOORDELING	55

Samenvatting

De focus van de gezondheidszorg is de afgelopen jaren verruimd van het genezen van patiënten naar de bevordering van de gezondheid van de samenleving. Dit heeft tot gevolg dat de medische vervolgopleidingen van medisch specialisten moeten veranderen om optimaal te blijven aansluiten op vragen vanuit de samenleving. Van de medisch specialisten wordt verwacht dat zij transparanter zijn met betrekking tot de inhoud en kwaliteit van de opleidingen. Op basis van deze ontwikkeling vindt er momenteel een ingrijpende modernisering plaats van de 27 medische vervolgopleidingen. In Nederland is ervoor gekozen om voor de modernisering gebruik te maken van Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS) van het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). CanMEDS is ontwikkeld met als doel om het medisch onderwijs te hervormen en om medisch specialisten beter voor te bereiden om zich te handhaven in de 'nieuwe' gezondheidszorg. In Nederland zijn de zeven rollen van CanMEDS, door het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS), omgezet naar zeven competenties.

Competenties, toetsing, kwaliteitszorg en een actieve rol van de arts in opleiding tot specialist (aios) kosten de nodige tijd en aandacht. Echter zijn er ook sceptische geluiden te horen over de modernisering. Weegt het resultaat op tegen alle inspanningen? Men mag van de modernisering verwachten dat de aios beter zijn voorbereid op hun beroepsuitoefening als medisch specialist. Ook bij de Centrale OpleidingsCommissie (COC) van het UMCG is deze veronderstelling actueel. Om die te kunnen toetsen is het noodzakelijk om allereerst te definiëren waaruit de beroepsuitoefening van medisch specialisten bestaat. Hoe ziet het huidige takenpakket van medisch specialisten eruit?

Het takenpakket van aios, ontwikkeld door Yedema (2004), is gebruikt als uitgangspunt om het takenpakket van medisch specialisten vast te stellen. Door middel van

observaties, interviews en expertbeoordelingen is een voorlopig takenpakket van medisch specialisten opgesteld. Dit takenpakket diende zowel globaal (geldend voor alle 27 geregistreerd medisch specialismen) als compleet (volwaardig takenpakket dat alle voor de beroepsuitoefening relevante competentiegebieden beslaat) te zijn. Dit voorlopige takenpakket is door middel van een survey-onderzoek (enquête) voorgelegd aan medisch specialisten uit universitaire en perifere ziekenhuizen. Men werd gevraagd in welke mate zij met de activiteiten uit het voorlopig takenpakket te maken hebben. Dit konden zij aangeven op een zespuntsschaal (dagelijks, wekelijks, maandelijks, halfjaarlijks, sporadisch en nooit). Daarnaast was er voor de respondenten de ruimte om aanvullingen te geven op het voorlopig takenpakket. Uiteindelijk hebben 92 respondenten een volledig ingevulde enquête teruggestuurd.

Om te beoordelen in hoeverre het takenpakket van medisch specialisten garant staat voor een brede vakbekwaamheid is het takenpakket naar experts gestuurd. Zij werden verzocht om de 73 activiteiten uit het takenpakket te verdelen onder de zeven componenten van het model 'Brede vakbekwaamheid' (Onstenk, 1997).

Het resultaat van het survey-onderzoek is een valide takenpakket, bestaande uit 73 activiteiten, geldend voor beschouwend en snijdend specialismen. Het bleek onmogelijk te zijn om een algemeen geldig takenpakket vast te stellen voor alle 27 geregistreerd medisch specialismen. De ondersteunend specialismen vinden dat het takenpakket onvoldoende aansluit op hun beroepsuitoefening. Uit hun opmerkingen kan worden afgeleid dat zij het takenpakket teveel op het contact met patiënten gericht vinden, terwijl dat in hun beroepsuitoefening niet of minder aan de orde is. Uit de expertbeoordelingen blijkt dat het takenpakket van medisch specialisten, volgens het model 'Brede vakbekwaamheid' representatief is voor een competente

beroepsbeoefenaar. Echter zit er wel een grote variatie in de omvang van de zeven componenten van het model. De vakmatige component bevat veruit de meeste activiteiten (41) uit het takenpakket. De andere zes componenten hebben een variatie van drie tot zestien activiteiten uit het takenpakket.

Door middel van dit onderzoek bleek het mogelijk te zijn om een valide takenpakket op te stellen, geldend voor de beroepsuitoefening van snijdend en beschouwend specialismen. Met behulp van dit takenpakket is het mogelijk om een nulmeting en longitudinaal onderzoek te doen om na te gaan of de modernisering van de medische vervolgopleidingen daadwerkelijk het gewenste effect heeft. Dit biedt niet alleen de mogelijkheid om na te gaan in hoeverre de nieuwe curricula moeten worden aangepast, maar levert bovendien aanwijzingen op voor bij- en nascholing van medisch specialisten in het kader van een leven lang leren. In deze zin zal het onderzoek een bijdrage leveren aan de aandacht voor een brede competente beroepsuitoefening van medisch specialisten. Met name extra aandacht voor de niet-beroepsspecifieke vaardigheden binnen de beroepsuitoefening kan ervoor zorgen dat de medisch specialisten meer competente beroepsbeoefenaren worden.

1 Inleiding

Artsen hadden vroeger een zodanig hoge status dat zij vrijwel zonder maatschappelijke controle werden opgeleid, aldus Eve & Hodgkin (1997). In de huidige samenleving wordt van de geneeskunde meer transparantie met betrekking tot inhoud en kwaliteit verwacht. Ook de medische vervolgoopleidingen worden gecontroleerd op hun kwaliteit en aansluiting met de beroepsuitoefening. Een voortdurende vernieuwing van medisch onderwijs is noodzakelijk om continue kwalitatief hoogstaande zorg te kunnen leveren (Jones et al, 2001).

Ontwikkelingen gedurende de afgelopen jaren zijn verantwoordelijk voor de veranderende rol van de geneeskunde in de samenleving (Broadbent et al, 1997). Dit zijn: de enorme groei in kennis van het medisch domein, emancipatie van de patiënten, toenemende participatie van vrouwen in de opleiding, veranderende opleiding en praktijk van het vak en wettelijke beperking van de arbeidsduur van de aios (Bleker, 2008). Door deze ontwikkelingen is de focus van de gezondheidszorg verschoven van het genezen van patiënten naar het genezen van patiënten en bevordering van de gezondheid van de samenleving (Jones et al, 2001).

Om tegemoet te komen aan de veranderende rol van de artsen in de samenleving is er, over de hele wereld, voor gekozen om medisch specialisten competentiegericht op te leiden (Scheele et al, 2008). Het American Council for Graduate Medical Education (ACGME) ontwikkelde een concept van Algemene Competenties. Deze competenties zijn opgesteld op basis van de eisen die de samenleving stelt aan medisch specialisten (Pellegrini, 2002). Net als Canada en Denemarken heeft ook Nederland ervoor gekozen om, voor de modernisering van de medische vervolgoopleidingen, gebruik te maken van CanMEDS (Scheele et al, 2008). De zeven rollen van CanMEDS zijn in Nederland omgezet naar competenties met als centrale

competentie 'medisch handelen'. Om een bekwaam beroepsbeoefenaar te zijn, wordt deze centrale competentie aangevuld door zes algemene competenties: communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen, kennis en wetenschap en tot slot professionaliteit (Scheele et al, 2008). De competenties zijn toepasbaar voor alle 27 geregistreerd medisch specialisten¹ en opgesteld in termen van operationeel gedrag. (<http://knmg.artsennet.nl>, 06-02-'08).

De modernisering heeft als doel aios beter voor te bereiden op hun beroepsuitoefening als medisch specialist (Rourke & Frank, 2005). De modernisering kost veel energie, ook van de opleiders die zich het competentiegericht onderwijs eigen moeten maken. De vraag die naar voren komt is of de verandering wel het gewenste effect heeft. Staat de geleverde inspanning in verhouding tot het geleverde resultaat? Vooral omdat de medische vervolgoopleidingen voor 95 procent uit het (mee)werken in de patiëntenzorg bestaan, terwijl de modernisering daar weinig gevolgen heeft. Daarentegen hebben de maatschappelijke veranderingen hier wel invloed op (Heineman, 2007). Sluiten de medische vervolgoopleidingen voldoende aan op de veranderende beroepsuitoefening van medisch specialisten? Ook binnen de Centrale Opleidingscommissie (COC) van het UMCG is deze vraag actueel. In nauwe samenwerking met het Wenckebach Instituut van het UMCG stelde de COC de volgende onderzoeksvraag op: '*Hoe goed voelen medisch specialisten zich door de medische vervolgoopleiding voorbereid op hun beroepsuitoefening?*'. De commissie is geïnteresseerd in het effect van de modernisering en

¹ Een overzicht van de 27 geregistreerd medisch specialisten wordt weergegeven in bijlage 1 'Clusterindeling medisch specialisten' (<http://knmg.artsennet.nl>).

eventuele lacunes in de medische vervolgopleidingen. Bereiken de nieuwe competentiegerichte medische vervolgopleidingen het juiste effect? Om deze vraag te kunnen beantwoorden wordt de ontwikkeling van een meetinstrument beoogd waarin medisch specialisten de mogelijkheid krijgen zelf aan te geven of hun beroepsuitoefening voldoende aansluit op hun medische vervolgopleiding. Uitgaande van de veronderstelling dat de innovaties binnen de vervolgopleidingen gaandeweg meer hun plek krijgen binnen de opleiding, zouden meerdere metingen, verspreid over een aantal jaren, het effect van de modernisering zichtbaar kunnen maken.

Een eerste stap in deze onderzoekslijn betreft het vaststellen waaruit de beroepsuitoefening van medisch specialisten tegenwoordig bestaat. In dit deelonderzoek staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Hoe ziet de beroepsuitoefening van medisch specialisten eruit?

Om inzicht te krijgen in de aansluiting van de medische vervolgopleiding op de beroepsuitoefening is het vaststellen van het takenpakket van medisch specialisten noodzakelijk. Door het takenpakket vast te stellen is het mogelijk om in een volgende stap medisch specialisten, per activiteit uit het takenpakket, te vragen hoe goed zij door hun medische vervolgopleiding hierop zijn voorbereid. In het takenpakket worden alle activiteiten, die medisch specialisten tijdens hun beroepsuitoefening uitvoeren, opgenomen. Tot op heden is er niet veel systematisch onderzoek gedaan om de beroepsuitoefening van medisch specialisten wetenschappelijk vast te stellen (Pols, 2002). Deze stap wordt in dit onderzoek gezet.

De onderzoeksvraag is relevant in het kader van een studie volwasseneneducatie, want de aansluiting tussen opleiding en beroepsuitoefening is momenteel een belangrijk thema. Bij dit thema worden competenties als verbindende term gehanteerd, waarbij er binnen de volwasseneneducatie veel theoretische uiteenzettingen zijn over de begrippen 'competentie' en 'competentiegericht werken'. In deze

masterthese wordt ingegaan op een deel van deze literatuur.

De medische vervolgopleidingen leiden volwassenen (aios) op als medisch specialist. Om uiteindelijk te controleren of aios het juiste materiaal aangereikt krijgen, waarmee zij goed voorbereid worden op hun beroepsuitoefening als medisch specialist, wordt met dit onderzoek hun takenpakket in kaart gebracht. Bij het in kaart brengen van het takenpakket wordt gebruik gemaakt van een competentiemodel. Er zijn veel verschillende modellen op het gebied van competentiegerichte beroepsuitoefening. Voor dit onderzoek vormt het model 'Brede vakbekwaamheid' van Onstenk (1997) de hoofdlijn. Met als doel om aan te tonen dat het mogelijk is om een specifieke beroepsuitoefening in een algemeen competentiemodel te plaatsen.

Deze masterthese is verdeeld in zeven hoofdstukken. Hoofdstuk 1 is een weergave van de context en het belang van het onderzoek. De theoretische achtergrond van de ontwikkelingen van de medische vervolgopleidingen en van competente beroepsbeoefenaars wordt beschreven in hoofdstuk 2 en 3. Hoofdstuk 4 is de methodologische verantwoording van de ontwikkeling van het meetinstrument en de dataverzameling. Een overzicht van de resultaten van de in hoofdstuk 4 besproken onderzoeksmethoden kunt u lezen in hoofdstuk 5. Deze hoofdstukken zullen uitmonden in hoofdstuk 6 de conclusie en beschouwing. Deze masterthese sluit af met hoofdstuk 7 een procesevaluatie van het gehele onderzoeksproces.

2 Ontwikkelingen in medische vervolgoopleidingen

In de inleiding is reeds gesproken over de ontwikkelingen die hebben geleid tot modernisering van de medische vervolgoopleidingen. Dit hoofdstuk is bedoeld om inzicht te geven in de ontwikkeling van CanMEDS in Nederland. CanMEDS vormt de basis voor de modernisering van de medische vervolgoopleiding in Nederland. De eerste twee paragrafen bespreken CanMEDS en de Nederlandse opvatting van CanMEDS. Daarnaast worden de eerste ervaringen met de implementatie van de 'nieuwe' medische vervolgoopleidingen besproken in paragraaf 2.3. Het invoeren van nieuwe curricula is niet zonder problemen verlopen. In paragraaf 2.4 wordt de professionalisering van de gezondheidszorg beschreven.

2.1 CanMEDS

De samenleving verwacht van een medisch specialist² dat hij competent is op het gebied van: patiëntenzorg, medische kennis, praktijkgericht leren en verbetering, interpersoonlijke en communicatieve vaardigheden, professionaliteit en systematisch werken (DaRosa, 2002). Om dit te realiseren zijn er verschillende initiatieven genomen, waaronder de introductie van de zeven rollen van CanMEDS van het RCPSC. CanMEDS is een Canadees model voor medische opleidingen, opgezet als initiatief ter

verbetering van de gezondheidszorg (Rourke & Frank, 2005). Eind jaren tachtig maakte het RCPSC zich zorgen over de handhaving van het niveau van medisch specialisten in de veranderende gezondheidszorg. Aandachtspunten waren: bescherming van patiënten, financiële verplichtingen, overheidsbemoeienis, beschikbaarheid van medische informatie op het internet, procesvoering, technologie en explosie van medische kennis. Het RCPSC gaf adviezen over het voorbereiden van medisch specialisten op hun beroepsuitoefening. Frank (2005) heeft de algemene kernbekwaamheden vastgesteld, welke geldig zijn voor alle medisch specialisten, om te voldoen aan de verwachtingen van de maatschappij. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in CanMEDS. Het model is ontwikkeld met als doel medisch specialisten voor te bereiden op het werken in de 'nieuwe' gezondheidszorg.

CanMEDS is tot stand gekomen in vier verschillende fasen: ontwikkeling van het kader (1993-1996), pilots van projecten (1996-1997), implementatie (1997-2002) en docentprofessionalisering (2002-2005) (Frank, 2005).

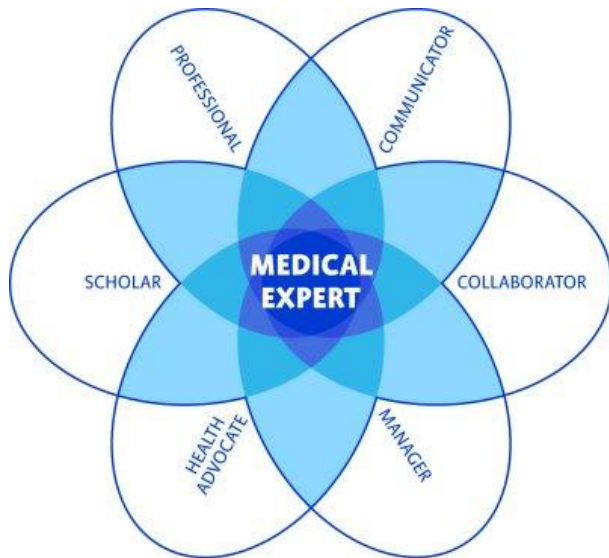
CanMEDS is ontwikkeld voor opleiders van medisch specialisten. Zij kunnen het model gebruiken als basis voor hun curricula. Daarnaast is het geschikt om instrumenten te ontwikkelen voor assessments om de bekwaamheid van medisch specialisten competentiegericht te toetsen. Het toetsen van medisch specialisten is van groot belang in een maatschappij die te maken heeft met een snel veranderende gezondheidszorg. CanMEDS kan hierbij worden gezien als een hulpmiddel voor opleiders voor het inrichten van de opleiding (Frank, 2005).

² Een arts mag zich in Nederland medisch specialist noemen door zich, na de zesjarige universitaire basisopleiding geneeskunde, te specialiseren in een orgaan(systeem). Medische specialismen vallen onder de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Als een arts heeft voldaan aan de eisen van het specialisme, welke worden vastgesteld door het CCMS, wordt de arts door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) geregistreerd. De medische vervolgoopleidingen duren gemiddeld drie tot zes jaar.

CanMEDS omvat zeven rollen, allen gericht op de beroepsuitoefening van medisch specialisten. Aan deze rollen worden duidelijke en hoge eisen gesteld (Frank, 2005):

1. *Medical expert and decisionmaker*; Alle rollen van CanMEDS integreren in de beroepsuitoefening van de medisch specialist: medisch handelen. Medical expert is de centrale rol voor medisch specialisten.
2. *Communicator*; De effectiviteit van de relatie tussen medisch specialist en patiënt en de dynamische uitwisseling van informatie voor, tijdens en na het consult.
3. *Collaborator*; Binnen een team werkt de medisch specialist effectief om optimale patiëntenzorg te leveren.
4. *Manager*; De medisch specialist is een integrale deelnemer in een gezondheidsorganisatie, die: duurzame praktijken organiseert, beslissingen neemt over het toewijzen van middelen en een bijdrage levert aan de effectiviteit van de gezondheidszorg.
5. *Health advocate*; De medisch specialist is verantwoordelijk om zijn kennis en invloed in praktijk te brengen ter verbetering van de gezondheid van de patiënt of de samenleving.
6. *Scholar*; De medisch specialist is gedurende zijn beroepsuitoefening verplicht om op de hoogte te blijven van medisch ontwikkelingen en om dit eigen te maken.
7. *Professional*. Door de ethische praktijk, beroepscode en hoge persoonlijke standaarden voor gedrag is de medisch specialist verantwoordelijk voor de gezondheid van welzijn van individuen en maatschappij

Figuur 2.1 'CanMEDS' is een afbeelding van CanMEDS. Deze figuur toont hoe de verschillende rollen ten opzichte van elkaar gezien dienen te worden. Iedere rol heeft gedeeltelijk een relatie met alle andere rollen. Het figuur is daarom zo opgesteld dat alle rollen overlap met elkaar hebben, met 'medical expert' als centrale rol (Frank, 2005).



Figuur 2.1: CanMEDS (<http://rcpsc.medical.org/canmeds/>, 16-10-'08)

2.2 CanMEDS in Nederland

In verband met de modernisering is in Nederland besloten om medisch specialisten competentiegericht op te leiden. Om de medische vervolgoopleidingen vorm te geven, op basis van competentiegericht opleiden, heeft het CCMS gekozen voor CanMEDS (Scheele et al, 2008). In Nederland zijn de rollen van CanMEDS omgezet in algemeen geldige competenties van de medisch specialist. Het CCMS heeft op basis van het Raamplan 2001 en CanMEDS 2000 de algemene competenties geformuleerd, met de doelstelling dat deze in 2005 geldig zouden zijn voor alle medische vervolgoopleidingen (Bleker et al, 2004). Centraal in dit model staat de competentie medisch handelen (kennis en

vaardigheden van het vak), daarnaast zijn er zes omliggende competenties: communicatie (met patiënten, familie en zorgverleners), samenwerking (met collegae en zorgverleners binnen en buiten de kliniek), kennis & wetenschap (evidence-based medicine, onderwijs geven en het publiek informeren) maatschappelijk handelen (preventie, WGBO (Wet op Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst), riskmanagement en omgaan met fouten), organisatie (doelmatig werken met anderen en optimale zorg) en professionaliteit (ethiek, reflectie en kennen van de eigen grenzen) (Bleker et al, 2004). Het figuur is in de Nederlandse vertaling hetzelfde gebleven, alleen de Engelstalige rollen zijn gewijzigd in de Nederlandse competenties. In bijlage 2 'CanMEDS competenties' staan de taken die een medisch specialist dient te beheersen beschreven (<http://knmg.artsennet.nl, 04-03-'08>).

De modernisering heeft tot gevolg dat medische vervolgopleidingen onderwijskundig gezien veranderen van input georiënteerde opleidingen in output georiënteerde opleidingen. De duur van de stages, aantallen patiënten of het gevolgde cursorische onderwijs bepalen niet meer of een aios wordt geregistreerd als medisch specialist. Het effect van deze activiteiten op hun functioneren in de patiëntenzorg bepaalt of de aios wordt geregistreerd als medisch specialist (Pols et al, 2005).

De wetenschappelijke verenigingen van de medisch specialismen hebben nieuwe curricula ontworpen, welke voldoen aan de wettelijk vastgestelde kaders. In Nederland wordt de modernisering van de medische vervolgopleidingen georganiseerd vanuit het CCMS (Scheele et al, 2008). Het CCMS stelt algemene eisen aan de opleiding, opleiders en opleidingsrichtingen. Daarnaast beslist zij over de specifieke eisen voor de specialistische opleidingen en de plaatsing van aios (<http://orde.artsennet.nl, 03-02-'09>). De modernisering krijgt gestaag meer vorm, met als gevolg dat opleiders, in hun vervolgopleiding, steeds meer concrete aanpassingen moeten doorvoeren. Hierdoor ontstaat meer transparantie

betreffende inhoud en kwaliteit in de medische vervolgopleidingen (Jones et al, 2001). De nieuwe curricula moeten voldoen aan de volgende eisen (www.cbog.nl):

- Competentiegericht, gebaseerd op CanMEDS;
- Modulaire opbouw;
- Toetssysteem;
 - geschikt voor informatieve doeleinden;
 - omvat kennistoetsing;
 - maakt gebruik van Directe Observaties in de Praktijk (DOP);
 - maakt gebruik van portfolio.
- Kwaliteitszorgsysteem;
 - docentprofessionalisering;
 - implementatie van systeem voor onderwijskwaliteitsbewaking.

Elke medische vervolgopleiding is gericht op het verwerven van algemene competenties, geldend voor alle medisch specialisten, en specialismengebonden competenties. Met deze competenties leren aios om zelfstandig te functioneren als medisch specialist. De competenties moeten de reflectie op het eigen gedrag stimuleren. Een direct gevolg van de nieuwe curricula is dat er leren op de werkplek ontstaat met feedback op grond van directe observaties. Aios en opleiders kunnen gezamenlijk reflecteren. Competentie in deze context wordt gezien als een cluster van kennis, vaardigheden en attitude die zich uit in gedrag en daardoor observeerbaar is (Bleker et al, 2004).

De Begeleidingsgroep Beschrijvingen Opleidingsplannen Vervolgopleidingen (BBOV) geeft aan dat de meeste wetenschappelijke verenigingen de curricula herschrijven aan de hand van drie stappen. De eerste stap is het structureren van de inhoud van het specialisme in logische thema's. Sommige thema's kunnen in één stage beoordeeld worden, terwijl andere thema's meer tijd nodig hebben. Aios moeten zich tijdens een periode focussen op een beperkt aantal thema's. Via die thema's moeten zij hun persoonlijke ontwikkeling aantonen. De tweede stap is het kiezen van een beperkt aantal Entrustable Professional Activities (EPA's) per thema waarop aios naast instructie en

begeleiding getoetst dienen te worden (Scheele et al, 2008). Een EPA is een activiteit uit de beroepsuitoefening van medisch specialisten welke toevertrouwd kan worden aan aios, op het moment dat zij voldoende competenties hebben verworven om deze activiteit zelfstandig uit te voeren (Ten Cate, 2005). De laatste stap is het bepalen van een toetsmethode voor iedere gekozen EPA, hierbij krijgen steeds enkele competenties van CanMEDS expliciet de aandacht. Over het algemeen is er gekozen voor 'medical expert' met één of twee andere competenties van CanMEDS (Scheele et al, 2008). Door de keuze voor enkele competenties per EPA kan de opleider gericht feedback geven op het handelen van de aios, waardoor de feedback meer waarde krijgt (Hattie & Tumberley, 2007). Voorbeelden zijn 'leiderschap op de verloskamer' (samenwerking) en 'evalueren van ongelukken op de operatiekamer' (maatschappelijk handelen). Door de keuze voor CanMEDS wordt de focus breder en komt nu ook op andere competenties te liggen dan medisch handelen, kennis en wetenschap en communicatie (Scheele et al, 2008).

Doordat de 27 wetenschappelijke verenigingen ieder hun eigen curriculum schrijven ontstaan er verschillen. Niet alle wetenschappelijke verenigingen willen werken met EPA's. Sommige kozen voor een globale observatie van de competenties van CanMEDS. De BBOV vreest dat hierdoor sommige competenties van CanMEDS onderbelicht blijven (Scheele et al, 2008).

2.3 Implementatie medische vervolgopleidingen

Medio 2008 hadden 19 medische vervolgopleidingen hun nieuwe curriculum ingediend bij het CCMS. De nieuwe curricula van de acht overgebleven medische vervolgopleidingen worden binnenkort verwacht (Scheele et al, 2008).

De nieuwe curricula van Kindergeneeskunde en Obstetrie & Gynaecologie zijn, middels het project 'Vaart in Innovatie

VervolgOpleidingen' (In VIVO), de eerste die in uitvoering zijn gebracht (In VIVO, 2006). Uit hun ervaringen blijkt dat de invoering van de nieuwe curricula nog niet vlekkeloos verloopt. Bovendien heeft de implementatie van de modernisering te maken met 27 betrokken wetenschappelijke verenigingen en heeft de omvang en complexiteit ook invloed op de snelheid van de invoering. Hun vraag is of alle inspanning, die met de implementatie gepaard gaat, opweegt tegen de resultaten. Het merendeel van de betrokkenen is overtuigd van de noodzaak van de modernisering, maar er is nog altijd kritiek van onder andere de opleiders (Pols et al, 2007).

Volgens Pols et al (2007) blijkt uit de ervaringen van Kindergeneeskunde en Obstetrie & Gynaecologie dat de kwaliteit van de opleiding nadrukkelijk aan bod komt, veranderingsvoorstellen gemakkelijk bespreekbaar zijn en er veel positieve geluiden zijn van specialisten en aios over de opleiding. De problemen waar In VIVO tegenaan liep kunnen verdeeld worden in drie groepen. 1) Door landelijke ontwikkelingen (gebruik van CanMEDS, halvering aantal opleidingsplaatsen voor kinderartsen en implementatie van de plannen van de commissie Le Grand) moesten activiteiten opnieuw worden uitgevoerd, kwamen ze tot stilstand of kregen een ander doel. 2) Een groter bewustzijn van onderwijskundige en didactische vragen heeft ertoe geleid dat er weer nieuwe vragen naar voren kwamen. De beantwoording van deze vragen nam meer tijd in beslag dan gepland was voor de implementatie. 3) Aan het begin van de implementatie werd een strakke aanpak gehanteerd. Gedurende de implementatie is dit overgegaan in een meer diffuse minder gestuurde en minder gestructureerde aanpak. Dit is te wijten aan: veranderende landelijke ontwikkelingen, verkeerd ingeschatte tijdspanning, betrokkenen werden te weinig uitgepland en ondersteund door het secretariaat en het overwinnen van kritische opmerkingen bij betrokkenen kostte meer tijd dan vooraf werd ingeschat. Doordat er beperkt informatie beschikbaar is over de modernisering van de medische vervolgopleidingen moeten de wetenschappelijke verenigingen alles zelf uit zoeken en van elkaar leren (Pols et al, 2007).

2.4 Professionalisering van medisch specialisten

Om de reacties op de ontwikkelingen van de nieuwe curricula te begrijpen kan gekeken worden naar de wijze waarop de professionalisering van medisch specialisten is georganiseerd. Binnen zorginstellingen is het Human Resource Development (HRD) beleid voornamelijk gericht op de professionalisering van de medewerkers, met als doel de beroepsstandaard van de verpleeg- en geneeskunde hoog te houden (Bolt & Van Dellen, 2006). Nadler & Nadler (1989) beschrijven HRD als het belang van het leren en ontwikkelen van mensen ten behoeve van de uitvoering, verbetering en vernieuwing van arbeidsprocessen in organisaties.

De modernisering van de medische vervolgopleidingen moet leiden tot medisch specialisten die optimale zorg bieden in een snel veranderend zorgsysteem. Het eerste nieuwe curriculum is inmiddels geïmplementeerd en daarbij komen de eerste kritische kanttekeningen aan het licht. Op basis van de omschrijving van de medische wereld als een professionele bureaucratie zijn de kritische kanttekeningen niet zeer verrassend. Medisch specialisten zijn autonome professionals die in hoge mate individueel leren en steeds bekwaamer willen worden in hun eigen vak. Veranderingen van bovenaf worden dan ook gauw gezien als 'opgelegd' en hebben tijd nodig voordat zij goed zijn geïmplementeerd.

In de medische wereld is sprake van een duidelijke hiërarchie en er gelden vooropgezette regels en procedures voor de uit te voeren werkzaamheden. In alle zorginstellingen gelden dezelfde protocollen voor behandelingen (Daft, 2001 & Thijsen, 1991 in Bolt & Van Dellen, 2006). De omgeving van zorginstellingen bestaat uit veel verschillende elementen en kan daardoor complex genoemd worden. Er vinden nieuwe ontwikkelingen plaats binnen de gezondheidszorg. Deze nemen relatief veel tijd in beslag. De omgeving van zorginstellingen kan daardoor worden omschreven als complex en relatief statisch. Binnen deze omgeving is de organisatievorm van

professionele bureaucratie de meest geschikte (Thijsen, 1991 in Bolt & Van Dellen, 2006). Een professionele bureaucratie wordt door Mintzberg (2006) gedefinieerd als: *'De professionele bureaucratie rekent voor de coördinatie op de standaardisatie van vaardigheden en daarmee verbonden parameter van training en indoctrinatie. Voor de uitvoerende kern worden goed getrainde en geïndoctrineerde specialisten – professionals – ingehuurd, die dan een aanzienlijke mate van controle over hun eigen werk krijgen'* (Mintzberg, 2006 pp 189). Tussen de verschillende eenheden is over het algemeen weinig samenwerking. Dit is over het algemeen ook niet noodzakelijk, omdat iedere eenheid zijn eigen afnemers heeft. Mocht multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk zijn dan wordt dit vormgegeven door middel van projectgroepen (Wierdsma & Swieringa, 2002).

Een zorginstelling werkt met een standaardisatie van vaardigheden, oftewel een organisatie die tegelijkertijd bestaat uit standaardisatie en decentralisatie. Zij hebben te maken met gestandaardiseerde werkzaamheden, alleen zijn deze werkzaamheden zo ingewikkeld dat de operators er direct zeggenschap over moeten hebben. De professionele bureaucratie heeft een grote, zowel horizontaal als verticaal, gedecentraliseerde cultuur. De leiding over de werkzaamheden is in handen van professionals van de uitvoerende kern onder aan de hiërarchie (Mintzberg, 2006). Boven de professionals staat de top, die zorgt voor de benodigdheden voor het draaiend houden van de organisatie. Managementtaken worden dan ook niet gezien als uitdagend, maar als corvee (Wierdsma & Swieringa, 2002). Tot slot is door de gestandaardiseerde werkzaamheden de technologische complexiteit van zorginstellingen van een gemiddeld tot laag niveau en niet al te complex (Bolt & Van Dellen, 2006).

In een professionele bureaucratie, zoals een zorginstelling, is het niet mogelijk om veranderingen plotseling door te voeren. Ook nieuwe professionals kondigen niet direct grote veranderingen aan. Een verandering komt langzaam tot stand door de professionals langzaam te veranderen.

Hierbij gaat het om de: veranderingen in de toelatingseisen, leerstof van de professionele opleidingsinstituten en bereidheid van professionals om die vaardigheden op peil te houden (Mintzberg, 2006). De snelheid van de invoering van veranderingen wordt beïnvloed door de ik-cultuur die heerst in een organisatie zoals de medische wereld. Kenmerken van een ik-cultuur zijn: naar binnen gekeerd, statusgevoelig, analytisch en schijnformalisme. Een medisch specialist is werkzaam in een organisatie om beter in staat te zijn het eigen vak uit te oefenen en zich daarin verder te ontwikkelen. De carrière is synoniem aan de ontwikkeling van de eigen beroepsuitoefening. Dit wordt een doorlerende organisatie genoemd (Wierdsma & Swieringa, 2002).

De nieuwe curricula zijn competentiegerichte opleidingsprogramma's. Op basis van het verwerven van competenties worden aios voorbereid op hun beroepsuitoefening als medisch specialist. De COC is benieuwd naar de aansluiting van nieuwe curricula op de beroepsuitoefening van medisch specialist. Dit onderzoek zet daarin een eerste stap door de competenties en de daarbij behorende taken en vaardigheden van medisch specialisten in kaart te brengen. Competenties en taken zijn brede begrippen en ook het meten van competenties en taken is niet eenvoudig. In het volgende hoofdstuk worden deze onderwerpen besproken.

3 Competente beroepsbeoefenaars

Volgens de Nederlandse Onderwijsraad (Van Merriënboer et al, 2002; Buskermolen et al, 1999) heeft kennis een centrale positie in de maatschappij gekregen. Er heeft een omslag plaatsgevonden van een industriële naar een kennismaatschappij. Een maatschappij waarin competenties en competentiegericht opleiden centraal staan (Kearns, 2001). Daarbij is, door veranderingen in de samenleving op verschillende gebieden (onder andere: technologie, onderwijs, milieu, maatschappij en arbeidsverhoudingen), de aandacht voor competenties sterk toegenomen (Buskermolen et al, 1999). De voortdurende behoefte aan een efficiëntere en verhoogde productie in het bedrijfsleven heeft ertoe aangezet om na te gaan denken over de meest efficiënte wijze waarop een handeling kan worden uitgevoerd. Dit leidde in de Verenigde Staten tot een hervorming van het onderwijssysteem (Kouwenhoven, 2003).

Er bestaan verschillende opvattingen over het begrip competentie en de definitie hiervan. In de komende paragrafen worden de verschillende opvattingen van het begrip competenties besproken. Daarnaast kom aan bod hoe competenties een rol speelt in de beroepsuitoefening van competent beroepsbeoefenaars en hoe competenties gemeten kunnen worden.

3.1 Competenties

De afgelopen jaren is de aandacht voor competenties in Nederland sterk toegenomen. Dit komt door veranderingen op verschillende gebieden (onder andere: technologie, onderwijs, milieu, maatschappij en arbeidsverhoudingen) in de samenleving (Buskermolen et al, 1999). Competentiegericht opleiden heeft ten doel een competente professional op te leiden, die goed voorbereid

is op de beroepsuitoefening. Het begrip 'competent' veronderstelt een effectieve inzet van algemene en beroepsspecifieke vaardigheden en persoonlijke kenmerken in een bepaalde context (Mathijssen-Jansen, 1999).

Het begrip competentie wordt op veel verschillende manieren gedefinieerd. Definities lopen uiteen van competenties van organisaties tot competenties van medewerkers (Frei et al, 1984 in Onstenk, 1997). Echter hebben deze definities allen een gemeenschappelijk deel. Er wordt in ieder geval een wending benadrukt van weten naar kunnen en bekwaamheid (Buskermolen et al, 1999; Kessels, 1996). Competentie duidt op het vermogen van het competente individu om handelingen uit te voeren en arbeidsproblemen op te lossen. Een competentie heeft betrekking op een specifiek en samenhangend geheel van aanwezige vaardigheden van een individu. Daarnaast is het actieprogramma dat objectief en/of subjectief noodzakelijk en/of gewenst is om werkzaamheden van de beroepsuitoefening en daarbij behorende eisen aan te kunnen (Frei et al, 1984 in Onstenk, 1997). Onstenk (1997) definieert competentie als: *'Het vermogen van werknemers om een set kennis, houdingen en vaardigheden te benutten om concrete activiteiten op adequate wijze te verrichten (plannen, uitvoeren, controleren en sturen) en daarbij om te gaan met de opgaven, problemen, dilemma's en tegenstrijdigheden die zich in de arbeidsactiviteit kunnen voordoen'* (Onstenk, 1997 pp 83). Het gaat hierbij in de eerste plaats niet om het verwerven van kennis, houdingen en vaardigheden, maar over de manier waarop deze worden toegepast om handelingsbekwaam te worden. Oftewel in staat zijn om adequaat te kunnen plannen, uitvoeren, controleren en sturen van concrete beroepsrelevante activiteiten (Onstenk, 1997). Bij competenties is sprake van een grote mate van samenhang. Een competentie kan dan ook gezien worden als een

samenhangend geheel van kennis, vaardigheden en houdingen (De la Parra et al, 2000).

Kessels & Poell (2001) hebben, in vergelijking tot andere definities, waarin het vooral gaat om de individuele bekwaamheid tot handelen drie toevoegingen gedaan:

1. Het onderliggende persoonlijke interpretatie- en aansturingkader, het individueel opgebouwde persoonlijk referentiekader.
2. Ten aanzien van een bepaald domein en bepaalde situaties in bepaalde sociaal-culturele contexten ontplooidde leeractiviteiten en het daarop betrekking hebbende leervermogen.
3. In bepaalde sociaal-culturele contexten ten aanzien van een bepaald domein en bepaalde situaties, in staat zijn tot evaluerende en anticiperende activiteiten.

Zij zien competentie als: *'Een geïntegreerd, onderling samenhangend geheel van kennis, vaardigheden, attitudes en leervermogen, waaraan adequate persoonlijke leer- en werktheorieën ten grondslag liggen en waarmee iemand in bepaalde situaties en bepaalde sociaal-culturele contexten bekwaam kan oordelen (informatie kan interpreteren, analyseren en classificeren), kan anticiperen op bepaalde gebeurtenissen of ontwikkelingen en effectief kan handelen en leren'* (Kessels & Poell, 2001, pp. 58).

Competenties kunnen ingedeeld worden: op basis van hun inhoud (waar hebben ze betrekking op?), naar het beheersingsniveau (in welke mate gaat de beroepsbeoefenaar bepaalde problemen aan?) en naar het zingevingproces (welke betekenis heeft de competentie voor de beroepsbeoefenaar?). Als een competentie voor de beroepsbeoefenaar geen persoonlijke betekenis heeft is het geen competentie: geen bekwaamheid zonder betrokkenheid (Kessels & Poell, 2001). Auteurs geven in de literatuur een eigen definitie van competentie, waardoor er een grote variatie aan invullingen optreedt. In de praktijk blijkt deze variatie geen problemen op te leveren voor het werken met en denken in competenties (Buskermolen et al, 1999).

Naast de verschillende manieren waarop competenties gedefinieerd worden, kunnen competenties ook op verschillende manieren van elkaar worden onderscheiden. Van Merriënboer et al (2002) onderscheiden competenties in twee groepen. De groep van het bedrijfsleven en de industrie (Human Resource Management (HRM) en HRD) en de groep van onderwijs. Hierbij wordt een competentie binnen HRM en HRD gezien als een eigenschap van een individu, een groep of een organisatie (Bos, 1998, Rumsey, 1997, Weinert, 2001 in Kouwenhoven, 2003). Buskermolen et al (1999) maken daarentegen onderscheid tussen organisatorische en individuele competenties. Waarbij zij individuele competenties zien als competenties van mensen en organisatorische competenties definiëren als: *'Het geheel van individuele competenties van werknemers, technische infrastructuur, procedures en cultuur'* (Buskermolen et al, 1999 pp 22). Centraal bij organisatorische competenties staat het voortbestaan van de organisatie. Dit heeft de meeste kans van slagen als de organisatie uitgaat van de eigen competenties. Deze organisatiecompetenties kunnen vertaald worden in systemen, procedures, werkwijzen en individuele competenties. De opleidingen moeten een tussenweg vinden om de aansluiting te behouden met het onderscheid in competenties dat in de literatuur wordt gemaakt. Enerzijds moeten zij studenten opleiden die beschikken over relevante competenties voor de arbeidsmarkt. Anderzijds moeten zij rekening houden met de competenties en de wensen van het individu (Buskermolen et al, 1999).

De Onderwijsraad heeft geprobeerd richting te geven aan de discussies in de wijze waarop competenties van elkaar worden onderscheiden. De Onderwijsraad heeft in een rapport drie dimensies voorgesteld, welke noodzakelijk zijn voor het creëren van competenties (Van Merriënboer et al, 2002):

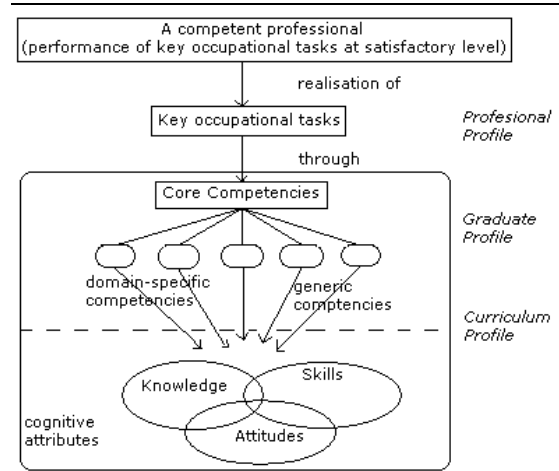
1. *Specificiteit*; Competentie is verwant aan bekwaamheden in een bepaalde context.
2. *Mate van integratie*; Competenties zijn clusters van vaardigheden, welke noodzakelijk zijn voor het oplossen van problemen.

3. *Duurzaamheid*. Wat niet betekent dat competenties niet kunnen veranderen, bijvoorbeeld kan een competentie groeien van professional tot expert. Daarnaast heeft de Onderwijsraad nog drie dimensies opgesteld welke belangrijk zijn, maar niet noodzakelijk:
4. *Focus op actie*; Competentie is de mogelijkheid om te handelen.
5. *Leervermogen*; Competenties kunnen niet worden overgebracht, maar moeten verworven en verder ontwikkeld worden door het individu.
6. *Onderlinge afhankelijkheid*; Vaak zijn andere competenties nodig voor de ontwikkeling van een bepaalde competentie.

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de zes dimensies een verschillende mate van invloed kunnen hebben in de context waarin zij gebruikt worden. Het is van de situatie afhankelijk welke dimensies noodzakelijk zijn om te gebruiken. Daarnaast is het per situatie afhankelijk welke dimensie het meest wordt toegepast (Van Merriënboer et al, 2002).

Competentiegericht opleiden bestaat al sinds de jaren twintig (Burke et al, 1974). Maar de eerste competentiegerichte leerplannen voor opleiden verschijnen rond de jaren zestig in de Verenigde Staten. Competentiegericht opleiden is een antwoord op de vraag naar een grote verantwoordingsplicht en meer efficiëntie en betrokkenheid door de samenleving (Tuxworth, 1989). Door de modernisering van de medische vervolgoopleidingen worden aios competentiegericht opgeleid tot een competent medisch specialist. Figuur 3.1 'The relation between competence, core competencies and constituting (domain-specific and generic) competencies' van Kouwenhoven (2003) brengt de algemene competenties van een beroepsbeoefenaar in beeld en hoe zij zich tot elkaar verhouden.

Het brede, algemene concept van competenties is met elkaar verbonden door middel van kerncompetenties (core competencies). Kerncompetenties worden omschreven als:



Figuur 3.1: De relatie tussen competentie, kerncompetenties en (domeingebonden en algemene) competenties (Kouwenhoven, 2003)

'De reeks van aangewezen competenties welke noodzakelijk zijn om een taak uit te voeren op een bevredigend niveau' (Kouwenhoven, 2003 pp 72). De kerncompetenties zijn direct verbonden met belangrijke arbeidstaken (key occupational tasks) en geïntegreerde clusters van domeingebonden (domain-specific) en algemene (generic) competenties. Competenties kunnen domeingebonden zijn, gerelateerd aan de clusters kennis (knowledge), vaardigheden (skills) en gedrag (attitude), binnen één specifiek domein verwant aan de beroepsuitoefening. De andere groep bestaat uit algemene competenties (zoals probleemoplossend vermogen en communicatie), deze zijn noodzakelijk in alle inhoudsdomeinen en kunnen in nieuwe arbeidstaken worden gebruikt. Soms wordt de laatstgenoemde groep ook wel 'life skills' genoemd, omdat deze competenties zowel van belang zijn tijdens de beroepsuitoefening als het privéleven (Kouwenhoven, 2003). Bij een competentiemodel, zoals het model van Kouwenhoven (2003), wordt wel de aanwezigheid van

bepaalde academische vaardigheden verondersteld. Oftewel de lerende moet domeingebonden en algemene competenties bezitten, welke zijn ontwikkeld op hoog niveau. Deze zijn noodzakelijk om innovatieve oplossingen te vinden voor wetenschappelijke problemen of problemen te herformuleren (Mathijssen-Jansen, 1999).

Veranderingen in de technologie, arbeid en organisaties leiden tot veranderingen in de noodzakelijke vakbekwaamheid om een bekwaam beroepsbeoefenaar te zijn. Beroepsbeoefenaren moeten aan steeds hogere en bredere eisen voldoen. Competentieontwikkeling is enerzijds bedoeld om opgewassen te zijn tegen de eisen die gesteld worden in termen van inzetbaarheid en employability (Onstenk & Kessels, 1999 in Kessels & Poell, 2001). En anderzijds de bijdrage die de beroepsbeoefenaar kan leveren aan de verbetering en innovatie van de werkprocessen binnen de organisatie (Kessels & Poell, 2001). Hierbij staat het probleemoplossend vermogen van beroepsbeoefenaars centraal. Het gaat hier om het vermogen om te gaan met de opgaven, dilemma's, problemen en tegenstrijdigheden in de beroepsuitoefening (Onstenk, 1997).

Het ontwikkelen van competenties is noodzakelijk om te kunnen functioneren als bekwaam beroepsbeoefenaar. Dit is echter niet voldoende, gedurende de beroepsuitoefening moeten competenties in stand worden gehouden, maar ook nieuwe competenties worden verworven. Een beroepsbeoefenaar heeft een breed scala aan competenties nodig om vakbekwaam te zijn.

3.2 Beroepsuitoefening

Competentiegericht opleiden van beroepsbeoefenaren moet hen goed voorbereiden op hun toekomstige beroepsuitoefening. Beroepsuitoefening in deze context kan worden omschreven als: *'Een rondom een min of meer gespecificeerd complex van activiteiten opgebouwd min of*

meer geïnstitutionaliseerd sociaal kader, dat voor de individuele beroepsbeoefenaar in meer of mindere mate gedrags- en plaatsbepalende functies heeft' (Van Hoof, 1969 in Onstenk, 1997 pp 36). Deze omschrijving is eveneens geldig voor, op basis van specifieke activiteitenpakketten afgebakende groepen van, het bedrijfsniveau. De arbeidsactiviteit van het individu wordt bepaald door de interne organisatie van het productieproces. De organisatie bepaalt op welke manier de activiteiten worden uitgevoerd. De arbeidsactiviteit wordt pas daadwerkelijk uitgevoerd als de activiteit op het niveau van de beroepsbeoefenaar plaatsvindt. De beroepsbeoefenaren vertalen zelf de eisen en opgaven van een product in een arbeidsactiviteit (Onstenk, 1997).

Om als beroepsbeoefenaar in een organisatie te kunnen functioneren worden specifieke competenties vereist, zoals: het leren van waarden, normen en percepties en het integreren in een groeps cultuur (Wenger, 1998). Het culturele systeem van een organisatie krijgt vorm door de praktijkgemeenschap(en) waar men tijdens een arbeidssituatie deel van uitmaakt. De vraag naar specifieke competenties resulteert niet alleen in vastgelegde kennis en vaardigheden, maar competenties welke gebaseerd zijn op stilzwijgende kennis en gedragspatronen die zijn ingebed in de cultuur van de groep of het bedrijf (Onstenk, 2004). Een competent beroepsbeoefenaar heeft competenties en vaardigheden nodig om met problemen, die hij tegenkomt, om te gaan en in staat te zijn tot optimaliserend en innoverend handelen binnen een beroep en arbeidsorganisatie (Onstenk, 1997). Centraal staat het probleemoplossend vermogen, het vermogen van werknemers om te gaan met de opgaven, problemen, dilemma's en tegenstrijdigheden in de arbeidsactiviteit. Arbeidscompetentie heeft betrekking op handelend vermogen in complexe arbeidssituaties en bestaat uit een zich ontwikkelende set strategieën om in het werk voorkomende, zowel subjectief als homogeen, waargenomen problemen aan te kunnen pakken (Baitsch en Frei, 1980 in Onstenk, 1997). Dederig & Schimming (1984 in Onstenk, 1997) en De Vries (1988 in Onstenk, 1997) onderscheiden in de relatie

van de beroepsbeoefenaar en de eisen vanuit het werkveld drie hoofdvormen: aanpassen, optimaliseren of veranderen. Bij 'aanpassen' verwerft de beroepsbeoefenaar de noodzakelijke competenties voor het uitvoeren van de werkzaamheden. Er wordt vooral aan het begin van de loopbaan geleerd, later wordt er alleen geleerd als reactie op veranderingen binnen het werkveld. Bij 'optimaliseren' staat het oplossen van incidenten en organisatorische problemen centraal. De werknemer moet goed kunnen inspringen op nieuwe productieconcepten. 'Veranderen' is gericht op het omgaan met contradicties en kernproblemen van het beroep en er worden van de werknemer nieuwe bijdragen verwacht om het probleem op te lossen.

3.3 Componenten van een brede vakbekwaamheid

Een competent beroepsbeoefenaar moet op een adequate wijze kunnen omgaan met de eisen, verwachtingen en problemen die zich (kunnen) voordoen tijdens de beroepsuitoefening. Onstenk (1997) analyseert in zijn proefschrift verschillende opvattingen over competente beroepsbeoefenaren. Uit zijn analyse heeft hij geconcludeerd dat er verschillende competentiegebieden kunnen worden onderscheiden, die verwijzen naar de verschillende typen opgaven waarvoor de werknemers zich gesteld zien. Deze analyse heeft geleid tot het model 'brede vakbekwaamheid' (Onstenk, 1997).

Onstenk geeft voor een brede vakbekwaamheid de volgende werkdefinitie: '*Brede vakbekwaamheid kan omschreven worden als een multi-dimensionale, gestructureerde en samenhangende set vakmatige, methodische, bestuurlijke, strategische, sociaalcommunicatieve, normatief-culturele en leercompetenties, gericht op een adequate aanpak van de kernproblemen van het beroep*' (Onstenk, 1997 pp. 128).

Vakmatige competenties en vaardigheden vormen de kern van de vakbekwaamheid. Dit zijn de feitelijke, begripsmatige en procedurele kennis en vaardigheden die

noodzakelijk zijn om productieve taken voor te bereiden, uit te voeren, te controleren en om problemen op te kunnen lossen. De vereiste vaardigheden zijn hierbij gekoppeld aan de taakinhoud: wat zijn de taken van een beroepsbeoefenaar en wat zijn de werkzaamheden van een beroepsbeoefenaar? Onstenk (1997) heeft in zijn proefschrift zeven componenten van een brede vakbekwaamheid opgesteld:

1. *Vakmatige competentie* (technische-praktische, informatieverwerkende en omgangsvaardigheden)
2. *Methodische competentie* (regel- en methodische vaardigheden)
3. *Bestuurlijk-organisatorische competentie* (verantwoordelijkheid en flexibiliteit)
4. *Strategische competentie* (opkomen belangen en employability)
5. *Sociaalcommunicatieve competentie* (samenwerkingsvaardigheden, omgaan met kritiek en geven/ontvangen feedback)
6. *Normatief-Culturele competentie en habitus* (betrokkenheid, groepshouding, motivatie en prestatiebereidheid)
7. *Leer- en vormgevingscompetentie* (reflectie leervaardigheden en 'double loop'-leren, transitie-, transfer- en vormgevingsvaardigheden)

In tabel 3.1 'Componenten van een brede vakbekwaamheid' wordt iedere competentie uiteengezet.

Onstenk (1997) benadrukt dat het bij een brede vakbekwaamheid niet alleen gaat om beroepsspecifieke vaardigheden. Het gaat eveneens om vaardigheden gericht op het functioneren in: een organisatie, het beheerssysteem en het communicatieculturele systeem. Vakbekwaamheid is een breed begrip bestaande uit verschillende vaardigheden. Hierbij gaat het om de samenhang en structuur welke bepaald zijn door de

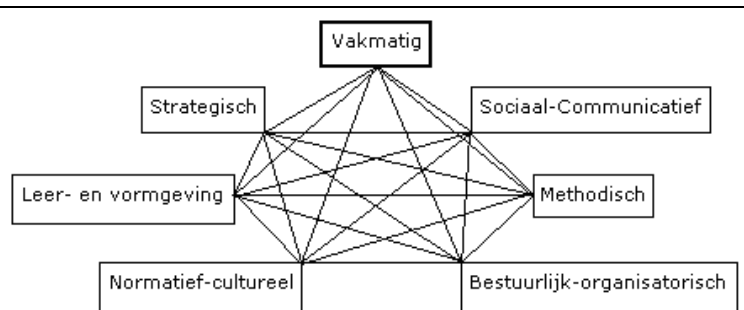
1 Vakmatig	Vakmatige competenties en vaardigheden vormen gezamenlijk het geheel dat vakbekwaamheid wordt genoemd. Een werknemer moet vakbekwaam zijn om taken voor te bereiden, uit te voeren en te controleren en om productieproblemen op te kunnen lossen. Een werknemer kan deze taken pas uitvoeren als hij in het bezit is van de benodigde kennis en vaardigheden (feitelijke, procedurele en begripsmatige). De benodigde kennis en vaardigheden staan in verband met de taakhoud, via deze weg kan men de eisen aan de werknemer opstellen (Onstenk, 1997).
2 Methodisch	Het plannen en organiseren van de eigen werkzaamheden omvat de methodische competentie. Daarnaast is het probleemoplossend vermogen van het individu een belangrijk kenmerk van deze competentie. De competentie is noodzakelijk voor het oplossen en de methode van aanpak van een probleem (Laur-Ernst, 1990 in Onstenk, 1997).
3 Bestuurlijk-organisatorisch	Het kunnen functioneren in een organisatie en het omgaan met bijkomende problemen omvat de bestuurlijk-organisatorische competentie. Het gaat hierbij om het organiseren van de eigen werkzaamheden, het aansturen en organiseren van werkzaamheden van anderen en het functioneren in een netwerk (Hirschhorn, 1995 in Onstenk 1997).
4 Strategisch	Centraal in deze competentie is het functioneren in een werkgever-werknemersverhouding. In een organisatie is sprake van een hiërarchie waarin iedere werknemer een bepaalde positie inneemt. Deze positie leidt tot verplichtingen, verantwoordelijkheden en gedragsregels (Onstenk 1997).
5 Sociaalcommunicatief	Deze competentie bevat het functioneren in een arbeidsomgeving, waarbij coördinerende en coöperatieve aspecten en samenwerking een belangrijke rol hebben (De Moor, 1996 in Onstenk, 1997). Alle taken en werkzaamheden die worden uitgevoerd in een sociaal verband. Hierdoor is er de noodzaak om met elkaar te samenwerken: in teamverband, met andere afdelingen of met mensen buiten het eigen bedrijf. Samenwerking kan plaatsvinden door middel van direct contact, maar ook op afstand door middel van bijvoorbeeld telefoon of beeldscherm (Onstenk, 1997).
6 Normatief-Cultureel	Bij het aspect 'deel uitmaken van een arbeidsorganisatie' wordt van een werknemer gedeelde normen en waarden en het ontwikkelen van motivatie, identiteit en betrokkenheid met de organisatie verwacht. De zogenoemde normatief-culturele competentie en habitus (Onstenk, 1997).
7 Leer- en vormgeving	Blijven leren en ontwikkelen zijn belangrijke aspecten voor een werknemer. Dit mede in verband met de ontwikkelingen van de organisatie waarmee de werknemer in de toekomst te maken kan krijgen (Hoff et al, 1990; Lappe, 1987 in Onstenk, 1997). Deze aspecten staan samen met het individuele ontwikkelingsperspectief centraal in deze competentie (Onstenk, 1997).

Tabel 3.1: Componenten van een brede vakbekwaamheid

kernproblemen van het beroep. Over het algemeen zal, van de zeven componenten, de vakmatige competentie de kern zijn van de vakbekwaamheid. Deze competentie is namelijk direct gerelateerd aan het object en motief van de beroepsuitoefening. Het dynamische en ontwikkelingskarakter van vakbekwaamheid is een essentieel kenmerk. Ontwikkeling is hierbij gericht op: de groei van (deel)competenties, het verwerven van nieuwe competenties, de integratie van nieuwe competenties of de verruiming van het toepassingsgebied van competenties. De vakbekwaamheid van een beroepsbeoefenaar wordt breder als het vermogen tot optimaliserend en innovatief

handelen wordt ontwikkeld. Naast verbreding van de inhoud wordt ook een grotere betrokkenheid en reflectie vereist (Onstenk, 1997).

Onstenk (1997) heeft van zijn model alleen een beschrijving gegeven en zijn model niet uitgetekend. Op basis van zijn uiteenzetting is het mogelijk om zijn model weer te geven in een figuur. Figuur 3.2 'Componenten van een brede vakbekwaamheid' toont een van de mogelijke manieren waarop het model van Onstenk (1997) gezien kan worden.



Figuur 3.2: Componenten van een brede vakbekwaamheid (gebaseerd op Onstenk (1997))

Volgens Onstenk (1997) vormt 'vakmatig' de kern van zijn model. In dit figuur wordt dit benadrukt door middel van dikkere lijn rondom 'vakmatig' in vergelijking met de andere componenten. De overige zes componenten leveren ieder hun bijdrage aan de brede vakbekwaamheid. Om het gelijke belang van iedere component aan te geven, zijn de zeven componenten in een cirkel weergegeven. De zeven componenten staan allen in verbinding met elkaar en oefenen invloed op elkaar uit. Dit wordt aangegeven door de lijnen die de zeven componenten met elkaar verbinden.

In vergelijking met het model van Kouwenhoven (2003), figuur 3.1, is dit figuur anders opgebouwd. Figuur 3.2 gaat alleen uit van competenties die allen met elkaar in verbinding staan en invloed op elkaar uitoefenen. Los van elkaar functioneren ze minder goed dan gezamenlijk. Figuur 3.1 toont alle aspecten die bij het vormen van een competent beroepsbeoefenaar moeten worden geleerd. Het model van Onstenk (1997) kan in feite worden gezien als een uitwerking van de kerncompetenties van Kouwenhoven (2003)

3.4 Kwalificatiecriteria en competenties

De termen 'competentie' en 'kwalificatie' worden door auteurs, met verschillende achtergronden, op veel verschillende wijzen gebruikt. Om aan te geven hoe de competenties en kwalificaties gebruikt worden om het takenpakket van medisch specialisten in kaart te brengen is het van belang deze termen nader te omschrijven.

Competentie en kwalificatie lijken in bepaalde opzichten op elkaar en zullen door veel mensen ook als hetzelfde worden gezien. Toch zijn er wezenlijke verschillen tussen de twee begrippen. Competenties hebben betrekking op persoonsgebonden kwaliteiten, waarmee de beroepsbeoefenaar in staat is om een vooraf omschreven resultaat of product te realiseren, in een beroepspraktijk. Kwalificaties daarentegen verwijzen naar de harde eisen die in arbeidssituaties worden gesteld aan de beroepsbeoefenaar (Klarus, 1998).

Competenties zijn niet direct observeerbaar en het is daardoor niet mogelijk ze vast te stellen. Wel zijn de handelingen en de hieruit voortkomende resultaten, die zich op basis van competenties manifesteren, observeerbaar. Om competenties te kunnen beoordelen moet er met constructen gewerkt worden. Informatie uit gedrag of gedragsresultaten maakt het mogelijk om de aanwezigheid van een competentie te bevestigen. Anders gezegd: er moet worden vastgesteld wat er beoordeeld moet worden, om de aanwezigheid van competenties aan

te tonen. In feite is het aantonen van de aanwezigheid van competenties een kwestie van bewijzen verzamelen en wegen en van daaruit een conclusie opstellen over de aanwezigheid of afwezigheid. De eisen waaraan een beroepsbeoefenaar moet voldoen worden geformuleerd in kwalificatiecriteria. Middels deze criteria is het mogelijk individueel verworven competenties vast te stellen en in kaart te brengen (Klarus, 1998).

Naast het in kaart brengen van datgene wat er beoordeeld moet worden, moet ook bepaald worden hoe er beoordeeld wordt. Voor de wijze waarop beoordeeld wordt zijn twee principes van belang: 1) Methoderelevantie, de gehanteerde methode dient relevant te zijn voor de competenties die beoordeeld worden. 2) Hoe smaller het gehanteerde competentiebegrip des te smaller de basis van de beoordelingsresultaten en des te geringer de mogelijkheid voor transfer van beoordelingsresultaten (Hager et al, 1994). Het beoordelen van competenties valt onder het begrip 'validiteit' (meet het meetinstrument accuraat de kennis, vaardigheden en kwaliteit die hij moet meten) (Klarus, 1998). Naast de twee principes die zijn voorgesteld door Hager et al (1994) zijn er nog een aantal kwaliteitseisen die de validiteit versterken. De kwaliteitseisen hebben betrekking op zowel de standaard beoordelingscriteria, de betrouwbaarheid van de beoordeling, de acceptatie en bruikbaarheid van de meetprocedure en de consequenties van de resultaten. Bij de beoordelingscriteria is het belangrijk dat er sprake is van 'content coverage'. De criteria moeten de betreffende competentie ook inhoudelijk dekken. Het bewijs is hierbij erg belangrijk, het bewijs dient toereikend te zijn. Mondelinge bewijzen van de fietsvaardigheden van een persoon zijn niet voldoende (Klarus, 1998).

3.5 Het meten van de brede vakbekwaamheid van medisch specialisten

De brede vakbekwaamheid van medisch specialisten dient ervoor te zorgen dat de medisch specialisten, als

competent beroepsbeoefenaar goed zijn voorbereid op hun beroepsuitoefening van medisch specialist. Een brede vakbekwaamheid bestaat niet uit alleen vakmatige vaardigheden, maar ook uit vaardigheden gericht op het functioneren in onder andere een organisatie (Onstenk, 1997). Om te functioneren als competent beroepsbeoefenaar moet de beroepsbeoefenaar verschillende specifieke competenties vaardig zijn. Deze competenties moeten ervoor zorgen dat de beroepsbeoefenaar goed kan omgaan met verschillende omstandigheden die zich kunnen voordoen tijdens arbeidssituaties (Wenger, 1998). Indien de beroepsbeoefenaar hieraan kan voldoen beschikt hij over een brede vakbekwaamheid. Op basis van het onderscheid van Merriënboer et al (2002, zoals besproken in paragraaf 3.1, maken de competenties van medisch specialisten onderdeel uit van de groep HRM en HRD. De competenties van medisch specialisten kunnen gezien worden als een onderdeel van een individu. Op basis van het onderscheid van Buskermolen et al (1999) maken de competenties van medisch specialisten onderdeel uit van de individuele competenties. Het geheel van individuele competenties van alle medisch specialisten in een ziekenhuis maakt, samen met de technische infrastructuur, procedures en cultuur, onderdeel uit van de organisatorische competentie.

Klarus (1998) geeft aan dat het niet mogelijk is om een competentie te leren, maar men leert vaardigheden die gezamenlijk een competentie vertegenwoordigen. Kouwenhoven (2003) geeft dit weer in zijn model, figuur 3.1. Hierin is te zien welke facetten betrokken zijn bij het vormen van een competent beroepsbeoefenaar en toont aan dat men niet enkel competenties kan leren en daardoor een competent beroepsbeoefenaar is. Hetzelfde geldt voor CanMEDS. Medisch specialisten worden, door het gebruik van CanMEDS bij de modernisering van de medische vervolgoopleidingen, opgeleid als competent beroepsbeoefenaar.

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden moet eerst de beroepsuitoefening van medisch specialisten in kaart

worden gebracht. Dit model moet algemeen geldig zijn voor alle medisch specialisten en zo opgesteld zijn dat iedere specialisme zelf toevoegingen kan doen, waardoor het aansluit op het eigen specialisme. Zoals Klarus (1998) al aangeeft is alleen het in kaart brengen van de competenties die een medisch specialist moet beheersen niet voldoende. Ook de vaardigheden die onderdeel zijn van een competentie zijn dragen bij aan het vormen van een competent beroepsbeoefenaar. Daarom is het noodzakelijk om, voor een duidelijke beeldvorming van de brede vakbekwaamheid van medisch specialisten, hun volledige beroepsuitoefening in kaart te brengen. In dit takenpakket dienen alle vaardigheden te worden opgenomen, welke zij tijdens hun beroepsuitoefening tegenkomen. Uit de beschreven literatuur blijkt dat het moeilijk is op competenties rechtstreeks vast te stellen. Competenties zijn zo omvattend dat zij niet door directe observaties in kaart kunnen worden gebracht. Door middel van het vaststellen van de beroepsuitoefening van medisch specialisten is het mogelijk om een beeld te krijgen van de competenties van medisch specialisten.

Een volgende stap in het onderzoek zou de toepassing van CanMEDS zijn, voor het in kaart brengen van het takenpakket van medisch specialisten en het aantonen van hun brede vakbekwaamheid. Echter kan CanMEDS niet gezien worden als competentiemodel, het is namelijk ontwikkeld als hulpmiddel voor opleiders bij het opleiden van medisch specialisten (Frank, 2005). Daarnaast is het gebaseerd is op resultaten van een onderzoek naar de wensen van de samenleving ten aanzien van medisch specialisten en niet op een wetenschappelijk gefundeerde taakanalyse van de beroepsuitoefening (<http://knmg.artsennet.nl>, 06-02-'08). Om na te gaan over de beroepsuitoefening van medisch specialisten breed vakbekwaam is, is er gezocht naar een wetenschappelijk gefundeerd competentiemodel waarmee de vergelijking kan worden gemaakt. Onstenk (1997) de kern van de vakbekwaamheid beschreven met behulp van zijn model 'Brede vakbekwaamheid'. De kern van dit model bestaat uit vakmatige competenties en vaardigheden, welke

gekoppeld zijn aan de taakinhoud. Volgens Onstenk (1997) gaat het bij een brede vakbekwaamheid niet alleen om beroepsspecifieke vaardigheden, maar zijn de vaardigheden ook gericht op het functioneren in: een organisatie, het beheerssysteem en het communicatieculturele systeem. Het model van Onstenk (1997) maakt het mogelijk om de brede vakbekwaamheid van medisch specialisten, middels hun beroepsuitoefening, aan te tonen.

Hoe het takenpakket van medisch specialisten in kaart is gebracht en de brede vakbekwaamheid van medisch specialisten wordt aangetoond wordt beschreven in het volgende hoofdstuk.

4 Methodologie

Dit onderzoek is een eerste stap in de beantwoording van de vraag: 'Hoe goed voelen medisch specialisten zich door de medische vervolgopleiding voorbereid op hun beroepsuitoefening?'. De eerste stap in het beantwoorden van deze vraag is het vaststellen van de beroepsuitoefening van medisch specialisten. Deze stap wordt in dit onderzoek gezet, aan de hand van de onderzoeksvraag: '*Hoe ziet de beroepsuitoefening van medisch specialisten eruit?*'.

Het onderzoek is een sociaalwetenschappelijk onderzoek. Swanborn (1996 in Baarda & De Goede, 1997) omschrijft deze methode van onderzoek als het onderzoeken, beschrijven en verklaren van bepaalde verschijnselen die zich voordoen bij mensen, groepen, organisaties, dorpen, steden of landen. In dit onderzoek staat de groep van geregistreerd medisch specialisten in Nederland centraal. Deze groep wordt nader toegelicht in de paragraaf 4.1. Het onderzoek is een beschrijvend onderzoek. Hierbij worden er, aan de hand van een steekproef, die representatief is voor de gehele onderzoekspopulatie, conclusies getrokken en van daaruit worden adviezen gegeven (Baarda & De Goede, 1997). De verschillende manieren waarop de data zijn verzameld, worden besproken in paragraaf 4.2. Paragraaf 4.3 beschrijft de wijze waarop de respondenten zijn benaderd. De laatste twee paragrafen van dit hoofdstuk beschrijven de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

4.1 Onderzoekspopulatie

Het voorlopige takenpakket van medisch specialisten vormt het onderzoekselement voor het algemeen universum oftewel de totale populatie (Segers, 1999). Volgens de meest recente cijfers van de MSRC waren er in 2006 17.846 geregistreerd medisch specialisten actief in

Nederland (MSRC, 2006). Om uitspraken te kunnen doen over het algemeen universum is er een speciaal universum geselecteerd. Het speciaal universum is de onderzoekspopulatie (Segers, 1999). De onderzoekspopulatie bestaat uit medisch specialisten die werkzaam zijn universitaire en perifere ziekenhuizen in Nederland.

De MSRC heeft van de 27 geregistreerd medisch specialismen een clusterindeling gemaakt, welke bestaat uit drie clusters: snijdend, beschouwend en ondersteunend. Voor dit onderzoek is er één wijziging gemaakt in de clusterindeling. Uit de indeling kan worden opgemaakt dat de snijdend en beschouwend specialismen wel contact met patiënten hebben en de ondersteunende specialismen niet. Het specialisme anesthesiologie is ingedeeld bij de ondersteunende specialismen, maar heeft wel contact met patiënten. Dit zou kunnen leiden tot vertekening in de data en daarom is besloten om het specialisme anesthesiologie in te delen bij de beschouwend specialismen. Daarnaast is de onderzoekspopulatie verdeeld in de clusters: universitaire medische centra en perifere ziekenhuizen. Zie voor een overzicht van de indeling bijlage 1 'Clusterindeling medisch specialisten'. Voor het in kaart brengen van het takenpakket van medisch specialisten zijn uit alle clusters medisch specialisten benaderd om een zo breed mogelijk beeld te krijgen.

4.2 Dataverzameling takenpakket medisch specialisten

Om het takenpakket van medisch specialisten in kaart te brengen zijn er meerdere onderzoeksmethoden gebruikt. In deze paragraaf worden de onderzoeksmethoden

besproken die gebruikt zijn om de beroepsuitoefening van medisch specialisten in kaart te brengen.

4.2.1 Observaties

Voor de eigen beeldvorming en voor de eerste data van het takenpakket van medisch specialisten zijn er drie meeloopdagen gehouden. De observaties verliepen aan de hand van een niet-participerende gestructureerde observatiemethode. De observaties zijn uitgevoerd door een volledige werkdag mee te lopen met een medisch specialist. Bij een niet-participerende gestructureerde observatie wordt vanaf een afstand geobserveerd met behulp van een vooraf opgestelde scorelijst (Segers, 1999). De scorelijst was opgesteld op basis van het takenpakket van aios van Yedema (2004) en wordt weergegeven in bijlage 3 'Scorelijst observaties'.

Activiteiten, die gedurende de observatie werden waargenomen, werden bijgehouden. De resultaten werden vergeleken met het takenpakket van aios en waargenomen activiteiten die nog niet waren opgenomen in het voorlopige takenpakket van medisch specialisten werden toegevoegd. De activiteiten die tijdens de observaties niet werden waargenomen werden uit het voorlopige takenpakket gehaald.

4.2.2 Interviews

De frequentie waarin de activiteiten van een medisch specialist voorkomen verschilt. Daardoor kwamen tijdens de observaties niet alle activiteiten aan bod. Om dit probleem te ondervangen werd aansluitend aan de observatie een kort gestructureerd face-to-face interview gehouden. Bij een gestructureerd face-to-face interview stelt de interviewer, binnen een beperkte tijd aan de hand van een vragenlijst, vragen aan de respondent die tegenover hem zit (Segers, 1999). De interviews werden gehouden aan de hand van de scorelijst voor de observaties. De activiteiten van de scorelijst vormden hierbij de structuur van het interview. De activiteiten die gedurende de observaties niet aan de orde waren geweest werden tijdens het interview besproken. De respondent

kon aangeven of hij de betreffende activiteit tijdens zijn beroepsuitoefening wel of niet tegenkwam. Vervolgens zijn gezamenlijk alle activiteiten van de scorelijst doorgenomen om na te gaan of de respondent nog activiteiten miste. De activiteiten die hieruit naar voren kwamen, werden later toegevoegd aan het voorlopig takenpakket van medisch specialisten.

4.2.3 Expertbeoordeling voorlopig takenpakket van medisch specialisten

Om een zo volledig mogelijk voorlopig takenpakket van medisch specialisten te krijgen zijn een aantal deskundigen benaderd voor hun expertise. Bij een expertbeoordeling krijgen een aantal deskundigen een vraagstuk voorgelegd waarover zij hun mening geven (Jones & Hunter, 1995). De deskundigen zijn benaderd met behulp van een convenience sample oftewel een gelegenheidssteekproef. Bij een convenience sample worden de respondenten benaderd die op dat moment voor handen zijn (Dassen & Keuning, 2002).

Voor een goede beeldvorming zijn deskundigen benaderd met verschillende achtergronden. Zij zijn afkomstig uit de grote groepen de clusterindeling, komen uit de dagelijkse patiëntenzorg en zijn nauw betrokken bij de modernisering van de medische vervolgopleidingen binnen het UMCG. De deskundigen zijn gevraagd om het voorlopig takenpakket van medisch specialisten door te nemen en te ontdoen van typische aios activiteiten en typische activiteiten van medisch specialisten toe te voegen.

4.2.4 Triangulatie

Uit de paragrafen 4.2.1 tot en met 4.2.3 blijkt dat er in dit onderzoek sprake is van triangulatie. Triangulatie is, voor het verkrijgen van data, het gebruik maken van verschillende onderzoeksmethoden. Door triangulatie toe te passen wordt de kans op systematische vertekening van de verkregen data verkleind (Dassen & Keuning, 2002). Daarnaast heeft het als voordeel dat 'meetfouten' die tijdens de analyses naar voren komen eventueel kunnen worden hersteld (Segers, 1999).

In dit onderzoek is triangulatie toegepast om een zo volledig mogelijk takenpakket van medisch specialisten in kaart te brengen. Dit om de respondenten van het survey-onderzoek een werkelijke afspiegeling van hun beroepsuitoefening te geven en dat zij, in hun ogen, niet teveel aanvullingen hoeven te geven. Om het voorlopig takenpakket van medisch specialisten in kaart te brengen is gebruik gemaakt van observaties, interviews en expertbeoordelingen. Door het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden is de beroepsuitoefening van medisch specialisten vanuit verschillende invalshoeken bekeken. Hierdoor is de kans op vertekening van de beroepsuitoefening van medisch specialisten tot een minimum beperkt.

De triangulatie leverde kleine bijstellingen op in het takenpakket van aios. Dit gaf de bevestiging dat het de moeite waard is om verder onderzoek te verrichten en het voorlopig takenpakket van medisch vast te stellen, middels een survey-onderzoek.

4.2.5 Survey-onderzoek

Om het voorlopig takenpakket vast te stellen is een grootschaliger onderzoek noodzakelijk, hiervoor is gebruik gemaakt van een survey-onderzoek. Voor het survey-onderzoek is gekozen om gebruik te maken van een elektronische enquête vanwege de snelle methode van dataverzameling. In een korte periode kan een grote hoeveelheid aan data worden verwerkt. Daarnaast is een survey-onderzoek geschikt om ervaringen te meten (Segers, 1999). Een ervaring in deze context duidt op de aan- of afwezigheid van een activiteit bij de beroepsuitoefening van medisch specialisten. Door de elektronische vorm voeren de respondenten zelf hun antwoorden in en worden digitaal opgeslagen. Hierdoor is er geen kans dat de onderzoeker fouten maakt bij het invoeren van de data. Wel blijft de kans aanwezig dat de respondenten fouten maken bij het invullen van hun antwoorden (Segers, 1999).

In de enquête geven de respondenten via een ordinale schaal aan in hoeverre zij met de betreffende activiteit in hun beroepsuitoefening te maken hebben. Een ordinale schaal is een categorie met rangorde waarin de waarden een orde aangeven, maar het onderlinge verschil niet exact is (Dassen & Keuning, 2002). Bij iedere activiteit hebben de respondenten de keuze uit zes antwoordcategorieën, hieraan zijn scores gekoppeld lopend van één tot en met zes. Door middel van de scores is het mogelijk om gemiddelde antwoorden per activiteit te berekenen. De antwoordcategorieën zijn: dagelijks (6), wekelijks (5), maandelijks (4), halfjaarlijks (3), sporadisch (2) en nooit (1) (Clason & Dormody, 1994). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de gemiddelden niet een exact beeld weergeven, aangezien de stappen tussen de verschillende antwoordcategorieën niet gelijk zijn. De gemiddelden geven alleen een indicatie.

Voor duidelijkheid en herkenbaarheid voor de respondenten zijn de activiteiten in de enquête gegroepeerd aan de hand van samenhangende activiteiten uit de beroepsuitoefening van medisch specialisten. Aan het einde van ieder onderdeel van de vragenlijst hebben de respondenten de ruimte voor op- en/of aanmerkingen.

Om inzicht te krijgen in het takenpakket van medisch specialisten zijn gemiddelden berekend van de antwoordmogelijkheden. Het gemiddelde geeft een indicatie hoe vaak een taak gemiddeld wordt uitgevoerd. Daarnaast zijn gemiddelden berekend om een indicatie per cluster medisch specialisten te verkrijgen. Daardoor is het mogelijk om uitspraken te doen over het takenpakket van medisch specialisten.

De algemene vragen zijn aan het einde van de enquête geplaatst om de aandacht van de respondent te focussen op het belangrijkste deel van de enquête, het inhoudelijke deel. De verwachting was dat naarmate een respondent langer bezig was met het invullen van de enquête de concentratie afnam, waardoor ze sneller hun antwoorden invullen. De algemene vragen zijn voor de respondent

relatief makkelijk te beantwoorden, waarmee de kans op foutieve antwoorden werd verkleind.

Door middel van de toepassing van de beschreven onderzoeksmethoden is het takenpakket van medisch specialisten in kaart gebracht.

4.3 Respondenten van het survey-onderzoek

Van de medisch specialisten in Nederland of in de Onderwijs- en Opleidingsregio Noord- en Oost-Nederland (OOR NO) waren geen lijsten met e-mailadressen beschikbaar. Om zoveel mogelijk medisch specialisten te kunnen bereiken en een spreiding te krijgen in de clusterindeling is besloten om de medisch specialisten door middel van een opsporingssteekproef te benaderen. Bij een opsporingssteekproef wordt binnen het netwerk van alle betrokken gekeken naar het aantal mogelijke respondenten en deze worden vervolgens allen benaderd (Segers, 1999). Voor dit onderzoek zijn de respondenten benaderd via: voorzitters van de COC, opleiders van medisch specialisten uit het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), contacten met perifere ziekenhuizen en eigen netwerken. Een voordeel van deze methode is dat de medisch specialisten zijn benaderd door mensen die zij kennen, waardoor de kans op respons wordt vergroot. Om de spreiding over de clusterindeling te bewaken en de N te vergroten is er nog contact gezocht met andere ziekenhuizen, met het verzoek de enquête door te sturen. De spreiding van respondenten in de clusterindeling wordt weergegeven in bijlage 1 'Clusterindeling medisch specialisten'. Uiteindelijk hebben de verschillende benaderingswijzen geresulteerd in een N van 106, waarvan er 14 enquêtes onvolledig waren en daardoor niet bruikbaar. Hierdoor bleef er een N van 92 over.

De keuze voor de methode van opsporingssteekproef heeft als nadeel dat de non-respons niet bepaald kon worden, doordat het aantal benaderde respondenten onbekend is. De non-respons geeft aan hoeveel van de benaderde

respondenten niet meewerkten aan het onderzoek (Dassen & Keuning, 2002).

4.4 Expertbeoordeling takenpakket versus competentiemodel

Voor een extra check van het takenpakket van medisch specialisten is het takenpakket vergeleken met het competentiemodel 'Brede vakbekwaamheid' van Onstenk (1997). Met deze vergelijking is het mogelijk om bij vervolgonderzoek te kijken of de beroepsuitoefening van medisch specialisten aansluiting bij het competentiegericht opleiden van medisch specialisten.

Voor de vergelijking is gebruik gemaakt van een tweede expertbeoordeling. De deskundigen, met verschillende achtergronden, zijn net als bij de eerste expertbeoordeling benaderd door middel van convenience sample (Dassen & Keuning, 2002). Om de componenten van het model voor de deskundigen te verduidelijken zijn deze in een kort overzicht uiteengezet, zie tabel 3.1 'Componenten van een brede vakbekwaamheid'. Voor een extra controle door een expert is de beschrijving door Onstenk zelf gecontroleerd of iedere beschrijving dekkend was. Onstenk (2008) gaf aan dat het overzicht een prima weergave is van zijn model.

De deskundigen kregen de opdracht om de activiteiten van het takenpakket te verdelen onder de zeven componenten van het model van Onstenk (1997). Per activiteit moesten zij één of maximaal twee bijbehorende componenten selecteren. De data van de respondenten zijn uitgezet in een overzichtstabel. Per activiteit werd gekeken welke één à twee componenten het meest werden aangegeven door de respondenten. Dit resulteerde in een beeld van de brede vakbekwaamheid van medisch specialisten.

4.5 Validiteit

De validiteit wordt bij een onderzoek vastgesteld om na te gaan of daadwerkelijk hetgeen is gemeten wat men wil weten. De validiteit van een onderzoek kan worden aangetoond middels content validity (inhoudsvaliditeit). Bij validiteit is ook de generaliseerbaarheid van de resultaten van belang. Er is sprake van kwantitatieve generaliseerbaarheid indien de activiteiten van het takenpakket van medisch specialisten een voldoende steekproef vormen voor het geheel van mogelijke taken. Naast kwantitatieve generaliseerbaarheid is er sprake van kwalitatieve generaliseerbaarheid, dan zijn alle activiteiten uit het takenpakket van medisch specialisten voldoende representatief en relevant voor hun beroepsuitoefening (Straetmans, 1995 in Klarus, 1998).

Om de validiteit van de enquête te waarborgen is, voordat de enquête is verstuurd, een pretest gehouden. Bij een pretest worden de vragen aan een groep proefrespondenten voorgelegd om te kijken of zij bij het invullen problemen tegenkomen. Door een pretest uit te voeren is het mogelijk om in korte tijd veel informatie over de vragenlijsten te krijgen en om mogelijke problemen te ondervangen (Segers, 1999). Enkele medisch specialisten hebben de enquête ingevuld om te controleren of er onduidelijkheden in zaten en alle vragen eenduidig waren. Daarnaast hebben enkele mensen zonder medische achtergrond de enquête ingevuld om te controleren of de formulering helder was. Op basis van hun feedback kon geconcludeerd worden dat alle vragen in de vragenlijst in orde waren en er alleen enkele tekstuele wijzigingen noodzakelijk waren.

De validiteit van een onderzoek wordt beïnvloed door de objectiviteit van de onderzoeker. Om vertekening van de resultaten te voorkomen is er gebruik gemaakt van triangulatie (Dassen & Keuning, 2002). De triangulatie in dit onderzoek bestaat uit observaties, interviews en expertbeoordelingen. Door deze onderzoeksmethoden te

combineren is getracht een zo volledig mogelijk takenpakket vast te stellen, waar geen 'storende' facetten meer aanwezig zijn die de meting kunnen beïnvloeden.

4.6 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek geeft aan hoe consistent de resultaten zijn in kwestie van tijd en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Oftewel bij een herhaalde meting moet een andere onderzoeker exact dezelfde resultaten krijgen. Er mogen geen toevallige omstandigheden invloed hebben gehad op de meting (Segers, 1999). Het is belangrijk dat alle stappen van het onderzoek worden beschreven in het onderzoeksverslag (Baarda et al, 2000).

Een meetinstrument is inhoudsvalide als het op een correcte manier de inhoud van de gemeten resultaten weergeeft. Belangrijk is dat alle facetten waar de onderzoeker eventueel invloed op uit kan oefenen geneutraliseerd zijn (Segers, 1999). Bij metingen worden fouten gemaakt, waarbij onderscheid kan worden gemaakt tussen systematische en niet-systematische fouten. Systematische fouten beïnvloeden de meting continue, zoals een vragenlijst die zo is opgezet dat eerdere vragen de respondent ideeën geven hoe zij andere vragen kunnen beantwoorden (Segers, 1999). Met name niet-systematische fouten leiden tot onbetrouwbaarheid. Niet-systematische fouten, zoals toevalsfouten, zorgen ervoor dat het meetinstrument geen juiste resultaten oplevert (Dassen & Keuning, 2002).

Door de pretest van de enquête is getracht de fouten zoveel mogelijk uit de enquête te halen. Dit moet voorkomen dat de respondenten (niet-)systematische fouten maken bij het invullen van de enquête. Bovendien zijn alle genomen stappen in het onderzoek afgestemd met de verschillende betrokkenen bij het onderzoek. Daarnaast is er gebruik gemaakt van een heldere data-analyse, wat het

mogelijk maakt om het onderzoek te herhalen. Door duidelijk en gestructureerd te werk te gaan, zou een andere onderzoeker dezelfde resultaten moeten verkrijgen. De resultaten die de verschillende onderzoeksmethoden, die in dit hoofdstuk zijn besproken, hebben opgeleverd worden in het volgende hoofdstuk besproken.

5 Resultaten

In het vorige hoofdstuk is de methodologische verantwoording van het onderzoek besproken. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten die verkregen zijn middels de verschillende onderzoeksmethoden. De eerste paragraaf beschrijft de totstandkoming van het voorlopig takenpakket van medisch specialisten. Het voorlopig takenpakket dat hieruit voortkomt, is gebruikt voor het survey-onderzoek om de beroepsuitoefening van medisch specialisten vast te stellen. In paragraaf 5.2 wordt in verschillende deelparagrafen de resultaten van het survey-onderzoek besproken. Tot slot geeft paragraaf 5.3 de resultaten van de vergelijking van het takenpakket en het model 'Brede vakbekwaamheid' van Onstenk (1997) weer.

5.1 Kwalitatieve benadering initieel takenpakket van medisch specialisten

Het takenpakket van aios (bijlage 3, het takenpakket van aios wordt weergegeven in de scorelijst), opgesteld door Yedema (2004), is als basis genomen om het takenpakket van medisch specialisten in kaart te brengen. Het takenpakket van aios bestaat uit 65 activiteiten. Op basis van de verkregen data door middel van de observaties en interviews is een eerste voorlopig takenpakket van medisch specialisten, bestaande uit 69 activiteiten, opgesteld. Dit voorlopige takenpakket is vervolgens voorgelegd aan zeven experts. Op basis van hun feedback zijn er nog een aantal activiteiten toegevoegd en vervallen. Tabel 5.1 geeft de resultaten van de verschillende onderzoeksmethoden weer. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een voorlopig takenpakket van medisch specialisten bestaande uit 73 activiteiten. Daarnaast leverden de verschillende onderzoeksmethoden een aantal kleine tekstuele aanpassingen op. Het volledige takenpakket van medisch specialisten wordt weergegeven in hoofdstuk 4

	Beoordeeld	Vervallen	Toegevoegd	Totaal
Ronde 1	65	1	5	69
Expertbeoordeling				
Ronde 2	69	7	11	73
Observatie/Interview				

Tabel 5.1: Schematisch overzicht vorming takenpakket medisch specialisten

Om de lijst met 73 activiteiten overzichtelijk te maken, zijn de activiteiten verdeeld in vijf samenhangende groepen:

1. Activiteiten rond het doen van consulten/sprekuren/visites. (N=16)
2. Activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden. (N=10)
3. Activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling. (N=12)
4. Activiteiten op het gebied van samenwerken, begeleiden en organiseren. (N=21)
5. Activiteiten rond leren en veranderen. (N=14)

Deze indeling moet zorgen voor herkenbaarheid en duidelijkheid bij het invullen van de enquête door de medisch specialisten.

Om een indicatie te krijgen van de mate waarin een activiteit wordt uitgevoerd door medisch specialisten is aan iedere antwoordmogelijkheid een getal toegekend en zijn gemiddelden berekend. Dit zijn: dagelijks (6), wekelijks (5), maandelijks (4), halfjaarlijks (3), sporadisch (2) en nooit (1). Voor een duidelijk overzicht worden de gemiddelden afgerond op twee decimalen. Een voorbeeld hoe de gegevens geïnterpreteerd kunnen worden is:

- tot 2.00 = sporadisch - nooit
- 2.00 tot 3.00 = halfjaarlijks - sporadisch
- 3.00 tot 4.00 = maandelijks - halfjaarlijks
- 4.00 tot 5.00 = wekelijks - maandelijks
- 5.00 tot 6.00 = dagelijks – wekelijks

Dit betekent, hoe hoger de score des te vaker voeren de medisch specialisten de betreffende activiteit uit.

5.2 Resultaten survey-onderzoek

In deze paragraaf worden de resultaten van survey-onderzoek besproken. In de eerste paragraaf komt de achtergrond van de respondenten aan de orde. De volgende vijf paragrafen bespreken de resultaten van de vijf groepen met activiteiten uit het takenpakket van medisch specialisten. In de tabellen, waarin de resultaten worden weergegeven, wordt in de eerste kolom het totaaloverzicht van alle respondenten weergegeven.

Daarnaast is een onderscheid gemaakt volgens de clusterindeling, snijdend (S), beschouwend (B) en ondersteunend (O) medisch specialismen. De laatste paragraaf geeft de algemene opmerkingen weer, welke door de respondenten gemaakt zijn bij het invullen van de enquête.

5.2.1 Respondenten

In totaal hebben 106 respondenten aan het onderzoek deelgenomen. Van de 106 enquêtes bleken er 92 (88%) bruikbaar te zijn. De andere 14 vragenlijsten waren onvoldoende ingevuld om te gebruiken voor de data-analyse. Tabel 5.2 'Achtergrondgegevens respondenten' geeft een overzicht van de respondenten.

Achtergrondgegevens	N (%)
Man/Vrouw verhouding	73 (79.35%) mannen 19 (20.65%) vrouwen
Gemiddelde leeftijd	50 jaar en 3 maanden (spreiding 32 – 62 jaar)
Soort ziekenhuis	46 (50%) Universitair 46 (50%) Perifeer
Gemiddeld jaren registratie	1992 (spreiding 1973 - 2008)
Gemiddeld aantal jaren werkervaring	15 jaar en 4 maanden (spreiding 1 - 33 jaar)
Gemiddelde werkweek	51-60 uren (spreiding 21-30 – 80 of meer uren per week)
Aantallen volgens clusterindeling	35 (38.04%) snijdende specialisten 45 (48.91%) beschouwende specialisten 12 (13.05%) ondersteunende specialisten
Betrokken bij het opleiden van aios	85.11%
Betrokken bij het opleiden van coassistenten	87.23%

Tabel 5.2: Achtergrondgegevens respondenten

5.2.2 Activiteiten rond het doen van consulten / spreekuren / visites

Aan de hand van de resultaten in tabel 5.3 kan worden afgeleid dat medisch specialisten alle activiteiten uit dit cluster maandelijks tot halfjaarlijks uitvoeren. De activiteit 'Telefonisch spreekuur doen' wordt gemiddeld het minst vaak uitgevoerd met 3.43 (maandelijks – halfjaarlijks). Op basis van de clusterindeling was het te verwachten dat de groep snijdend medisch specialismen hoog zou scoren op de activiteiten 'Kleine invasieve ingrepen uitvoeren' en

'Ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren' en dat de andere specialismen lager zouden scoren. Dit blijkt dan ook uit het feit dat snijdend medisch specialismen de activiteiten wekelijks - maandelijks (4.09) uitvoeren tegenover respectievelijk maandelijks - halfjaarlijks (3.51) en halfjaarlijks - sporadisch (2.33).

Uit de vergelijking tussen de drie specialismen blijkt dat de ondersteunend specialismen alle activiteiten, ten opzichte van de snijdend en beschouwend specialismen, gemiddeld

minder frequent uitvoeren, met uitzondering van de activiteit 'Diensten doen'. Doordat de ondersteunend specialismen afwijkend scoren wordt het totaaloverzicht

van medisch specialisten beïnvloed. Maar uit de resultaten kan worden opgemaakt dat alle activiteiten representatief zijn voor de beroepsuitoefening van medisch specialisten.

Activiteit	Totaal	S	B	O
Vorbereiden van een consult, spreekuur en/of visite lopen	5.34	5.73	5.43	3.92
Patiënten met acute problematiek zien	5.11	5.54	5.21	3.58
Nieuwe patiënten op spreekuur zien	5.03	5.58	5.26	2.67
Patiënten met langdurige/chronische problematiek op spreekuur zien	4.84	5.30	5.17	2.25
Controlepatiënten op een spreekuur zien	4.83	5.58	5.00	2.08
Papieren visite op afdeling doen	3.86	4.46	3.87	2.17
Klinische visite op de afdeling lopen	3.78	4.79	3.60	1.75
Telefonisch spreekuur doen	3.43	3.79	3.43	2.50
Anamnese afnemen	5.36	5.73	5.60	3.42
Lichamelijk onderzoek doen	5.15	5.58	5.38	3.08
Aanvullend onderzoek aanvragen	5.30	5.64	5.43	3.92
Resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren	5.64	5.70	5.68	5.33
Beleid opstellen voor een patiënt	5.53	5.82	5.64	4.33
Diensten doen (in huis aanwezig zijn of telefonische bereikbaarheidsdienst)	4.39	4.61	4.26	4.33
Kleine invasieve ingrepen uitvoeren (bv.: lumbaalpunctie of sternumpunctie)	3.57	4.09	3.51	2.33
Ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren	3.57	5.21	2.87	1.75

Tabel 5.3: Groep 1: Activiteiten rond het doen van consulten / spreekuren / visites

Legenda: Totaal: =alle medisch specialisme, S = snijdende specialismen, B = beschouwende specialismen en O = ondersteunende specialismen

5.2.3 Activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden

Uit de resultaten blijkt dat de medisch specialisten alle activiteiten uit deze groep tegenkomen tijdens hun beroepsuitoefening. Twee activiteiten scoren veel lager dan de overige activiteiten, namelijk 'Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie' wordt volgens de respondenten gemiddeld sporadisch - nooit (1.88) uitgevoerd. En 'Gesprekken voeren met patiënten en familie over gemaakte medische fouten', deze activiteit wordt halfjaarlijks - sporadisch (2.33) uitgevoerd. Op basis van de activiteiten zijn dit niet hele opvallende cijfers. Het zijn namelijk activiteiten die medisch specialisten weinig

tegenkomen in hun beroepsuitoefening, maar wel belangrijk zijn.

Evenals in de eerste groep van activiteiten wijken de ondersteunend specialismen ook in deze groep met activiteiten af ten opzichte van de snijdend en beschouwend specialismen. Ook in deze groep met activiteiten beïnvloeden de gemiddelden van ondersteunend specialismen het totaalbeeld van medisch specialismen. Alle gemiddelden van de ondersteunend specialismen zijn lager dan die van de snijdend en beschouwend specialismen. Deze afwijking kan veroorzaakt worden doordat de ondersteunende specialismen weinig tot geen patiëntencontact hebben, dit in tegenstelling tot de andere twee specialismen.

Activiteit	Totaal	S	B	O
Op patiëntniveau uitleg geven over diagnose, behandelplan, alternatieven etc.	5.59	5.79	5.66	4.75
Gesprekken voeren met patiënten of hun wettelijke vertegenwoordigers voor het verkrijgen van toestemming (bv.: voor bepaald onderzoek, donatie, medicatie of operaties)	4.66	5.24	4.77	2.67
Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie	1.88	1.76	2.15	1.17
Gesprekken voeren met familie over het te voeren beleid	4.30	4.55	4.55	2.67
Gesprekken voeren met patiënten en familie over gemaakte medische fouten	2.33	2.64	2.23	1.83
Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten	3.71	3.85	3.96	2.33
Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten	2.95	3.03	3.15	1.92
Omgaan met derden die aanwezig zijn bij contacten die ik heb met patiënten	4.30	4.76	4.28	3.17
Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten	4.93	5.24	5.17	3.17
Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten	5.10	5.48	5.36	3.00

Tabel 5.4: Groep 2: Activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden

Legenda: Totaal =alle medisch specialismen, S = snijdende specialismen, B = beschouwende specialismen en O = ondersteunende specialismen

5.2.4 Activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling

Uit de data-analyse blijkt dat de medisch specialisten alle activiteiten uit deze groep tegenkomen tijdens hun beroepsuitoefening. Hierin zit echter wel een spreiding van 5.51 (dagelijks - wekelijks, 'Brieven schrijven en/of dicteren') tot en met 2.30 (halfjaarlijks - sporadisch, 'De overplaatsing van een patiënt naar een andere zorginstelling regelen'). Dit strookt ook met de verwachting welke activiteiten medisch specialisten het meest uitvoeren en welke zij minder vaak tegenkomen tijdens hun beroepsuitoefening.

In tegenstelling tot de vorige twee groepen met vragen, wijken de ondersteunend specialismen in deze activiteitengroep minder af van de snijdend en beschouwend specialismen.

Qua antwoordenpatroon blijven de snijdend en beschouwend specialismen dicht bij elkaar, maar de ondersteunend specialismen hebben minder invloed op het totaal. De activiteiten waar de ondersteunend specialismen meer op afwijken zijn de activiteiten waarbij direct patiëntencontact is. Dit hebben de ondersteunend specialismen weinig tot niet, waardoor hun antwoordenpatroon klopt met de verwachtingen.

Activiteit	Totaal	S	B	O
Het medisch dossier van patiënten bijhouden	5.41	5.70	5.51	4.25
Patiëntgegevens elektronisch verwerken	5.45	5.24	5.64	5.25
Aanvraagformulieren invullen en/of ondertekenen	5.40	5.61	5.49	4.50
Brieven schrijven en/of dicteren	5.51	5.73	5.45	5.17
Vervolgrecepten schrijven	4.36	5.15	4.55	1.42
DBC-registratieformulieren invullen	5.10	5.52	5.19	3.58
Overleggen met verzekeraar over de vergoeding van een behandeling	2.26	2.67	2.17	1.50
Vorbereiden van een patiëntenoverdracht/-bespreking	4.70	4.55	4.70	5.08
Een patiënt presenteren op een patiëntoverdracht of – bespreking	4.33	4.09	4.34	4.92
De overplaatsing van een patiënt naar een andere afdeling regelen	2.95	2.79	3.51	1.17
De overplaatsing van een patiënt naar een ander ziekenhuis regelen	2.51	2.27	3.00	1.25
De overplaatsing van een patiënt naar een andere zorginstelling (bv.: verpleeghuis) regelen	2.30	2.30	2.62	1.08

Tabel 5.5 Groep 3: Activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling

Legenda: Totaal = alle medisch specialismen, S = snijdende specialismen, B = beschouwende specialismen en O = ondersteunendespecialismen

5.2.5 Activiteiten op het gebied van samenwerken, begeleiden en organiseren

Activiteit	Totaal	S	B	O
Met collega specialisten in teamverband werken	5.72	5.64	5.79	5.67
Samenwerken in een multidisciplinair team	5.37	5.15	5.55	5.25
Samenwerken met verpleegkundigen	5.21	5.79	5.23	3.50
Samenwerken met paramedici (bv.: diëtisten of fysiotherapeuten)	5.00	5.09	5.26	3.75
Samenwerken met mensen die psychosociale begeleiding bieden (bv.: medisch maatschappelijk werk)	3.79	3.67	4.30	2.17
Samenwerken met ondersteunend personeel	5.53	5.58	5.47	5.67
Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden (bv.: pastor of geestelijk verzorger)	2.54	2.79	2.67	1.25
Leiding geven aan een team	5.16	5.36	5.11	4.83
Leiding geven aan een afdeling/praktijk	4.52	4.52	4.43	4.92
Een collega specialist in consult vragen	4.87	4.91	4.94	4.50
Een collega specialist adviseren die mij in consult vraagt	5.24	5.12	5.34	5.17
Feedback geven op het handelen van collega's	4.22	4.48	3.96	4.50
Met feedback omgaan die ontvang van collega's	4.07	4.21	3.96	4.50
Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden	5.33	5.42	5.26	5.33
Mijn activiteiten binnen de beschikbare tijd afronden	5.47	5.61	5.43	5.25
De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's	5.17	5.33	5.13	4.92
Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning in de war gooien	5.39	5.45	5.32	5.50
Deelnemen aan overlegsituaties over de financiële situatie van het medisch specialisme	3.65	4.03	3.43	3.50
Deelnemen aan overleg met het ziekenhuismanagement	3.43	3.94	3.23	2.83
Subsidieaanvragen voorbereiden en indienen	2.24	2.76	2.02	1.67
Overleggen met huisarts over een patiënt	4.40	4.45	4.60	3.50

Tabel 5.6 Groep 4: Activiteiten op het gebied van samenwerken, begeleiden en organiseren

Legenda: Totaal: alle medisch specialismen, S = snijdende specialismen, B = beschouwende specialismen en O = ondersteunende specialismen

De medisch specialisten geven aan dat zij alle activiteiten uit deze groep tegenkomen tijdens hun beroepsuitoefening. Hierbij treedt een spreiding op van 5.72 (dagelijks- wekelijks, 'Met collega medisch in teamverband werken') tot en met 2.24 (halfjaarlijks - sporadisch, 'Subsidieaanvragen voorbereiden en indienen').

Opvallend is dat ook in deze groep met activiteiten de gemiddelden van de snijdend en beschouwend medisch

specialismen erg dichtbij elkaar zitten. De ondersteunend specialismen wijken bij een aantal activiteiten nog af met de snijdend en beschouwend specialismen, maar dit heeft geen grote invloed meer op het totaal gemiddelde. Dit sluit ook aan bij deze groep met activiteiten. In deze groep wordt niet gevraagd naar het contact met patiënten, waardoor de ondersteunend specialismen ook direct minder afwijken.

5.2.6 Activiteiten rond leren en veranderen

Activiteit	Totaal	S	B	O
Onderzoek doen	4.14	4.48	3.91	4.08
Een referaat houden	3.30	3.15	3.55	3.25
Een artikel schrijven	2.85	3.33	2.51	2.83
Co-assistenten superviseren	4.82	5.45	4.67	4.42
Arts-assistenten superviseren	5.39	5.81	5.09	5.42
Reflecteren op het eigen handelen	5.02	5.15	4.96	4.92
Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen	4.78	4.94	4.72	4.58
Vakliteratuur bijhouden	5.13	5.21	5.06	5.17

32

Bij- en nascholing volgen op medisch inhoudelijk gebied	3.92	4.00	3.85	4.00
Bij- en nascholing volgen op organisatorisch- en/of managementgebied	2.33	2.79	2.06	2.08
Bij- en nascholing volgen rond onderwijs en opleiden	2.61	2.97	2.43	2.33
Lesgeven (aan bv.: co-assistenten of verpleegkundigen)	3.96	4.36	3.87	3.25
Zorgen voor kwaliteits- en organisatieverbetering	4.02	4.21	3.91	3.92
Een bijdrage leveren aan onderwijsvernieuwingen	2.70	3.24	2.43	2.25

Tabel 5.7 Groep 5: Activiteiten rond leren en veranderen

Legenda: **Totaal:** alle medisch specialisten, **S** = snijdende specialismen, **B** = beschouwende specialismen en **O** = ondersteunende specialismen

In deze laatste groep met activiteiten behoren alle activiteiten tot de beroepsuitoefening van medisch specialisten. De activiteit 'Bij- en nascholing volgen op organisatorisch- en/of managementgebied' wordt met 2.33 (halfjaarlijks - sporadisch) het minst vaak uitgevoerd. Arts-assistenten superviseren is de activiteit die de medisch specialisten het meest tegenkomen in hun beroepsuitoefening met een gemiddelde van 5.39 (dagelijks - wekelijks).

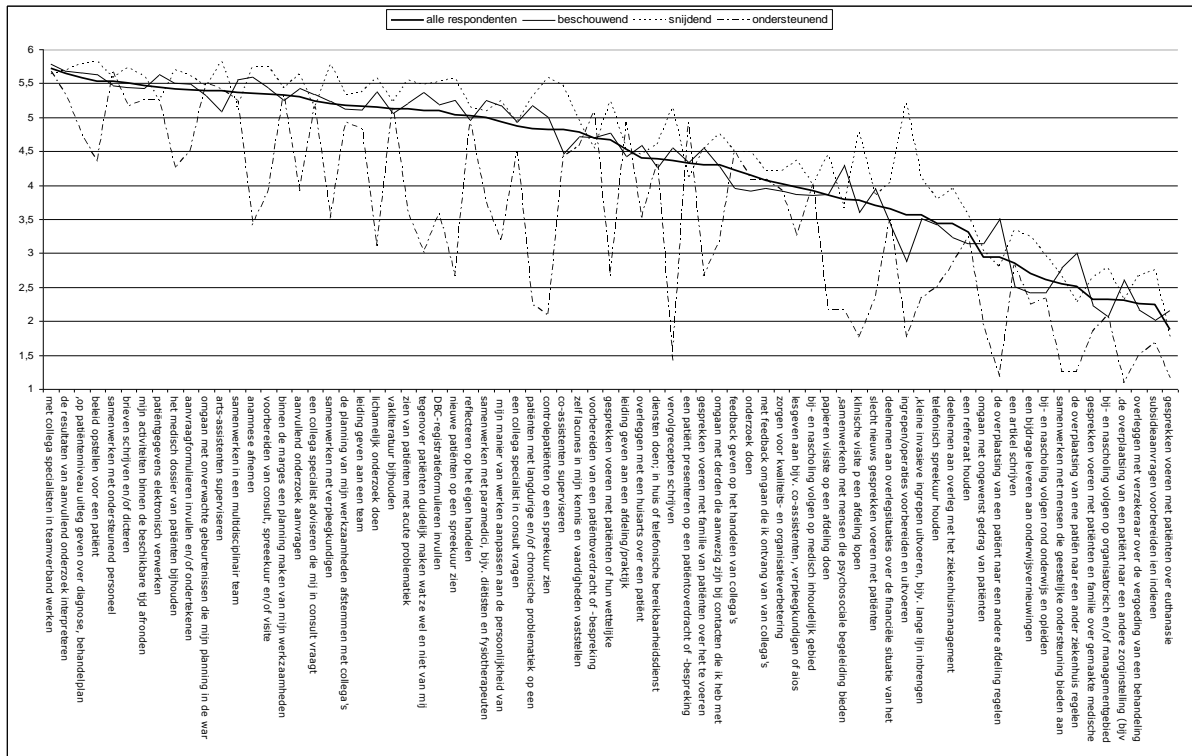
Onderling verschillen de drie groepen medisch specialismen weinig van elkaar. In vergelijking tot de eerste groepen met activiteiten zitten de medisch specialisten hier op één lijn. Waarbij ook hier alle activiteiten worden uitgevoerd tijdens de beroepsuitoefening van medisch specialisten.

Voor een overzicht van de activiteit welke medisch specialisten het meest tegenkomen in hun beroepsuitoefening tot en met de activiteit welke zij het

minst tegenkomen, zijn alle 73 activiteiten in grafiek 5.1 Beroepsuitoefening van medisch specialist verwerkt. Op de X-as worden alle activiteiten weergegeven aflopend van de meest uitgevoerde activiteit tot en met de minst uitgevoerde activiteit. De Y-as geeft de mate van uitvoering weer, van 1 (nooit) tot en met 6 (dagelijks). Uit de grafiek kan worden opgemaakt dat de activiteit 'Met collega specialisten samenwerken' de meest uitgevoerde activiteit is. 'Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie' is de minst uitgevoerde activiteit.

In de grafiek is goed zichtbaar hoe de ondersteunend specialismen afwijken van de centrale lijn van alle

respondenten en van de snijdend en beschouwend specialismen. Terwijl de lijnen van de snijdend en beschouwend specialismen veel dicht bij de centrale lijn lopen. Hieruit kan worden opgemaakt dat het takenpakket voor een deel aansluit bij de beroepsuitoefening van ondersteunend specialisten. Echter sluit het niet aan op alle patiëntgerelateerde activiteiten.



Grafiek 5.1: Beroepsuitoefening van medisch specialisten

5.2.7 Opmerkingen en aanvullingen op het takenpakket

In totaal is er één aanvulling op het takenpakket van medisch specialisten gemaakt en zijn er 29 opmerkingen gemaakt over de enquête. Hiervan waren er 25 bruikbaar.

De overige vier opmerkingen waren vragen over hoe de meting van het onderzoek zou verlopen.

Er is één aanvulling op het takenpakket gemaakt door een respondent. Deze respondent miste activiteiten rondom de dienstbelasting van een medisch specialist. Echter is deze activiteit al opgenomen in het takenpakket van medisch specialisten, de activiteit 'Diensten doen (in huis aanwezig zijn of telefonische bereikbaarheidsdienst)'.

Bij de opmerkingen werd negen keer aangegeven dat het takenpakket niet voldoende aansluit bij de ondersteunende specialismen. Ondersteunende specialismen besteden veel tijd aan diagnostiek of andere patiëntenzorg, maar verlenen geen directe patiëntenzorg. Terwijl een aanzienlijk deel van

34 het takenpakket, dat hier gebruikt wordt, hier betrekking op heeft. Om duidelijkheid te krijgen waarom de ondersteunend specialismen het takenpakket niet als eigen beschouwen is er een gesprek geweest met een medisch microbioloog. Hieruit kwam naar voren dat het takenpakket voor hen wel volledig is, maar teveel gericht is op de klinische specialismen. Deze indruk wordt versterkt doordat de eerste twee groepen met activiteiten vooral over het contact met patiënten gaan. De ondersteunend specialismen hebben daardoor het 'gevoel' dat zij 'vergeten' worden.

Acht respondenten hadden opmerkingen over de frequentieverdeling van de antwoordencategorie. Hieruit kwam naar voren dat zij de stap tussen 'dagelijks' en 'wekelijks' groot vonden, aangezien zij een aantal activiteiten twee à drie keer per week uitvoeren. Daarnaast hangt de frequentie van activiteiten af van het wisselende programma van medisch specialisten. Binnen een specialisme zijn de taken verdeeld over verschillende specialisten. Hierdoor voert niet iedere specialist de

activiteiten dagelijks uit, maar worden ze wel als groep dagelijks uitgevoerd. In een volgend onderzoek kan er eventueel een extra antwoordmogelijkheid worden toegevoegd. Echter voor dit onderzoek, waarbij de beroepsuitoefening van medisch specialisten in kaart wordt gebracht, gaat het er in feite alleen om of ze een activiteit wel of niet uitvoeren.

Acht respondenten hadden algemene opmerkingen over de enquête. Hierbij werd aangegeven dat zij moeite hadden met de terminologie in de enquête.

5.3 Brede vakbekwaamheid van medisch specialisten

Voor een extra check van het takenpakket is er een vergelijking gemaakt tussen het takenpakket van medisch specialisten en het competentiemodel 'Brede vakbekwaamheid' van Onstenk (1997). Met deze vergelijking moet het mogelijk zijn om de waarde van het takenpakket van medisch specialisten aan te tonen tegenover het competentiegericht opleiden van medisch specialisten. Met behulp van een expertbeoordeling is in kaart gebracht in hoeverre de beroepsuitoefening van medisch specialisten aansluit op een brede vakbekwaamheid van competent beroepsbeoefenaren. Uit de vergelijking uit het takenpakket van aios en de componenten van het model 'Brede vakbekwaamheid' van Onstenk (1997) kwam naar voren dat het mogelijk is om alle activiteiten te verdelen onder de zeven componenten. Tabel 5.8 geeft een overzicht weer van de aantallen activiteiten per component.

Componenten	N (activiteiten)
Vakmatige	41
Methodische	9
Bestuurlijk-organisatorisch	12
Strategisch	4
Sociaalcommunicatief	16

Leer- en vormgeving	5
Normatief-cultureel	3

Tabel 5.8: Brede vakbekwaamheid van medisch specialisten

In bijlage 5 'Resultaten expertbeoordeling' worden alle componenten van Onstenk (1997) weergegeven met de bijbehorende activiteiten uit het takenpakket. Uit de resultaten blijkt dat het voorlopige takenpakket van medisch specialisten de brede vakbekwaamheid van de beroepsuitoefening van medisch specialisten dekt. Bij alle zeven componenten van het model passen activiteiten uit het takenpakket. Echter zitten er wel grote verschillen in de omvang van de zeven componenten. De vakmatige component omvat veruit de meeste activiteiten uit het takenpakket. Dit sluit aan bij de beroepsuitoefening van medisch specialisten aangezien de meeste activiteiten die zij uitvoeren direct in verbinding staan met het behandelen van patiënten.

De strategische en de normatief-culturele component zijn de twee kleinste componenten van

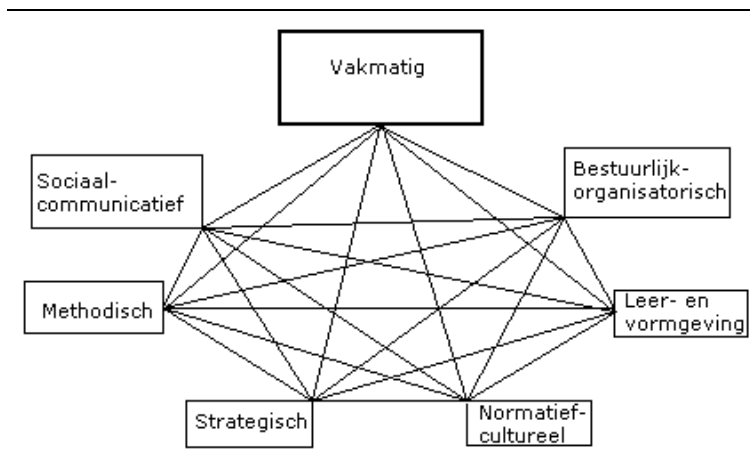
de zeven, met respectievelijk drie en vier activiteiten. Dit resultaat versterkt de opvatting dat de beroepsuitoefening van medisch specialisten vooral gericht is op het vaktechnische aspect van de beroepsuitoefening. Terwijl de andere zes componenten wel activiteiten bevatten, maar niet in verhouding staan tot de vakmatige component. Indien de medisch specialisten alle activiteiten voldoende beheersen voldoen zij aan de eisen voor een brede

vakbekwaamheid. Als zij een activiteit verbeteren verbreden zij hun vaardigheden aan de hand van één of meerdere componenten van het model 'Brede vakbekwaamheid' van Onstenk (1997).

Op basis van de vergelijking is het figuur 3.2 opnieuw getekend, waarbij de omvang qua activiteiten, de grote van de component heeft bepaald. Het model wordt weergegeven in figuur 5.1 'Componenten van een brede vakbekwaamheid'.

Figuur 5.1 toont de verschillen in de omvang van de verschillende componenten. Ten opzichte van het eerste model, figuur 3.2, blijft het grootste geheel van het model in tact. Wel is, op basis van de beroepsuitoefening van medisch specialisten, de grootte van de omvang van iedere component gewijzigd. Hoe meer activiteiten een component bevat hoe groter de component in het figuur is. Uit het figuur is af te leiden dat vakmatig veruit de grootste component is en strategisch en normatief-cultureel de kleinsten zijn.

In dit hoofdstuk zijn de verkregen resultaten van de verschillende toegepaste onderzoeksmethoden besproken. In het volgende hoofdstuk worden de conclusies, welke aan de verkregen resultaten gekoppeld kunnen worden, besproken.



Figuur 5.1: Componenten van een brede vakbekwaamheid

6 Conclusie en beschouwing

De voorgaande hoofdstukken hebben resultaten opgeleverd ten aanzien van het takenpakket van medisch specialisten. De conclusies van het in kaart brengen van de beroepsuitoefening van medisch specialisten worden besproken in paragraaf 6.1. Op basis van de conclusies kunnen er een aantal kanttekeningen bij het onderzoek worden gemaakt en een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan. Deze worden besproken in paragraaf 6.2 'Discussie en aanbevelingen'.

6.1 Conclusie takenpakket medisch specialisten

Om aansluiting te houden met vragen vanuit de samenleving zijn de medische vervolgopleidingen bezig met een onderwijskundige en inhoudelijke modernisering. Dit kost veel energie en de vraag is of de inzet het gewenste resultaat oplevert: leidt het tot beter op hun zelfstandige beroepsuitoefening voorbereide medisch specialisten? Om dit te kunnen onderzoeken is het noodzakelijk om eerst de beroepsuitoefening van medisch specialisten in kaart te brengen. Hoe ziet het takenpakket van medisch specialisten eruit?

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat er een valide takenpakket is vastgesteld voor snijdend en beschouwend specialismen. Alle 73 activiteiten uit het takenpakket van medisch specialisten worden minimaal sporadisch uitgevoerd. Oftewel alle activiteiten uit het takenpakket komen voor in hun beroepsuitoefening. Bovendien zijn er door de respondenten geen aanvullingen gegeven op het takenpakket.

Om te beoordelen of het takenpakket ook dekkend is voor de verschillende specialismen, zijn de 92 respondenten verdeeld volgens de clusterindeling. Uit de resultaten blijkt dat het takenpakket aansluit bij de snijdend en

beschouwend specialismen. De ondersteunend specialismen vinden daarentegen dat het takenpakket onvoldoende aansluit op hun beroepsuitoefening. Met name in de eerste twee groepen met activiteiten wijken zij qua antwoordenpatroon af van de snijdend en beschouwend specialismen. Uit hun opmerkingen kon worden afgeleid dat zij het takenpakket teveel op het contact met patiënten gericht vinden, terwijl dat in hun takenpakket niet of minder aan de orde is. Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat het takenpakket een goed beeld weergeeft van de beroepsuitoefening van snijdend en beschouwend specialisme, maar niet over dat van de ondersteunend specialismen.

Het takenpakket van medisch specialisten is vastgesteld door 92 respondenten. Wel zijn de ondersteunend specialismen in vergelijking met de snijdend en beschouwend specialismen in de minderheid. Doordat deze groep respondenten klein is, is het niet mogelijk om conclusies van deze groep te generaliseren naar de gehele populatie van ondersteunend specialismen. Dit is een tweede reden dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de waarde van het takenpakket voor dit specialisme.

6.2 Discussie en aanbevelingen

Tijdens het valideren van het takenpakket van medisch specialisten is gebleken dat de ondersteunend medisch specialismen hun beroepsuitoefening niet volledig terugzien in het opgestelde takenpakket. Het takenpakket voor medisch specialisten is volgens hen teveel gericht op het contact met patiënten en laat de voor hen kenmerkende activiteiten onvoldoende zien. Bovendien vulden slechts een kleine groep respondenten uit dit

specialisme de enquête in. Aanbevolen wordt om specifiek naar het takenpakket van ondersteunend medisch specialismen te kijken om ook hun beroepsuitoefening volledig in kaart te brengen en een grotere groep respondenten uit dit specialisme te verkrijgen.

De respondenten zijn benaderd door middel van een opsporingssteekproef. Hier is veel tijd ingestoken door middel van begeleidende brieven en het controleren van de goede adressen. Toch was de respons matig en waren extra middelen noodzakelijk om voldoende respondenten te verkrijgen. Via netwerken zijn contacten gelegd met stafleden van andere ziekenhuizen. Zij hebben de enquête nogmaals doorgestuurd met een begeleidend bericht door hen ondertekend. Dit had tot gevolg dat de respons bijna verdubbelde. Bij een vergelijkbaar onderzoek is het dan ook aan te raden om via netwerken en directe contacten de enquête, met begeleidend bericht, rond te sturen in een ziekenhuis. Hoe dichter de afzender bij de respondent staat hoe sneller hij/zij geneigd zal zijn om de enquête in te vullen. Bovendien blijven enquêtes dan niet bij secretariaten steken.

Het takenpakket is alleen geldig voor de snijdende en beschouwende specialismen. Maar is het wel mogelijk om een takenpakket vast te stellen voor clusters van specialismen of is de keuze om per specialisme een takenpakket vast te stellen praktischer? Ieder specialisme heeft een groot aantal activiteiten die overeenkomen met andere specialismen, maar ook haar eigen specialismegebonden activiteiten. Als dit er niet teveel zijn zal het takenpakket gevoelsmatig met hun beroepsuitoefening overeenkomen, zoals bij de ondersteunend specialismen niet het geval was. Een algemeen takenpakket is noodzakelijk om snel een beeld te krijgen van de aansluiting tussen de medische vervolgopleiding en de beroepsuitoefening van medisch specialisten. Hierdoor is het mogelijk om verschillende specialismen met elkaar te vergelijken. Mochten er op bepaalde aspecten problemen ontstaan met de aansluiting op de beroepsuitoefening, dan is gedetailleerd onderzoek

noodzakelijk. Een mogelijkheid hiervoor is om het takenpakket voor ieder specialisme uit te breiden met specialismespecifieke activiteiten. Het takenpakket kan hierbij worden gezien als een kapstok waarmee de beroepsuitoefening van medisch specialisten verder gespecificeerd kan worden.

Om te beoordelen in hoeverre het takenpakket aansluit op een model dat uitgaat van een competent beroepsbeoefenaar is er een vergelijking gemaakt tussen het takenpakket van aios en het model 'Brede vakbekwaamheid' van Onstenk (1997). Uit de resultaten blijkt dat het takenpakket alle componenten van het model dekt. Echter moet hierbij wel opgemerkt worden dat er een groot verschil in omvang van componenten aanwezig is. Van de zeven componenten is de vakmatige veruit de grootste is. De andere zes componenten zijn qua omvang aanzienlijk kleiner. Onstenk (1997) geeft aan dat de vakmatige component erg belangrijk is doordat het de directe beroepsuitoefening is. Onstenk (1997) geeft hierbij aan dat zij misschien wel kleiner zijn, maar zeker niet minder belangrijk voor een competent beroepsbeoefenaar. Hierbij is in zekere zin aangetoond dat het takenpakket garant staat voor competente beroepsbeoefenaren.

In welke mate het aansluit bij de competenties van CanMEDS is niet onderzocht. De modernisering van de medische vervolgopleidingen verloopt aan de hand van CanMEDS en het model is herkenbaar voor de medisch specialisten. Het is daarom zinvol om in nader onderzoek aan te tonen in hoeverre het takenpakket verdeeld kan worden over de competenties van CanMEDS.

Het takenpakket moet de volledige beroepsuitoefening weergeven, maar ook garant staan voor competente beroepsbeoefenaren. De ideale situatie is een medisch specialist die alle competenties goed beheerst en daarmee een professional in zijn beroepsuitoefening is. Maar mag van een medisch specialist worden verwacht dat hij na het afronden van zijn medische vervolgopleiding direct al breed vakbekwaam is of eist dit nog de nodige aandacht na het afronden van zijn opleiding? Door de modernisering van de

medische vervolgoopleidingen wordt aan alle competenties van een brede vakbekwaamheid aandacht besteed. Maar is er gedurende hun vervolgoopleiding wel voldoende tijd om zich als medisch specialist te ontwikkelen op alle competenties van CanMEDS? De kerntaak van medisch specialisten blijft het medisch inhoudelijk gebied en zij zullen zich dan ook vooral hiervoor bij- en nascholing volgen. De ideale situatie zou zijn, ook in het kader van een leven lang leren, dat medisch specialisten bij- en nascholing volgen op de verschillende competentiegebieden waaruit hun beroepsuitoefening bestaat.

Op basis van het model van Kouwenhoven (2003), figuur 3.1, kan worden vastgesteld dat dit onderzoek in de bovenste lijn van het figuur past. De activiteiten uit de beroepsuitoefening van medisch specialisten zijn de belangrijke arbeidstaken uit de beroepsuitoefening. Deze arbeidstaken staan in verbinding met de kerncompetenties, welke weer in verbinding staan met domeingebonden en algemene competenties. Tot slot staan deze laatste twee in verbinding met de clusters: kennis, vaardigheden en gedrag. Zoals Klarus (1998) aangeeft is het niet mogelijk om direct competenties te leren, maar men leert vaardigheden die gezamenlijk een competentie vormen. Medisch specialisten hebben gedurende hun opleiding de belangrijke arbeidstaken geleerd. Door het aanleren van deze taken maken zij zich ook de verschillende competenties eigen. Indien zij dit goed beheersen zijn zij competent beroepsbeoefenaren.

Samenvattend legt het onderzoek de basis voor een meetinstrument waarmee de aansluiting tussen de vervolgoopleiding en beroepsuitoefening van medisch specialisten kan worden vastgesteld. Aanbevolen wordt om het meetinstrument op korte termijn voor de eerste maal toe te passen, aangezien er nu nog geen aiOS zijn afgestudeerd uit de gemoderniseerde vervolgoopleidingen. De eerste meting zal een nulmeting zijn waar resultaten in de toekomst mee kunnen worden vergeleken. Dan kan worden vastgesteld of de modernisering van de medische

vervolgoopleidingen daadwerkelijk leidt tot betere medisch specialisten.

Het hele onderzoek met het eindresultaat is besproken in de voorbijaande zes hoofdstukken. Hoe dit onderzoek tot stand is gekomen en hoe mijn eigen leerproces is verlopen wordt besproken in het volgende en laatste hoofdstuk van deze masterthese.

Literatuurlijst

- Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede (1997). *Methoden en technieken. Basisboek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & J. Teunissen (2000). *Kwalitatief onderzoek. Basisboek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Bleker, O., J. Hoorntje & V. Schelfhout (2004). Beter en Leuker. CCMS ontvouwt plannen voor de vervolgopleiding van medisch specialisten. *Medisch Contact*, 59(43) 1692-1695.
- Bleker, O.P. (2008). Nieuwe regelgeving voor de medische vervolgopleidingen. Opleidingen worden beter en leuker. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 27(2): 65-69.
- Bolt, H.F. & Th. Van Dellen (2006). Professionele ontwikkeling in de zorg?. *Handboek Effectief Opleiden*, 42(211): 1.01-1.12.
- Burke, J.B., J.H. Hansen, W.R. Houston & C. Johnson (1974). *Criteria for describing and assessing competency programs*. Toledo: National Consortium of Competency Based Education Centers.
- Buskermolen, F., B. de la Parra & R. Slotman (1999). *Het belang van competenties in organisaties*. Utrecht: Lemma BV.
- Clason, D.L. & T.J. Dormody (1994). Analyzing Data Measured by Individual Likert-Type Items. *Journal of Agricultural Education*, 35(4): 31-35.
- DaRosa, D. (2002). It takes a faculty. *Surgery*, 131(2): 205-209.
- Dassen, Th.W.N. & F.M. Keuning (2002). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties, een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen*. Baarn: HBuitgevers.
- Eve, R. & P. Hodgkin. *Professionalism and Medicine, in The End of the Professions? The restructuring of professional work*. J. Broadbent, M. Dietrich & J. Roberts (1997). London: Routledge.
- Frank, J.R. (2005). *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa.
- Hager, P., Gonczi, A. & J. Athanasou (1994). General issues about assessment competence. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 19(1): 3-16.
- Hattie, J. & H. Tumberley (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research* 77(1): 81-112.
- Jones, J. & D. Hunter (1995). Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*, 311: 376-380.
- Jones, R., R. Higgs. C. de Angelis & D. Prideaux (2001). Changing face of medical curricula. *The Lancet*, 357(9257): 699-703.
- Kearns. P. (2001). *Generic skills for the new economy*. Adelaide: National Centre for Vocational Education Research.
- Kennedy, T.J.T. & L.A. Lingard (2007). Questioning competence: A discourse analysis of attending physicians' use of questions to assess trainee competence. *Academic Medicine*. 82(10): 12-15.
- Kessels, J.W.H. (1996). *Het corporate curriculum*. Leiden: Rijks Universiteit Leiden.
- Kessels, J.W.H. & R. Poell (2001). *Human Resource Development, Organiseren van het leren*. Alphen aan de Rijn: Uitgeverij Samsom.
- Klarus, R. (1998). *Competenties Erkennen. Een studie naar modellen en procedures voor leerwegonafhankelijke beoordeling van beroepscompetenties.*'s Hertogenbosch: CINOP.
- Kroon, C.D. de, H. Mulder, S.J. van Luijk, J.O. Busari, M.F. Schutte, I. de Vreede, F. Scheele, A. de Bont, I. Wallenburg, & J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde (2008). In VIVO anderhalf jaar onderweg!. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 27(6): 304-9.

- Kouwenhoven, G.W. (2003). *Designing for competence: towards a competence-based curriculum for the Faculty of Education of the Eduardo Mondlane University*. Enschede: PrintPartners Ipskamp.
- Mathijssen-Jansen, M.I.M.A. (1999). *Het hbo: een competentiegericht opleiding?!*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Medisch Specialisten Registratie Commissie (2006). *Verslag van het jaar 2006*. Utrecht: Domus Medica.
- Merriënboer, J.J.G. van, M.R. van der Klink & M. Hendriks (2002). *Competenties: van complicaties tot compromis. Over schuifjes en begrenzers*. Den Haag: Onderwijsraad.
- Mintzberg, H. (2006). *Organisatiestructuren*. Amsterdam: Pearson Prentice Hall.
- Nadler, L. & Z. Nadler (1989). *Developing Human Resources*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Onstenk, J.H.A.M. (1997). *Lerend leren werken, Brede vakbekwaamheid en de integratie van leren, werken en innoveren [proefschrift]*. Delft: Eburon.
- Onstenk, J.H.A.M. (2004). De culturele dimensie van leren op de werkplek. *HRD Thema Leercultuur en competentieontwikkeling*, 4(2): 22-31.
- Parra, B. de la, R. Slotman, H. Tillema & T. Spannenburg (2000). *Managen van competenties in organisaties*. Utrecht: Lemma BV.
- Pellegrini, C.A. (2002). Invited commentary: The ACGME "Outcomes Project". *Surgery*, 131(2): 214-215.
- Pols, J. (2002). *De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde: Verkenningen op het gebied van chronisch zieken*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Medische Wetenschappen.
- Pols, J., A.R. Yedema & P.M. Boendermaker (2005). Een explorerend onderzoek naar het takenpakket van artsen in opleiding tot specialist. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 24(5): 220-9.
- Pols, J., E. Jippes, A.A.E. Verhagen, L.M. Hercules & P.J.J. Sauer (2007). Vernieuwing opleiding kindergeneeskunde in de Beatrix Kinderkliniek, Universitair Medisch Centrum Groningen. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 26(2): 63-74.
- Rourke, J. & J.R. Frank (2005). Implementing the CanMEDS physician roles in rural specialist education: the multi-specialty community training network. *Education Health*, 18(3): 368-78.
- Scheele, F. & S.J. van Luijk (2007). Vaart in de innovatie van vervolgoopleidingen (In VIVO): van terugkijken naar vooruitzien. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 27(6): 267-271.
- Scheele, F., P. Teunissen, S. van Luijk, E. Heineman, L. Fluit, H. Mulder, A. Meininger, M. Wijnen-Meijer, G. Glas, H. Sluiter & T. Hummel (2008). Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. *Medical Teaching*, 30(3): 248-53.
- Ten Cate, O. (2005). Entrust ability of professional activities and competency-based training. *Medical Education*, 39: 1176-1177.
- Tuxworth E. (1989). Competence based education and training. Background and origins. J.W. Burke (2002). *Competency based education and training*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice. Learning, meaning, and identity*. Cambridge: University Press.
- Wierdsma, A.F.M. & J. Swieringa (2002). *Lerend Organiseren. Als meer van hetzelfde niet helpt*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Yedema, A.R. (2004). *Het ervaren curriculum van de medische vervolgoopleidingen. Scriptie in het kader van de doctoraalstudie andragogiek*. Groningen: Andragogisch Instituut.
- Andere bronnen**
 CanMEDS roles
 Geraadpleegd 4 maart 2008
<http://knmg.artsennet.nl>
- CanMEDS
 Geraadpleegd 16 oktober 2008
<http://rcpsc.medical.org/canmeds/>
- Centraal College Medisch Specialisten
 Geraadpleegd 3 februari 2009
<http://orde.artsennet.nl>

College voor de Beroepen en Opleidingen in de
Gezondheidszorg
Geraadpleegd 18 februari 2009
www.cbog.nl

Heineman, R.. Voordracht tijdens de presentatie van het
eerste bestuur van het College voor de Beroepen en
Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG). 27 februari
2007
Geraadpleegd op 10 mei 2007.
www.medischevervolgopleidingen.nl/pages/content/S2/nieuws56.aspx

In VIVO. Verslag startbijeenkomst In VIVO 17 oktober
2006.
Geraadpleegd 6 februari 2008
www.medischevervolgopleidingen.nl

Modernisering Medische Vervolgopleidingen
Geraadpleegd 6 februari 2008
<http://knmg.artsennet.nl>

Onstenk, J.
Geraadpleegd juni 2008
Expertbeoordeling van de uitleg over het model 'Brede
vakbekwaamheid' van Onstenk (1997)
Afkortingenlijst

Afkortingenlijst

ACGME	American Council for Graduate Medical Education
Aios	Artsen in opleiding tot specialist
BBOV	Begeleidingsgroep Beschrijvingen Opleidingsplannen Vervolgopleidingen
CanMEDS	Canadian Medical Education Directions for Specialist
CCMS	Centraal College Medisch Specialismen
COC	Centrale OpleidingsCommissie
DOP	Directe Observaties in de Praktijk
EPA	Entrustable Professional Activity
HRD	Human Resource Development
HRM	Human Resource Management
In VIVO	Vaart in Innovatie VervolgOpleidingen
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
OOR NO	Onderwijs- en Opleidingsregio Noord- en Oost-Nederland
RCPSC	Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
WGBO	Wet op Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst

Bijlagen

Bijlage 1	Clusterindeling medisch specialisten
Bijlage 2	CanMEDS competenties
Bijlage 3	Scorelijst observaties
Bijlage 4	Takenpakket medisch specialisten
Bijlage 5	Resultaten expertbeoordeling

Bijlage 1 Clusterindeling medisch specialisten

Soort ziekenhuis	Universitaire Medische Centra	Perifere Ziekenhuizen
Specialisme Snijdend - <i>Cardio-thoracale chirurgie</i> - <i>Heelkunde</i> - <i>Neurochirurgie</i> - <i>KNO</i> - <i>Oogheelkunde</i> - <i>Orthopedie</i> - <i>Plastische en Reconstructieve chirurgie</i> - <i>Urologie</i> - <i>Verloskunde en Gynaecologie</i>	20	15
Beschouwend - <i>Anesthesiologie</i> - <i>Cardiologie</i> - <i>Dermatologie en Venerologie</i> - <i>Inwendige geneeskunde</i> - <i>Kindergeneeskunde</i> - <i>Klinische Geriatrie</i> - <i>Longziekten en tuberculose</i> - <i>Maag-darm-leverziekten</i> - <i>Neurologie</i> - <i>Psychiatrie</i> - <i>Radiotherapie en Oncologie</i> - <i>Reumatologie</i> - <i>Revalidatiegeneeskunde</i>	18	27
Ondersteunend - <i>Klinische Genetica</i> - <i>Medische Microbiologie</i> - <i>Nucleaire Geneeskunde</i> - <i>Pathologie</i> - <i>Radiologie</i>	8	4

Bijlage 2 CanMEDS competenties

1. Medisch handelen

- Bezit van adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het eigen vakgebied.
- Past het diagnostisch, preventief en therapeutisch arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence based toe.
- Levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.
- Vindt snel en effectief de vereiste informatie en past deze goed toe.

2. Communicatie

- Bouwt effectieve behandelrelaties op met patiënten.
- Luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie.
- Bespreekt op goede wijze de medische informatie met patiënten en familie.
- Doet adequaat schriftelijk en mondeling verslag over patiëntencasus.

3. Samenwerking

- Overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners.
- Verwijst adequaat
- Levert effectief intercollegiaal consult.
- Draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.

4. Kennis en wetenschap

- Beschouwt medische informatie kritisch
- Bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis.
- Ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan.

- Bevordert de deskundigheid van studenten, aios, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg.

5. Maatschappelijk handelen

- Kent en herkent de determinanten van ziekte.
- Bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel.
- Handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen.
- Treedt adequaat op bij incidenten in de zorg.

6. Organisatie

- Organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling.
- Werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidsorganisatie.
- Besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord.
- Gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg, en voor bij- en nascholing.

7. Professionaliteit

- Levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze.
- Vertoont adequaat persoonlijk en inter-persoonlijk professioneel gedrag.
- Kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daarbinnen.
- Oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.

Bijlage 3 Scorelijst observaties

Taken en activiteiten rond het doen van consulten/sprekuren/visites/huisbezoeken	Ja	Nee
Vorbereiden op een consult/spreekuur/visite/ huisbezoek		
Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem		
Consulten doen bij patiënten met acute problematiek		
Consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek		
Telefonisch spreekuur doen		
De hulpvraag van een patiënt verhelderen		
Klachtgerichte anamnese afnemen		
Een algemene anamnese (screening) uitvoeren		
Lichamelijk onderzoek uitvoeren		
Aanvullend onderzoek aanvragen		
De resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren		
Een (andere) specialist/collega/medicus in consult vragen		
Een collega adviseren die mij in consult vraagt		
Beleid opstellen voor een patiënt en de patiënten adviseren/voorlichten over		
Beleidsopties		
Therapeutisch beleid uitvoeren		
Diensten doen		
Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren		
Medische verrichtingen uitvoeren (bv. bloed of infuus prikken, injecteren)		
Ingrepen/operaties voorbereiden		
Ingrepen/operaties uitvoeren		
Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden		
Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten		
Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten		
Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten		
Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten		
Gesprekken voeren met patiënten of hun wettelijke vertegenwoordigers voor het verkrijgen van toestemming (bv. voor bepaald onderzoek, donatie, medicatie of operaties)		
Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie		
Gesprekken voeren met familie en bekenden van patiënten		
Omgaan met derden die aanwezig zijn bij contacten die ik heb met patiënten		

Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling		
Het medisch dossier van patiënten bijhouden		
Patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma		
De opname van een patiënt (bv. ziekenhuis of verpleeghuis) regelen		
Brieven schrijven en/of dicteren		
Formulieren invullen en/of ondertekenen		
Voorbereiden van een patiëntenoverdracht/-bespreking		
Zelf een patiënt presenteren op een patiëntenoverdracht- of bespreking		
Taken en activiteiten op het gebied van samenwerken, begeleiden en organiseren		
Werken in teamverband		
Jongerejaars arts-assistenten superviseren		
Co-assistenten superviseren		
Feedback geven op het handelen van collega's		
Met feedback omgaan die ik van collega's krijg		
Leiding geven aan een team		
Leiding geven aan een afdeling/praktijk		
Samenwerken in een multidisciplinair team		
Samenwerken met verpleegkundigen		
Samenwerken met paramedici, zoals diëtisten en fysiotherapeuten		
Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten, zoals een pastor		
Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses		
Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden		
Mijn taken binnen de beschikbare tijd afronden		
De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's		
Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien		
Taken en activiteiten rond verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie		
De grenzen van mijn specialisme bewaken		
Bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen		
Me aanpassen aan een nieuwe werkomgeving		
Mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk		
Privéleven en werk van elkaar scheiden		

Taken en activiteiten rond leren en veranderen		
Een referaat houden		
Een artikel schrijven		
Onderzoek doen		
Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen		
Zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul (bv. door		
Het volgen van cursorisch onderwijs, door het bijhouden van literatuur / presentaties)		
Lesgeven (aan bijvoorbeeld co-assistenten, verpleegkundigen)		
Veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving		

Bijlage 4 Takenpakket medisch specialisten

Activiteiten rond het doen van consulten/spreekuren/visites

1. Voorbereiden van een consult, spreekuur en/of visite lopen
2. Patiënten met acute problematiek zien
3. Nieuwe patiënten op een spreekuur zien
4. Patiënten met langdurige/chronische problematiek op een spreekuur zien
5. Controlepatiënten op een spreekuur zien
6. Papieren visite op afdeling doen
7. Klinische visite op de afdeling lopen
8. Telefonisch spreekuur doen
9. Anamnese afnemen
10. Lichamelijk onderzoek doen
11. Aanvullend onderzoek aanvragen
12. Resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren
13. Beleid opstellen voor een patiënt
14. Diensten doen (in huis aanwezig zijn of telefonische bereikbaarheidsdienst)
15. Kleine invasieve ingrepen uitvoeren (bv.: lumbaalpunctie of sternumpunctie)
16. Ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren

Activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden

17. Op patiëntniveau uitleg geven over: diagnose, behandelplan, alternatieven, etc.
18. Gesprekken voeren met patiënten of hun wettelijke vertegenwoordigers voor het verkrijgen van toestemming (bv.: voor bepaald onderzoek, donatie, medicatie of operaties)
19. Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie
20. Gesprekken voeren met familie van patiënten over het te voeren beleid

21. Gesprekken voeren met patiënten en familie over gemaakte medische fouten
22. Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten
23. Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten
24. Omgaan met derden die aanwezig zijn bij contacten die ik heb met patiënten
25. Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten
26. Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten

Activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling

27. Het medisch dossier van patiënten bijhouden
28. Patiëntgegevens elektronisch verwerken
29. Aanvraagformulieren invullen en/of ondertekenen
30. Brieven schrijven en/of dicteren
31. Vervolgrecepten schrijven
32. DBC-registratieformulieren invullen
33. Overleggen met verzekeraar over de vergoeding van een behandeling
34. Voorbereiden van een patiëntenoverdracht/-bespreking
35. Een patiënt presenteren op een patiëntenoverdracht- of bespreking
36. De overplaatsing van een patiënt naar een andere afdeling regelen.
37. De overplaatsing van een patiënt naar een ander ziekenhuis regelen.
38. De overplaatsing van een patiënt naar een andere zorginstelling (bv.: verpleeghuis) regelen.

Activiteiten op het gebied van samenwerken, begeleiden en organiseren

39. Met collega specialisten in teamverband werken
40. Samenwerken in een multidisciplinair team
41. Samenwerken met verpleegkundigen
42. Samenwerken met paramedici (bv.: diëtisten en fysiotherapeuten)
43. Samenwerken met mensen die psychosociale begeleiding bieden (bv.: medisch maatschappelijk werk)
44. Samenwerken met ondersteunend personeel
45. Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden (bv.: pastor of geestelijk verzorger)
46. Leiding geven aan een team
47. Leiding geven aan een afdeling/praktijk
48. Een collega specialist in consult vragen
49. Een collega specialist adviseren die mij in consult vraagt
50. Feedback geven op het handelen van collega's
51. Met feedback omgaan die ik ontvang van collega's
52. Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden
53. Mijn activiteiten binnen de beschikbare tijd afronden
54. De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's
55. Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien
56. Deelnemen aan overlegsituaties over de financiële situatie van het medisch specialisme
57. Deelnemen aan overleg met het ziekenhuismanagement
58. Subsidieaanvragen voorbereiden en indienen
59. Overleggen met een huisarts over een patiënt

Activiteiten rond leren en veranderen

60. Onderzoek doen
61. Een referaat houden
62. Een artikel schrijven
63. Co-assistenten superviseren
64. Arts-assistenten superviseren
65. Reflecteren op het eigen handelen
66. Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen
67. Vakliteratuur bijhouden
68. Bij- en nascholing volgen op medisch inhoudelijk gebied
69. Bij- en nascholing volgen op organisatorisch- en/of managementgebied
70. Bij- en nascholing volgen rond onderwijs en opleiden
71. Lesgeven (aan bv.: co-assistenten of verpleegkundigen)
72. Zorgen voor kwaliteits- en organisatieverbetering
73. Een bijdrage leveren aan onderwijsvernieuwingen

Bijlage 5 Resultaten expertbeoordeling

Vakmatige competentie

- Voorbereiden op een consult/spreekuur/visite/huisbezoek
- Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem
- Consulten doen bij patiënten met acute problematiek
- Consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek
- Telefonisch spreekuur doen
- De hulpvraag van een patiënt verhelderen
- Klantgerichte anamnese afnemen
- Een algemene anamnese (screening) uitvoeren
- Lichamelijk onderzoek uitvoeren
- Aanvullend onderzoek aanvragen
- De resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren
- Een (andere) specialist/collega/medicus in consult vragen
- Beleid opstellen voor een patiënt en de patiënten adviseren/voorlichten over beleidsopties
- Therapeutisch beleid uitvoeren
- Diensten doen
- Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren
- Medische verrichtingen uitvoeren (bv. bloed of infuus prikken, injecteren)
- Ingrepen/operaties voorbereiden
- Ingrepen/operaties uitvoeren
- Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten
- Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten
- Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten
- Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten
- Gesprekken voeren met patiënten of hun wettelijke vertegenwoordigers voor het verkrijgen van toestemming (bv. voor bepaald onderzoek, donatie, medicatie of operaties)
- Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie
- Gesprekken voeren met familie en bekenden van patiënten
- Omgaan met derden die aanwezig zijn bij contacten die ik heb met patiënten
- Het medisch dossier van patiënten bijhouden
- Patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma
- De opname van een patiënt (bv. ziekenhuis of verpleeghuis regelen)
- Brieven schrijven en/of dicteren
- Formulieren invullen en/of ondertekenen
- Voorbereiden van een patiëntoverdracht/-bespreking
- Zelf een patiënt presenteren op een patiëntoverdracht- of bespreking
- Jongerejaars arts-assistenten superviseren
- Coassistenten superviseren
- Feedback geven op het handelen van collega's
- Met feedback omgaan die ik van collega's krijg
- Bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen
- Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen
- Zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul (bv. door het volgen van cursorisch onderwijs, door het bijhouden van literatuur/presentaties)

Methodische competentie

- Voorbereiden op een consult/spreekuur/visite/huisbezoek
- Diensten doen
- Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten
- Leiding geven aan een team
- Leiding geven aan een afdeling/praktijk
- Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden
- Mijn taken binnen de beschikbare tijd afronden

- De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's
- Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien

Bestuurlijk-organisatorische competentie

- Werken in teamverband
- Jongerejaars arts-assistenten superviseren
- Coassistenten superviseren
- Leiding geven aan een team
- Leiding geven aan een afdeling/praktijk
- Samenwerken in een multidisciplinair team
- Samenwerken met verpleegkundigen
- Samenwerken met paramedici, zoals diëtisten en fysiotherapeuten
- Samenwerken met mensen die geestelijk ondersteuning bieden aan patiënten, zoals een pastor.
- Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses.
- Me aanpassen aan een nieuwe werkomgeving
- Veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving

Strategische competentie

- De grenzen van mijn specialisme bewaken
- Me aanpassen aan een nieuwe werkomgeving
- Mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk
- Veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving

Sociaalcommunicatieve competentie

- De resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren
- Een (andere) specialist/collega/medicus in consult vragen
- Diensten doen

- De opname van een patiënt (bv. ziekenhuis of verpleeghuis regelen)
- Werken in teamverband
- Feedback geven op het handelen van collega's
- Met feedback omgaan die ik van collega's krijg
- Samenwerken in een multidisciplinair team
- Samenwerken met verpleegkundigen
- Samenwerken met paramedici, zoals diëtisten en fysiotherapeuten
- Samenwerken met mensen die geestelijk ondersteuning bieden aan patiënten, zoals een pastor.
- Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses.
- De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's
- Bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen
- Mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk
- Lesgeven (aan bijvoorbeeld coassistenten, verpleegkundigen)

Leer- en vormgevingscompetentie

- Een referaat houden
- Een artikel schrijven
- Onderzoek doen
- Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen
- Zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul (bv. door het volgen van cursorisch onderwijs, door het bijhouden van literatuur/presentaties)

Normatief-culturele competentie

- Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten
- Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten
- Privéleven en werk van elkaar scheiden